Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on obesity care

dementia depression dementia dementia gastrointestinal prostate immobility arthritis dementia gastrointestinal gallstones arthritis diabetes kidney dementia kidney liver dementia hernia arthritis immobility kidney arthritis gallstones gastrointestinal arthritis heart leid. heart kidney immobility arthritis arthritis arthritis immobility o arthritis gallst dementia immobility immobility immobility arthritis gallstones diabetes attack heart gastrointestina Next GENEI diabetes gastro dementia gallstones di diabetes lipids headache weight diabetes headac immobility diabetes headache cancer headache
cancer headache
gallstones headache headache
weight immobility DYSPNOEA s immobility asthma diabetes headache divergallstones Weight Cancer immobility diabetes cancer lipids immobility asthma asthma lipids headache immobility asthma headache immobility cancer asthma sweat headache

besity arometer eport

cardiovascular depression depression depression depression prostate depression depression depression depression depression depression cardiovascular arthritis depression cardiovascular sweat cardiovascular sweat depression depression depression depression depression heart depression prostate stroke liver cardiovascular kidney cardiovascular hernia stroke cardiovascular hernia depression stroke stroke cardiovascular cardiovascular stroke liver heart prostate prostate sweat lipids stroke _ cardiovascular cardiovascular heart_{lipids} s heart heart arthritis lipids weight lipids headache liver Cholesterol dementia kidney Sweat lipids heart prostate sweat sweat sweat arthritis asthma dementia dementia

Realizzato da

IBDO FOUNDATION



In collaborazione con ISTAT CORESEARCH

Con gli auspici di EUPHA NCDs Alliance OPEN

A cura di Roberta Crialesi Antonio Nicolucci Paolo Sbraccia

Obesity Monitor

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on obesity care

OBESITY MONITOR è una rivista sull'obesità, edita da IBDO Foundation.

La rivista ospiterà periodicamente, in numeri monotematici, analisi, indagini, approfondimenti e documenti redatti da esperti che operano in diversi campi, con l'obiettivo di animare il confronto e la ricerca di soluzioni sull'obesità quale malattia di grande rilevanza clinico, sociale, epidemiologica, economica e politico-sanitaria.

Editor in chief

Renato Lauro Andrea Lenzi Paolo Sbraccia

Editorial Board:

Vincenzo Atella

Rocco Barazzoni

Alfonso Bellia

Luca Busetto

Marco Cappa

Maria Grazia Carbonelli

Antonio Caretto

Michele Carruba

Stefano Cianfarani

Annamaria Colao

Lucio Corsaro

Roberta Crialesi

Claudio Cricelli

Domenico Cucinotta

Lorenzo Donini

Francesco Dotta

Giuseppe Fatati

Lucia Frittitta

Simona Frontoni

Ezio Ghigo

Francesco Giorgino

Lucio Gnessi

Frida Leonetti

Giuseppe Malfi

Edoardo Mannucci

Giulio Marchesini

Gerardo Medea

Silvia Migliaccio

Gertrude Mingrone

Fabrizio Muratori

Antonio Nicolucci

Enzo Nisoli

Umberto Pagotto

Stefania Rossetti

Carlo Rotella

Ferruccio Santini

Alessandro Solipaca

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Roberto Vettor

Managing editor:

Valeria Guglielmi

Progetto grafico e stampa;

SP Servizi pubblicitari srl - Gruppo Creativa Via Alberese, 9 - 00149 Roma tel. +39 066571140 Fax +39 06233216117

Advertising:

IBDO FOUNDATION Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma Dir. +39 0697605623 Fax +39 0697605650 segreteria@ibdo.it

1st Italian Obesity Barometer Report

Pubblicato su OBESITY MONITOR





Indice

Prefazione degli editors in chief Renato Lauro e Paolo Sbraccia	9
Il Punto di Vista delle istituzioni Roberto Pella, Andrea Urbani, Vittoria Buratta, Walter Ricciardi, Andrea Lenzi e Ketty Vaccaro	13
Il Punto di Vista della Società Scientifiche Giuseppe Fatati, Claudio Cricelli, Gerardo Medea, Stefano Cianfarani Ferruccio Santini e Giuseppe Malfi	27
• L'OBESITÀ: UN PROBLEMA SOCIALE, SANITARIO E CLINICO Paolo Sbraccia, Antonio Nicolucci e Mario Pappagallo	37
• DATI OBESITÀ IN ITALIA Emanuela Bologna, Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo e Laura lannucci	41
• L'ETEROGENEITÀ DELLA SPESA SANITARIA ALL'INTERNO DELLE CLASSI DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA (IMC) Vincenzo Atella, Federico Belotti, Joanna Kopisnska, Andrea Piano Mortari e Alessandro Palma	65
Politiche e interventi	
MANIFESTO DELL'ITALIAN OBESITY NETWORK PER UN FUTURO SOSTENIBILE	73
XVIII LEGISLATURA ATTIVITÀ PARLAMENTARE SULL'OBESITÀ	77
GLI INTERVENTI DI POLITICA-SANITARIA NELLE REGIONI	79
CONCLUSIONI E CALL TO ACTION Paolo Sbraccia	85









Renato Lauro
Presidente IBDO Foundation



Paolo Sbraccia Coordinatore Italian Obesity Barometer Report

L'articolo 32 della Costituzione recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Potremmo trovarci nella triste condizione di non poter dar seguito al dettato costituzionale? Si, se non verranno attuate presto efficaci politiche di contrasto al dilagare del sovrappeso e dell'obesità.

L'obesità si manifesta a causa di uno squilibrio tra introito calorico e spesa energetica con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo. L'obesità è una patologia eterogenea e multifattoriale, al cui sviluppo concorrono sia fattori ambientali che genetici (geni che si sono evoluti in ere di scarsità di cibo). A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattie coronariche e quote comprese tra l'8 ed il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili all'obesità. A queste vanno aggiunte, la sindrome delle apnee notturne (che aumenta il rischio di morte improvvisa per aritmia), artrosi, calcolosi della colecisti, infertilità e depressione. Per queste ragioni l'obesità contribuisce in modo molto significativo allo sviluppo delle malattie non trasmissibili (NCDs) che causano nel nostro paese il 92% di morti e più dell'85% di anni persi per disabilità. Si tenga presente che un obeso grave riduce la propria aspettativa di vita di circa 10 anni ma ne passa ben venti in condizioni di disabilità.

Tutto questo si traduce in un costo individuale, sociale, sanitario ed economico che presto rischia di divenire insostenibile. E se oggi metà della popolazione è in sovrappeso o obesa, le proiezioni dell'OMS per il 2030 danno un quasi raddoppio della prevalenza di obesità che sommata al sovrappeso costituirà circa il 70% della popolazione.

In tal senso IBDO Foundation quest'anno ha voluto avere un focus specifico sull'obesità dell'Italian Barometer Report 2019, realizzato in collaborazione con ISTAT.

Auspichiamo che dare "voce" autorevole ai numeri dell'obesità nel nostro Paese, possa contribuire ad alimentare il dibattito istituzionale sulla necessità di programmare interventi mirati in termini di prevenzione e cura di una malattia sempre più onerosa dal punto di vista sociale, economico e clinico.



Il Punto di vista delle Istituzioni





Roberto Pella Deputato e Presidente Intergruppo parlamentare "Oualità di vita nelle Città"

dobesità è oggi, ormai, un problema rilevantissimo di salute pubblica e di spesa per i sistemi sanitari nazionali, una spesa che diverrà insostenibile se non saranno adottate politiche di prevenzione adeguate, non disgiunte da programmi di gestione della malattia in grado di affrontare il fardello delle comorbidità, ciò a intendere la situazione nella quale si verifica in uno stesso soggetto una sovrapposizione e un'influenza reciproca di più patologie, in questo caso connesse all'obesità (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio- e cerebrovascolari, tumori, disabilità).

Questa é la ragione fondamentale per cui la lotta all'obesità è uno fra i temi centrali dell'azione dell'Intergruppo parlamentare "Qualità di vita nelle Città" che ho l'onore di presiedere assieme alla collega Senatrice Daniela Sbrollini e che vede coinvolti oltre 200 parlamentari, espressione di tutti i gruppi politici presenti in Senato e alla Camera dei Deputati.

L'obesità riflette e si accompagna al tema delle disuguaglianze, innestandosi in un vero e proprio circolo vizioso che coinvolge gli individui che vivono in condizioni disagiate, i quali devono far fronte a limitazioni strutturali, sociali, organizzative ed economiche che rendono difficile compiere scelte adequate per migliorare il proprio stile di vita.

Come la World Obesity Federation ha rilevato, lo stigma sull'obesità, ovvero la disapprovazione sociale, è una delle cause che, attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, finisce per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo. Lo stigma del peso fa riferimento a comportamenti e atteggiamenti inopportuni e ostili, rivolti alle persone unicamente a causa del loro peso. Di qui i dati a livello globale che testimoniano una discriminazione basata sul peso in molte fasi della vita lavorativa, dall'orientamento professionale ai colloqui e alle procedure di selezione, dalle disparità salariali agli avanzamenti di carriera inferiori, dalle azioni disciplinari più severe al più elevato numero di licenziamenti. Lo stesso fenomeno del bullismo sui giovani con obesità rientra tra i fattori persistenti nell'ambiente scolastico.

Inoltre, non si può più ignorare il fatto secondo cui l'obesità influenzi pesantemente anche lo sviluppo economico e sociale: secondo la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, l'obesità e il sovrappeso negli adulti comportano costi diretti – ospedalizzazioni e cure mediche - che arrivano a rappresentare fino all'8 per cento della spesa sanitaria nella regione europea, e costi indiretti, conseguenti alla perdita di vite umane e legati alla mancata produttività e ai mancati guadagni correlati, valutabili in almeno il doppio dei citati costi diretti. A livello mondiale, l'obesità è oggi responsabile di un costo complessivo pari a circa duemila miliardi di dollari che corrisponde al 2,8 per cento del prodotto interno lordo globale. L'impatto economico dell'obesità, in altre parole, è sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta o a quello di tutte le querre, atti di violenza armata e di terrorismo.

Nel nostro Paese oggi dobbiamo quindi considerare l'obesità come una priorità nazionale a livello sanitario, politico, clinico e sociale, riconoscendo che si tratta di una malattia altamente disabilitante e che la stessa rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili (NCDs). Per questo ritengo che sia necessaria una forte sinergia istituzionale atta a realizzare un Piano nazionale dell'obesità, in grado di affrontare le problematiche relative alla malattia, d'individuare obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia e delle complicanze, sull'offerta assistenziale, sull'accesso alle cure e ai trattamenti.

Ritengo opportuno altresì incrementare la capacità del Sistema Sanitario Nazionale di erogare e monitorare i servizi per la persona obesa attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che abbiano come obiettivo la razionalizzazione dell'offerta, l'accesso alle cure e l'appropriatezza delle prestazioni erogate per migliorare la qualità di vita, la cura e la piena integrazione sociale delle persone obese, comprendendone i bisogni e le problematiche, attuando strategie di coinvolgimento all'interno dell'ambiente familiare, sociale e professionale.

Il nostro sforzo deve concentrarsi sull'impatto dell'obesità e sul sovrappeso infantile, prefiggendosi una riduzione dello stesso attraverso informazione e interventi mirati a ottenere un cambiamento permanente delle abitudini alimentari e dello stile di vita dei bambini e attraverso il coinvolgimento del mondo della scuola, dello sport e delle famiglie. Dobbiamo promuovere programmi per la prevenzione dell'obesità infantile e per la lotta alla sedentarietà, attraverso iniziative coordinate che implementino a livello scolastico l'attività sportiva, l'attività fisica, la sana alimentazione e l'informazione sulla promozione dei corretti stili di vita, in grado di contrastare e prevenire discriminazioni e bullismo.

Governo e Parlamento debbono adoperarsi in via normativa, affinché nell'ordinamento sia inclusa una definizione di obesità come malattia cronica, caratterizzata da elevati costi economici e sociali, una definizione del ruolo degli specialisti che si occupano di tale patologia e una definizione delle prestazioni di cura e delle modalità per il rimborso delle stesse, sul modello Medicare adottato negli Stati Uniti. Insieme alle Regioni, tali organi debbono lavorare sinergicamente per arrivare a implementare un Piano nazionale sull'obesità che armonizzi a livello nazionale le attività svolte nel campo della prevenzione e della lotta all'obesità: un documento condiviso da tutti i soggetti istituzionali che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico teso a promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio centrato sulla persona con obesità e orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione del settore dell'assistenza.



Andrea Urbani Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

della Sanità (OMS) come l'epidemia del XXI secolo; l'Ufficio regionale europeo dell'OMS la definisce come "un'epidemia estesa a tutta la regione europea" poiché circa la metà della popolazione adulta è in sovrappeso ed il 20-30 % degli individui, in molti Paesi, è definibile come clinicamente obeso.

Rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo, sia perché la sua prevalenza è in costante e preoccupante aumento sia perché è un importante fattore di rischio per varie malattie croniche, quali diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena) con progressiva aterosclerosi, aumentato rischio di eventi cardio/cerebrovascolari e tumori. Sovrappeso e obesità sono responsabili dell'80% dei casi di diabete di tipo 2, del 35% dei casi di malattie ischemiche del cuore e del 55% dei casi di malattie ipertensive tra gli adulti; sono condizioni associate a morte prematura e ormai universalmente riconosciute come fattori di rischio per le principali malattie croniche.

L'obesità si manifesta a causa di uno squilibrio tra introito calorico (assunzione di cibo) e spesa energetica (metabolismo basale, attività fisica e termogenesi) con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie nei depositi di tessuto adiposo. E' causata nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti: da una parte, un'alimentazione scorretta e ipercalorica e dall'altra un ridotto dispendio energetico a causa di inattività fisica. L'obesità è quindi una condizione ampiamente prevenibile.

Sovrappeso e obesità affliggono principalmente le categorie sociali svantaggiate che hanno minor reddito e istruzione, oltre che maggiori difficoltà di accesso alle cure. L'obesità riflette e si accompagna dunque alle disuguaglianze, favorendo un vero e proprio circolo vizioso. Un problema particolarmente grave è quello dell'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico. Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto: aumenta quindi il rischio di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia.

Alcuni dati epidemiologici

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il numero di persone obese nel mondo è raddoppiato a partire dal 1980: nel 2014 oltre 1,9 miliardi di adulti erano in sovrappeso, tra cui oltre 600 milioni obesi.

Nella Regione Europea dell'Oms, nel 2013, oltre il 50% della popolazione adulta era in sovrappeso e oltre il 20% obesa. Dalle ultime stime fornite dai Paesi Ue emerge che il sovrappeso e l'obesità affliggono, rispettivamente, il 30-70% e il 10-30% degli adulti. Si ritiene che l'obesità sia responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi. Ogni anno, l'eccesso di peso è responsabile della perdita di 12 milioni di Dalys (anni di vita in salute persi per disabilità o morte prematura). I costi indiretti (in termini di perdita di produttività e guadagni correlati), sono almeno il doppio dei costi diretti (ospedalizzazioni e cure mediche), senza tener conto di quanto dovuto a minor rendimento scolastico, discriminazione lavorativa e problemi psicosociali.

In Italia, secondo il rapporto Osservasalute 2016 (che fa riferimento ai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana") emerge che, nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (9,8%); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età ≥18 anni risulta in eccesso ponderale. Le differenze sul territorio confermano un gap Nord- Sud in cui le Regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone maggiorenni obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) e in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%) rispetto a quelle settentrionali (obese: PA di Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: PA di Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%). La percentuale di popolazione in eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età e, in particolare, il sovrappeso passa dal 14% della fascia di età 18-24 anni al 46% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità passa, dal 2,3% al 15,3% per le stesse fasce di età. Inoltre, la condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 44% vs 27,3%; obesità: 10,8% vs 9%).

Alcune azioni del Ministero

Una corretta strategia di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità rientra nell'ambito più generale della prevenzione e controllo delle patologie croniche nel loro complesso. E' importante perseguire un approccio di promozione della salute e di sensibilizzazione dei soggetti con incremento ponderale sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani, in una visione che abbracci l'intero corso della vita. I provvedimenti non farmacologici (attività fisica) e l'eliminazione dei fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, rischi ambientali di cadute) rappresentano un momento fondamentale nella prevenzione della malattia.

Per quanto attiene ai percorsi diagnostici, è necessaria una presa in carico che preveda un disegno assistenziale integrato costruito su PDTA redatti sulla base della Evidence Based Medicine (ECM). In particolare, l'assistenza deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati, con la sistematica collaborazione delle diverse figure professionali, in relazione alle diverse condizioni cliniche, con un percorso di cura appropriato e ottimizzato sul piano delle risorse, secondo le indicazioni delle Linee Guida, consentendo la continuità delle cure nel passaggio da un livello assistenziale ad un altro.

Già dal 2007 è stato approvato il Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali al fine di pro-muovere corretti stili di vita da parte della popolazione nell'ottica di migliorare la salute e prevenire le principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie croniche) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, tra cui l'obesità/sovrappeso.

Un altro strumento fondamentale di pianificazione del Ministero della Salute nell'ambito della prevenzione, è rappresentato dal Piano nazionale della prevenzione (PNP). Il PNP 2014-2018, prorogato al 2019, al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che comportano le malattie croniche non trasmissibili, nonché limitare le disuguaglianze causate da condizioni

sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, promuove un approccio che comprenda strategie di popolazione e strategie sull'individuo. In particolare, per la prevenzione e il trattamento delle persone obese Il PNP propone interventi educativi sulla popolazione generale e in sottogruppi specifici, il coinvolgimento dei medici e pediatri di base, lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati, la promozione di nuovi studi sui profili di sicurezza e di efficacia dell'approccio chirurgico all'obesità, la formazione specifica per gli interventi di diagnosi e trattamento da parte dei professionisti.

Nell'ottica della crescente attenzione sull'importanza dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata, il Ministero ha dedicato uno dei "Quaderni della Salute" alla appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità (Quaderni del Ministero della Salute n. 10; 2011)

Infine, in attuazione dell'art. 5 del Patto per la salute 2014-2016, la DGPROGS ha predisposto il "Piano nazionale della cronicità" al fine di definire linee di indirizzo per la presa in carico dei malati cronici, condivise con Regioni e Province autonome, individuando un insieme organico di interventi centrati sulla persona, basati sulla integrazione dell'approccio diagnostico, terapeutico e assistenziale ed orientati a una migliore organizzazione dei servizi, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali. I pazienti obesi, potranno riconoscersi nel disegno complessivo di gestione, nella nuova prospettiva di valutazione e di outcome personalizzati, nel sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, nella realizzazione di progetti di cura a lungo termine, nella strutturazione di percorsi assistenziali centrati sulla persona e gestiti in un macro-processo che comprende la stratificazione dei bisogni, la presa in carico, l'erogazione di interventi personalizzati e lan valutazione della qualità delle cure erogate.



Vittoria Buratta Direttore per le statistiche sociali e il censimento della popolazione dell'ISTAT

Il contributo dell'Istat alla stesura di questo Rapporto dell'Italian Diabetes & Obesity Barometer si colloca nel più ampio ambito delle attività di produzione e ricerca scientifica condotte dall'Istituto per supportare le politiche di promozione della salute e favorire i processi decisionali a tutti livelli, da quello dei cittadini, a quello degli amministratori fino ai policy makers.

L'obesità rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica ma investe anche ambiti non strettamente sanitari; da un lato infatti è un importante fattore di rischio per tumori, malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2, dall'altro è il risultato di numerosi fattori ambientali e socioeconomici che incidono sulle abitudini alimentari e gli stili di vita di una intera popolazione.

L'efficacia di politiche di contrasto alla diffusione di patologie cronico-degenerative, associate all'obesità chiama dunque in causa sia una responsabilità individuale nell'adozione di comportamenti e stili di vita salutari lungo tutto il percorso di vita (long life approach), a iniziare dall'infanzia e dalle giovani generazioni, sia una responsabilità collettiva nel creare contesti di vita che favoriscono scelte salutari.

Da questo punto di vista l'Istat dispone di un patrimonio informativo per diversi aspetti unico. Innanzitutto la lunghezza delle serie storiche che consente una lettura dei dati per generazioni. L'informazione sull'eccesso di peso è rilevata sin dal 1994 e dal 2001 con cadenza annuale. Nel 2002 è stato pubblicato il primo studio sull'eccesso di peso nei bambini e nei ragazzi e dal 2010 l'Istat diffonde annualmente le statistiche su questo fenomeno.

Attraverso le indagini campionarie è possibile studiare i comportamenti nel contesto familiare ed evidenziare la familiarità di alcuni comportamenti a rischio per la salutelnoltre, la conduzione di indagini armonizzate a livello europeo garantisce la confrontabilità tra paesi. La rilevanza di queste informazioni è testimoniata dal fatto che le evidence-based policy stanno acquistando sempre più credito sia a livello normativo sia nella prassi amministrativa e politica quotidiana.

A questo proposito è utile ricordare che nel set dei 12 indicatori di benessere e sostenibilità che sono entrati a far parte del ciclo di programmazione della politica economica del Governo, è stato inserito anche l'eccesso di peso. L'Istat, inoltre, sta rafforzando e sviluppando misure statistiche che consentono il monitoraggio dei progressi verso i Sustainable Development Goals (SDG) per l'Italia. Tra gli indicatori del secondo obiettivo (goal 2: Zero hunger) è inserita proprio la prevalenza dell'obesità.

Il contributo predisposto dall'Istat per questo rapporto offre un quadro informativo ampio sul fenomeno, presentando il trend e i dati più recenti per l'eccesso di peso nella popolazione adulta (18 anni e più) e nei bambini e nei ragazzi (6-17 anni). Oltre al confronto con gli altri paesi europei, si analizzano le differenze di genere (anche tra le generazioni), le disuguaglianze territoriali e sociali (secondo il titolo di studio e le risorse economiche familiari) e l'impatto sulle condizioni di salute e la qualità della vita. Il quadro è completato con le informazioni sulla pratica sportiva e la sedentarietà, nonché sulle abitudini alimentari. Lo studio del fenomeno nei bambini e nei ragazzi è arricchito anche dall'analisi della familiarità nei comportamenti a rischio.

Il rapporto sottolinea, tra gli altri, due aspetti su cui porre particolare attenzione. In primo luogo, la persistente ed elevata prevalenza di obesità e sovrappeso tra i bambini la cui salute rischia di essere seriamente compromessa dall'aumento dei fattori di rischio. Su questo aspetto l'Italia si colloca tra i paesi europei con la più elevata prevalenza.

L'obesità e l'eccesso ponderale sono ampiamente prevenibili, per questo a livello nazionale e internazionale, si sono attivate iniziative volte a promuovere stili alimentari adeguati presso la popolazione, riducendo il consumo di alimenti ricchi di zuccheri e grassi e promuovendo un maggiore consumo di frutta e verdura, e a sensibilizzare le industrie alimentari verso la produzione di alimenti più sani ed equilibrati. Ricordo, in proposito che la Commission on Ending Childhood Obesity istituita dall'OMS ha pubblicato nel 2014 il documento "Action Plan on Chil-

dhood Obesity 2014-2020", il Piano d'azione contro l'obesità infantile UE.

In secondo luogo, il rapporto documenta ampiamente come la prevalenza di obesità sia fortemente associata a condizioni di svantaggio socioeconomico. I dati relativi alle diseguaglianze sociali nell'alimentazione e nell'attività fisica concorrono a indicare che la maggiore parte delle abitudini insalubri sono inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale. I determinanti sociali rimangono una delle più importanti spiegazioni delle variazioni di salute nella popolazione italiana pertanto rappresentano un bersaglio importante anche nelle iniziative di contrasto all'obesità.

Per tutte queste ragioni l'investimento che l'Istat ha già fatto e sta ulteriormente facendo per favorire l'integrazione dei dati ha molto contributo alla comprensione di questo fenomeno e arricchirà ulteriormente in futuro le potenzialità informative per documentare e monitorare un obiettivo di salute così importante e per sua natura multidimensionale.



Walter Ricciardi Direttore Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni

Obesità: misurare, programmare e intervenire attraverso un approccio di Sanità Pubblica

a vita dell'uomo è inversamente proporzionale alla larghezza della cintura." I dati parlano chiaro: la presenza di sovrappeso e obesità aumenta il rischio di avere il diabete, di essere ipertesi, di sviluppare un cancro, di soffrire di patologie osteoarticolari, oltre che di andare incontro a ipertrofia prostatica, infertilità, asma e apnea notturna. Non sorprende, pertanto, che a livello mondiale l'obesità sia responsabile ogni anno della perdita di circa 94 milioni di anni di vita aggiustati per disabilità, con un incremento di più dell'80% negli ultimi 20 anni. In Italia più di un terzo della popolazione adulta è in sovrappeso, mentre più di una persona su dieci è obesa; ciò, in considerazione del progressivo declino del benessere fisico e psicologico che ne deriva, si ripercuote in maniera considerevole sui diversi ambiti dell'assistenza sanitaria. Le persone obese hanno, infatti, un rischio di ospedalizzazione tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale e a risentirne è, giocoforza, anche la spesa sanitaria: si stima che nel 2012 l'eccesso ponderale sia stato responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale, per un totale di circa 4,5 miliardi di euro.

Appare evidente, pertanto, come questo sia ormai un problema di Sanità Pubblica di rilevanza cruciale che ha portato, negli ultimi anni, le organizzazioni sanitarie a mettere in atto sistemi di sorveglianza epidemiologica atti a raccogliere informazioni circa gli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e nelle diverse fasce di età. I dati raccolti rappresentano il punto di partenza per strutturare programmi di prevenzione e promozione della salute ad hoc, in considerazione anche del forte gradiente socio-economico che caratterizza la diffusione dell'obesità nella popolazione generale e che fa sì che questo non sia un problema meramente sanitario. In quest'ottica, l'approccio del "welfare community" rappresenta senz'altro una strategia di potenziale impatto, in grado di agire, attraverso un piano multidisciplinare e multisettoriale, su più fronti e di raggiungere la maggior parte della popolazione, con l'obiettivo di intervenire sui determinanti di salute per creare consapevolezza attraverso l'empowerment della comunità e l'alfabetizzazione sanitaria. Solo in guesto modo, agendo su più settori e prevedendo interventi sociali più che sanitari, si può sperare di creare una cultura della prevenzione che mitighi, quanto più possibile, le disuguaglianze in sanità e stimoli la nascita di un ambiente adatto alla promozione della salute attraverso l'adozione di corretti stili di vita.



Ketty Vaccaro Direttore Welfare e Sanità Fondazione CENSIS

obesità è una malattia con forti implicazioni sociali proprio perché spesso associata ad uno stigma. In un contesto sempre più attento al benessere ma anche ad un'immagine corporea mutuata su un modello di bellezza in cui si enfatizza il magro e l'atletico, chi, come la persona obesa, è particolarmente lontano da tale ideale estetico corre il rischio di divenire vittima di pregiudizi e di essere stigmatizzato per lo scarso impegno nel prendersi cura di se stesso, per l'essere incapace di migliorare la propria salute.

In una indagine Censis del 2018 si evidenza un risultato che esprime l'opzione estrema legata a questa concezione negativa: 21 milioni di Italiani, ovvero un terzo della popolazione totale, ha affermato di ritenere giusto penalizzare con tasse aggiuntive o limitazioni nell'accesso alle cure del Servizio sanitario le persone che compromettono la propria salute a causa di stili di vita nocivi, come i fumatori, gli alcolisti, i tossicodipendenti e anche gli obesi.

Si tratta di una percezione sociale che vede e considera l'obesità non come malattia, ma come "vizio" individuale, una incapacità di prendersi cura della propria salute di fatto legata alla cattiva volontà e pertanto da giudicare severamente, fino al punto di ipotizzare una penalizzazione nell'accesso alle politiche socio-sanitarie.

Ed è una diretta conseguenza della nuova concezione della salute, in cui tra i fattori da cui essa dipende, gli italiani attribuiscono il peso maggiore agli stili di vita ed ai comportamenti individuali, alle scelte di alimentazione così come all'impegno nell'attività fisica e nel controllo dei fattori di rischio (è il punto di vista del 40% circa degli italiani in una ricerca Censis del 2018).

La persona in sovrappeso e soprattutto quella obesa diventano l'archetipo di una mancanza di responsabilizzazione individuale, ritenuta centrale nella promozione e nel mantenimento dei livelli di salute e pertanto potenzialmente penalizzabili per questa carenza di impegno personale.

Anche la mancata adesione all'archetipo estetico del fisico magro finisce per discriminare la persona obesa, a

cui si attribuiscono aspetti caratteriali e comportamentali da stigmatizzare.

Uno studio recente ha mostrato che i bambini in età di scuola primaria nei paesi dell'Unione Europea percepiscono i propri coetanei obesi come "pigri, sporchi, stupidi, brutti, bugiardi e imbroglioni". Una percezione sociale negativa che può degenerare e motivare forme articolate di bullismo, che possono andare dalla derisione, all'isolamento relazionale e fino alle forme più gravi in cui il ragazzo obeso diviene vittima di soprusi e prevaricazioni da parte dei coetanei. Il fenomeno è particolarmente diffuso sulla rete dove sono sempre più frequenti forme di cyberbullismo legati alle piattaforme social, ormai centrali nella comunicazione tra ragazzi.

Si tratta di fenomeni di discriminazione nei confronti delle persone obese diffusi anche in altri paesi occidentali, come testimoniano studi relativi alle forme di disapprovazione sociale che possono creare isolamento, episodi di discriminazione ed anche di violenza nei confronti degli studenti obesi nei college statunitensi.

Pregiudizi e stigma sociale che tendono a continuare nelle fasi successive della vita della persona obesa, laddove il weight bias (pregiudizio sul peso) in età adulta può dar luogo a difficoltà perfino nell'accesso all'attività lavorativa.

Di nuovo, la distanza dall'immagine ideale prevalente di bellezza ed efficienza fisica condiziona anche la fase di accesso al lavoro delle persone obese poiché ci sono evidenze di situazioni in cui alla persona obesa o in sovrappeso può essere preferita una persona normopeso, indipendentemente dalla valutazione delle qualità culturali e tecniche della persona, soprattutto nei lavori che richiedono un contatto con il pubblico. Le forme di discriminazione sul lavoro possono continuare, assumendo il volto di possibilità differenziate di carriera, maggiore probabilità di essere licenziati e situazioni di mobbing in cui di nuovo il fulcro dell'attenzione è il peso e l'aspetto della persona.

Anche sul fronte della vita affettivo-sentimentale e familiare le persone obese possono sperimentare forme di disagio e penalizzazione, a partire dalla maggiore difficoltà a trovare un partner o ad avere una vita sessuale soddisfacente fino ai casi sono proprio i familiari a rappresentare un fonte importante di stigma e di condanna sociale.

E' vero che in Italia l'obesità si presenta con livelli di prevalenza meno drammatici che in altri Paesi occidentali, ma non mancano segnali preoccupanti che devono tenere desta l'attenzione.

Il riferimento è prima di tutto all'elevata prevalenza dell'obesità in età scolastica-adolescenziale, evidenziata dai dati di OKkio alla salute dell'ISS, ma anche ai rischi della diffusione di stili alimentari particolarmente pericolosi.

Una ricerca Censis del 2017 ha evidenziato come 1,9 milioni di italiani si definiscano amanti dello junk food. E la quota più alta si registra tra i Millennial. Inoltre, non si può sottovalutare il peso che sull'incremento del consumo di cibi poco salubri ma a basso costo esercitano i fattori socio economici e lo specifico impatto della crisi economica che il nostro paese ha conosciuto negli ultimi anni.

Un trend non privo di conseguenze per l'obesità. La buona dieta mediterranea, infatti, è anche all'origine del basso tasso di obesità degli italiani. Se adottassimo il modello alimentare degli Usa, nei prossimi anni il numero di obesi potrebbe salire di oltre 15 milioni di persone, con costi sanitari e sociali aggiuntivi insostenibili.

Nel complesso quadro della concezione sociale dell'obesità sono dunque insiti i segni di una condanna sociale più o meno implicita, ma anche la tendenza a sottovalutare la complessità della condizione delle persone obese, fino all' estremo di una sottovalutazione della obesità come malattia a forte impatto clinico e sociale che come tale ha bisogno di essere affrontata.

E per farlo occorrono importanti sinergie politiche, medico-sanitarie e sociali per ricercare soluzione efficaci che possano promuovere la riduzione dell'obesità operando su più piani. E' questo un ambito in cui le politiche di urban health, in grado di agire su più fronti, compreso quello dell'organizzazione della città e della promozione sociale di stili di vita più sani possono esercitare un forte impatto. Ma si tratta anche di riconoscere ed affrontare lo stigma sociale legato alla obesità in tutta la sua complessità e sui diversi fronti in cui si esplica, per migliorare l'impegno strategico a favore della tutela delle persone obese che finora appare insufficiente.



Andrea Lenzi Presidente Health City Institute e del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Via della Presidenza del Coinsigio dei Ministri

Tutti noi sappiamo come l'obesità è una malattia potenzialmente mortale, riduce l'aspettativa di vita di 10 anni, è causa di disagio sociale e spesso, tra bambini e adolescenti, favorisce episodi di bullismo, che più volte le cronache hanno riportato. Eppure, l'Italia e l'Europa, sino ad oggi, hanno guardato altrove.

Nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità consideri l'obesità una malattia, nel Vecchio continente solo il Portogallo ha preso atto a livello legislativo di questo, mentre a livello Italiano lo scorso anno il Senato della Repubblica ha approvato in plenaria una serie di provvedimenti, poi non resi esecutivi.

Una emergenza socio-sanitaria quella dell'obesità che sia l'OMS chel' European Association for the Study of Obesity ha ripetutamente evidenziato e che nel continente Europeo è destinato a crescere. Ma il 2018 sarà ricordato come l'anno dell'impegno globale nella lotta contro le malattie croniche non trasmissibili (NCDs).

Le NCDs, principalmente l' obesità, malattie cardiovascolari e respiratorie, i tumori e il diabete rappresentano attualmente la causa maggiore di morte a livello mondiale e minano l'aspettativa di vita delle generazioni future

Questa emergenza chiama tutti a una maggiore responsabilità sulle scelte salutari da adottare a livello di governi, medici e individuale.

Il tredicesimo programma generale di lavoro dell'OMS 2019-2023 pone una forte enfasi sulla risposta che i Governi debbono dare all'epidemia delle malattie croniche non trasmissibili e sulla promozione della salute mentale, come la depressione, con investimenti nella copertura sanitaria universalistica come questione centrale delle politiche sanitarie nazionali

A Settembre del 2018 i Capi di Stato e di Governo si sono impegnati, durante l'Assemblea Plenaria della Nazioni Unite a realizzare 13 nuovi azioni per affrontare l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui tumori, malattie cardiache e polmonari, ictus e diabete e per promuovere la salute mentale e il benessere.

I leader mondiali hanno accettato di assumersi la responsabilità degli sforzi che i singoli Paesi debbono fare per prevenire e curare le malattie croniche non trasmissibili.

Si è convenuto che gli sforzi di politica sanitaria dovrebbero includere leggi efficaci e misure fiscali per proteggere le persone dal tabagismo, dai cibi malsani e altri prodotti nocivi alla salute, limitando ad esempio la pubblicità di alcolici, vietando il fumo e tassando le bevande zuccherate.

L'OMS stima che l'implementazione di tutte queste politiche potrebbe generare 350 miliardi di dollari USA di crescita economica nei Paesi a basso e medio reddito tra oggi e il 2030.

Altri impegni specifici riguardano l'arresto dell'obesità infantile, la promozione di un'attività fisica regolare, la riduzione dell'inquinamento atmosferico e il miglioramento della salute mentale e del benessere. La dichiarazione politica ribadisce la necessità di lavorare in sinergia tra Istituzioni, medici ed industria

In particolare si invitano i produttori di alimenti ad intraprendere diverse azioni. Questi includono la riformulazione dei prodotti per ridurre il sale, gli zuccheri liberi e i grassi saturi e prodotti industriali, usando l'etichettatura nutrizionale sul cibo confezionato per informare i consumatori e limitando la commercializzazione di alimenti e bevande non salutari ai bambini.

All'Assemblea Generale delle Nazioni Unite di Settembre, l'OMS ha anche rinnovato la nomina di Michael R. Bloomberg come Ambasciatore Globale dell'Organizzazione per le malattie croniche non trasmissibili e gli infortuni.

Bloomberg, che è stato Sindaco di New York, è stato chiamato ad attuare importanti iniziative come la costruzione del partenariato per la creazione di città sane e la promozione degli investimenti in

NCDs e per la prevenzione degli infortuni.

Bloomberg è stato chiamato anche per la sua grande esperienza nel lavorare nell'ambito della salute urbana avendo avviato negli anni il programma C40 che coinvolge le maggiori metropoli del mondo.

Bloomberg, da ex sindaco, sa come una delle maggiore cause dei NCDs è l'obesità, la cui crescita sta avvenendo principalmente nelle metropoli.

Le metropoli sono diventati ambienti "obesogeni". Ma cosa sono e quali sono gli "ambienti obesogeni"? In termini molto semplici, potremmo dire sono quegli ambienti che incoraggiano le persone a mangiare in modo malsano e non consentono di poter effettuare esercizio fisico ed attività motoria, peggiorando gli stili di vita individuale e favorendo la sedentarietà.

Le città sino ad oggi sono state concepite come modelli di urbanizzazione dove lo spostamento in auto, gli ascensori, le scale mobili sono diventati modelli di mobilità cittadina che favoriscono decisamente la sedentarietà.

Il cibo e la scarsa educazione alimentare sono altri fattori cruciali.

Oggi i centri commerciali e molti luoghi pubblici sono dominati da negozi che vendono cibi poco salutari.

Ma nessun intervento a livello urbanistico può essere efficace se ogni singolo cittadino non si assume la responsabilità di contribuire a questo miglioramento della qualità di vita personale, attraverso la promozione di stili di vita più salutari, attraverso una attività motoria costante e una migliore alimentazione.







Giuseppe Fatati Presidente Italian Obesity Network

dobesità è, a tutti gli effetti, una malattia complessa in cui non esiste un gene o una causa principale in grado di giustificare l'insieme di alterazioni che precedono o seguono questa patologia. Ha origine dall'intreccio di elementi che interagiscono fra loro e non presenta una soluzione univoca, ma necessita di essere considerata globalmente, analizzando tutti gli elementi che la compongono e le loro interazioni. Per tali motivi va affrontata in modo sinergico e è anacronistico pensare a rimedi individuali che non tengano conto della necessità del supporto di culture diverse e di un approccio multidisciplinare.

L'Italian Obesity Network (IO-NET) vuole aggregare tutti quei soggetti che hanno a cuore il problema obesità e che vogliono provare ad arginare un fenomeno preoccupante per il Ssn. In occasione dell'Obesity Day 2018 è stato presentato ufficialmente il manifesto dell'Italian Obesity Network per un futuro sostenibile firmato dalle principali società scientifiche e culturali del settore: Associazione Amici Obesi, Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, Milano Obesity Declaration, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie , Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, Fondazione della Società Italiana di Endocrinologia per la ricerca in Endocrinologia, malattie metaboliche e Andrologia, Società Italiana dell'Obesità, Italian Wellness Alliance. E' un atto concreto che richiama l'attenzione dei "decisori" e ne sollecita l'intervento.

In una società ossessionata dalla magrezza e dal controllo, essere sovrappeso può divenire condizione penalizzante non solo dal punto di vista della salute ma anche da quello sociale e psicologico. I programmi di prevenzione si sono dimostrati, spesso, inefficaci perché basati sul paradigma della responsabilità personale. Lo stigma sull'obesità, ovvero la disapprovazione sociale, è una delle cause, che attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, finiscono per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo. In campo medico esiste il concetto di 'non responsabilità morale dell'individuo nei confronti della malattia' - vale a dire che non si ha alcuna colpa se si contrae una patologia - questo discorso non sembra

valere nel caso dell'obesità: il paziente obeso, viene ritenuto responsabile di questa sua condizione. Il Manifesto proposto dall'Italian Obesity Network tende ad identificare una roadmap sul quale agire per migliorare la qualità di vita delle persone con obesità. E' imprescindibile considerare l'obesità come una priorità nazionale a livello sanitario, politico, sociale e clinico, riconoscendo che la stessa è una malattia altamente disabilitante e che rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili (NCDs). Vi è la necessità di realizzare un piano nazionale dell'obesità, per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia, delle complicanze, sull'offerta assistenziale, l'accesso alle cure e ai trattamenti. Va assolutamente incrementata la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi per la persona obesa, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che abbiano come obiettivo la razionalizzazione dell'offerta. Le persone affette da obesità dovrebbero essere prese in carico dai medici di famiglia e ricevere una assistenza individuale dal Sistema Sanitario Nazionale al pari di quelle affette da diabete.

Considerando l'alto impatto dell'obesità e del sovrappeso infantile, si deve intervenire attraverso informazione e progetti mirati ad ottenere un cambiamento permanente delle abitudini alimentari e dello stile di vita dei bambini, coinvolgendo il mondo della scuola, dello sport e le famiglie. Periodicamente si discute sulla proposta di tassare le bibite gassate e zuccherate, la cosiddetta "sugar tax". Può essere considerata anche una buona strategia, l'importante è che l'obiettivo sia quello di liberare fondi per la lotta all'obesità e non magari per individuare delle coperture per altri settori. Vi è la necessità di investimenti concreti per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento farmacologico e chirurgico, l'assistenza e consentire a tutti gli obesi l'accesso alla cura.

Lo sviluppo di un sistema alimentare in grado di garantire a tutti un apporto nutrizionale equilibrato è il punto di partenza per la prevenzione dell'obesità e richiede ai professionisti della salute una consapevolezza e un impegno educativo sempre più complesso. E' importante capire che cosa contribuisce a rendere una dieta sostenibile, ma questo deve essere poi comunicato in modo efficace per cercare di cambiare le consolidate abitudini alimentari della popolazione. Una dieta sostenibile comprende molti contesti solo in apparenza differenti e distanti come la salute, l'ambiente, l'economia e le influenze sociali. Gli studi dimostrano che la comprensione del concetto di dieta sostenibile è scarso e ci sono molte idee sbagliate che potrebbero contribuire a creare barriere verso il cambiamento anche tra gli opinion leaders del settore. L'Italian Obesity Network spera di contribuire a ridurre lo stigma dell'obesità, migliorare l'accesso alle cure e implementare la cultura scentifica finalizzata a interventi integrati di prevenzione.

Giuseppe Malfi Presidente Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - A.D.I.

dati epidemiologici relativi all'obesità sono ormai ampiamente noti e condivisi. La sua diffusione "epidemica" favorisce l'incremento della prevalenza di svariate note patologie come diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemie che contribuiscono alla rilevante mortalità per patologie cardio e cerebrovascolari, prima causa di morte nella popolazione italiana.

Sono due le problematiche che si prospettano: la prima, eticamente più importante, è legata alla salute dei cittadini in termini di sopravvivenza e qualità di vita, la seconda riguarda i costi del gestore sanitario.

Ne consegue l'importanza e l'opportunità, da una parte, di ridurre la prevalenza della patologia, dall'altra di gestire al meglio, con la dovuta appropriatezza di intervento, il percorso di cura.

Prevenzione e terapia dunque, due aspetti che gli Specialisti in Scienza dell'Alimentazione dovranno affrontare, adeguatamente formati nelle Scuole di Specializzazione e periodicamente aggiornati, grazie al supporto delle Società Scientifiche del settore.

L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) si prefigge, tra gli altri, anche questo compito, senza dimenticare tutti gli argomenti che uno Specialista in Scienza dell'Alimentazione deve sapere affrontare, coadiuvato dalle altre figure professionali competenti, come la malnutrizione correlata alla malattia, i disturbi alimentari e tutte le patologie nelle quali la nutrizione può svolgere un ruolo terapeutico importante.

Oltre alle iniziative di prevenzione come l'Obesity Day, che ogni anno si prefigge di sensibilizzare la popolazione sull'opportunità di prevenire e curare l'obesità, fornendo le dovute informazioni con proposte ogni anno differenti, devono essere diffuse le strategie dietoterapiche terapeutiche (dietoterapiche, comportamentali e farmacologiche) più corrette e supportate dalle evidenze scientifiche per trattare l'obesità, strategie di cura ma anche di avvio e di supporto alla chirurgia bariatrica nella fase pre e postchirurgica.

Diventa importante una presenza più costante delle

Unità Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica, opportunamente diffuse sul territorio nazionale, coordinate dal Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione per il ruolo trasversale con le altre discipline che dall'intervento nutrizionale possono trarre giovamento.

In considerazione dei costi che l'obesità determina, ma anche considerando i costi che possono essere contenuti con un adeguato trattamento della malnutrizione a livello ospedaliero e territoriale, l'investimento sugli specialisti in Scienza dell'Alimentazione deve essere attentamente considerato per una gestione più economica della sanità e un miglioramento della qualità delle cure ai cittadini.

L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, nel suo piccolo, cercherà di prodigarsi per raggiungere questi risultati.

Ferruccio Santini Presidente Società Italiana dell'Obesità

entre l'epidemia dell' obesità a livello mondiale si sta allargando senza che emergano segnali di rallentamento, l'espansione del fenomeno in Italia sembrerebbe in qualche modo arrestata per lo meno quardando agli ultimi dati dell'indagine OKKIO alla salute, relativi alla prevalenza dell'obesità in età infantile. Seppure sia troppo presto per diffondere proclami di vittoria, si tratta di un elemento incoraggiante che induce a pensare che qualcosa di quanto fatto in questi anni in termini di prevenzione possa aver funzionato. Risulta guindi fondamentale comprendere quali siano gli interventi validi, per implementarli ed estenderli a fasce più larghe di popolazione. A questo proposito l'Italian Barometer Obesity Report rappresenta uno strumento di sorveglianza estremamente utile, nonché un mezzo importante per proseguire il dialogo con le istituzioni coinvolte nelle strategie di contrasto al fenomeno.

L'obesità è riconosciuta come una malattia cronica dall'Organizzazione Mondiale della Salute per cui, accanto alla prevenzione, è necessario agire per curare la "malattia" obesità, attraverso gli strumenti sempre più efficaci che oggi abbiamo a diposizione. Si tratta di un intervento che ha certamente costi rilevanti, motivo per cui risulta essenziale capire quanto e come sia possibile investire in funzione di un beneficio proporzionato. Il prossimo 18 maggio si celebrerà la Giornata Europea dell'Obesità il cui tema sarà "Tackling obesity together" con l'obiettivo di raccogliere in azione congiunta i professionisti, i pazienti e le istituzioni, per aumentare la consapevolezza sui problemi causati dall'obesità e dalle malattie ad essa correlate e di sollecitare le nazioni Europee a intraprendere iniziative adequate alla gravità del problema. Anche in tale contesto l'Italian Barometer Obesity Report si propone come una piattaforma che delinea precisamente i contorni della condizione nel nostro paese e consente di avvicinarsi ad obiettivi realistici e attuabili con le risorse a disposizione.

Claudio Cricelli Presidente SIMG Gerardo Medea Responsabile Area Metabolica SIMG

Sovrappeso e obesità rappresentano un problema molto diffuso e purtroppo in continua crescita, che ha un notevole impatto sociale ed economico per la salute pubblica, con ripercussioni sull'attività quotidiana del singolo individuo e conseguenze anche drammatiche per la sua salute.

Il progetto SiSSI, frutto della collaborazione congiunta tra Fondazione SIMG e il CEIS Tor Vergata studia anche l'impatto economico e clinico dell'obesità nel nostro Paese. Il dataset raccoglie i dati delle cartelle cliniche dei pazienti dei medici di Medicina Generale (dati Health Search – HS-CSD LPD), in tutte le regioni Italiane (con l'eccezione di Molise e Valle d'Aosta) a partire dal 2001. I dati del progetto SiSSI, ci indicano che l'eccesso ponderale è responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale per un totale di circa 4,5 miliardi di euro nel 2012, un valore in costante crescita.

In particolare lo studio ha documentato che la spesa è più alta del 3% rispetto ai soggetti normopeso se il BMI è compreso tra 25 e 29,9. Più alta del 18% quando il BMI è tra 30 e 34,9, del 41% tra 35 e 39,9 e del 50% quando il BMI è sopra il 40. Il costo incrementale maggiore attribuibile all'obesità si registra nella fascia tra i 45 e i 64 anni.

In termini assoluti un obeso severo/molto severo costa ogni anno tra i 450 e i 550 euro in più rispetto a una persona normopeso. Diversi studi hanno anche dimostrato che il rischio di ospedalizzazione aumenta di tre volte negli obesi rispetto ai normopeso. Questo si traduce in un costo di ospedalizzazione che è pari a circa il 59% della spesa totale per singola persona obesa. Il restante 41% è legato a spese extra ospedaliere come farmaci e prestazioni ambulatoriali.

Sono dati allarmanti che ci confermano come l'obesità sia una malattia che deve essere considerata dal punto di vista della politica sanitaria del nostro Paese

Senza dubbio il sovrappeso\obesità rappresenta l'area di maggiore insuccesso e frustrazione professionale per il medico di medicina generale poiché spesso coloro che richiedono soluzioni alla loro condizione di sovrappeso, se pur fortemente motivati, desiderano risultati immediati, visibili e con modeste modifiche comportamentali.

Oggi peraltro sono disponibili nuovi farmaci permettono di ottenere risultati lusinghieri sulla riduzione del peso nei soggetti con obesità rilevante.

Ma è noto che nessun farmaco, sia pur efficace può portare a significativi risultati senza la motivazione, la fiducia e l'impegno personale del paziente. Soprattutto per quanto riguarda gli effetti nel lungo periodo e per il mantenimento della perdita così ottenuta nel tempo, dopo la sospensione della terapia farmacologica.

È noto pure che l'obesità è un problema muldimensionale, poiché è fortemente condizionato anche da determinanti sociali, politici ed economici.

Basti pensare a quanto le barriere urbanistiche (spazi verdi limitati, traffico, parcheggi, piste ciclabili, ecc.) possano ostacolare (o favorire) lo sviluppo di stili di vita sani e quanto la politica possa in ciò avere un ruolo chiave anche attraverso la progettazione urbanistica. Senza contare ai condizionamenti (spesso purtroppo negativi) sullo stile alimentare da parte delle aziende alimentari attraverso la pubblicità, le manipolazioni sull'etichettatura dei cibi e il confezionamento degli stessi.

Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti.

Anche nel nostro Paese sta aumentando l'incidenza e la prevalenza di diabete mellito tipo 2, di malattie cardiovascolari, respiratorie e tumori correlati all'obesità.

Le famiglie italiane (e quindi anche i nostri figli) si stanno allontanando sempre di più da quel paradigma di "dieta mediterranea", che era riconosciuta da tutti come protettiva nei confronti delle complicanze metaboliche.

Di fronte a un problema multidimensionale, altrettanto lo sono le possibili soluzioni. Difatti, i soli interventi mirati a cambiamenti individuali non producono effetti duraturi nel campo della promozione di stili di vita salutari se non sono accompagnati da tutta una serie di modifiche ambientali, strutturali e socioculturali che consentano il mantenimento dei comportamenti appena acquisiti.

Come "cittadini" il nostro compito è dunque quello di sensibilizzare e ben orientare gli amministratori locali e la politica nazionale verso scelte e strategie mirate al sostegno e alla promozione di stili di vita sani, anche attraverso incentivi per chi acquista attrezzature sportive o si iscrive in palestra.

Le persone per esempio sono incoraggiate all'uso del territorio a piedi quando esso è di tipo "misto" (localizzazione di negozi, scuole, luoghi di lavoro e altre destinazioni nei pressi delle abitazioni).

Uno studio ha dimostrato che, quando i quartieri sono divisi in quattro quartili basati su questo approccio, ogni quartile di aumento misto di utilizzo del suolo che facilita la vita attiva, è stato associato con una riduzione del 12,2% del rischio di obesità. Ogni ulteriore chilometro camminato al giorno è stato associato con un ulteriore 4,8% di riduzione.

È necessario anche stimolare l'approvazione di leggi che regolino il contenuto di sale, grassi e zuccheri negli alimenti o la vendita di alcolici o la distribuzione di fast food sul territorio.

Come "consumatori" dovremmo essere tutti coalizzati e premiare, sia economicamente sia col passaparola, quei soggetti (coinvolti nella catena di produzione-distribuzione-vendita del cibo) che più dimostrano di essere trasparenti e attenti circa la salute dei loro "clienti".

Come "Medici", nonostante le difficoltà e i risultati frustranti, dobbiamo continuare gli interventi di educazione sanitaria affinché i cittadini sappiano non solo "come" modificare positivamente il proprio stile di vita, ma soprattutto "perché" ciò deve accadere. Attraverso la consapevolezza otterremo certamente una maggiore motivazione, la fiducia e l'impegno personale del paziente.

I nostri sforzi maggiori si devono concentrare proprio sui soggetti più giovani, magari ancora normopeso e attivi fisicamente, poiché è noto che è più facile rimanere in una condizione di normalità piuttosto che modificarne una già patologica.

È dunque importante attuare interventi di educazione alla corretta alimentazione negli adolescenti per renderli "oggi" istruiti e consapevoli circa la corretta scelta dei nutrienti, e "domani" come genitori capaci di far mangiare in modo sano i propri figli.

Per formazione, vocazione e mission tale intervento educativo può e deve essere svolto dalla medicina di famiglia, uno dei compiti (la prevenzione primaria) da tutti ritenuto specifico e prioritario della nostra professione. Agli specialisti resta (l'ingrato) compito di gestire e curare i soggetti già obesi, il cui trattamento richiede spesso interventi complessi e multi-professionali.

Per i "Politici" deve essere invece chiaro che l'obesità è una malattia "cronica" che riduce drammaticamente l'aspettativa e la qualità di vita delle persone obese e che determina costi sociali, clinici ed economici rilevanti per il SSN e il bilancio della Nazione.

Una politica attenta e lungimirante, conoscendo gli altissimi costi determinati dalle principali malattie croniche e dalle loro complicanze (moltissime delle quali causate proprio dagli stili di vita errati) assegnerebbe adeguate risorse affinché le cure primarie si possano attrezzare e organizzare per attuare interventi mirati (i giovani, i sani, i soggetti più a rischio ...) e strutturati di educazione sanitaria...visto che, tanto per citare solo un esempio, siamo fanalino di coda in Europa insieme alla Grecia, per numero di infermieri operanti negli studi di Medicina Generale. Un finanziamento al comparto non sulla fiducia, ma sulla base di risultati esibiti e certificati.

Spendere (forse) un po' più oggi per risparmiare (molto di più) domani.

Stefano Cianfarani Presidente della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Italian Obesity Barometer Report rappresenta un prezioso contributo alla conoscenza della situazione nazionale riguardo la distribuzione regionale del diabete tipo 2 e dell'obesità, condizioni che rappresentano le principali malattie croniche non trasmissibili associate a un significativo aumento di morbidità e mortalità. Purtroppo le premesse per l'aumentato rischio cardiometabolico in età adulta sono spesso già presenti in età pediatrica. La prevenzione e la cura dell'obesità in età pediatrica rappresenta dunque un obiettivo strategico di fondamentale importanza, anche al fine di ridurre i costi che il Sistema Sanitario Nazionale dovrà sostenere per la cura e l'assistenza dei pazienti con patologie croniche associate all'obesità in età adulta. Ancora una volta dobbiamo essere riconoscenti alla Fondazione IBDO per questa approfondita analisi annuale che fornisce dati senza i quali sarebbe impossibile cercare di pianificare efficaci strategie di prevenzione e di cura. Strategie che speriamo possano trovare il sostegno dei decisori politici nazionali e regionali per concertare un'azione lungimirante volta non solo a migliorare lo stato di salute e la qualità di vita delle persone ma anche a ridurre i costi per il nostro Sistema Sanitario.

La Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), da sempre impegnata nel campo della prevenzione e cura del diabete e dell'obesità in età pediatrica, plaude a questa iniziativa della Fondazione IBDO e rinnova la totale disponibilità a collaborare per tradurre le esigenze scaturite da questa attenta analisi in interventi efficaci fin dai primi anni di vita.









L'obesità un problema sociale, sanitario e clinico

Antonio Nicolucci, *Coresearch* Mario Pappagallo, *URBES Magazine* Paolo Sbraccia, *IBDO Foundation*

a continua crescita della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità è causa di serie preoccupazioni in tutte le regioni del mondo, e il fenomeno si configura sempre più come pandemia globale. In base alle stime dell'OMS, nel 2017 il sovrappeso e l'obesità sono stati responsabili di 4,72 milioni di decessi e di 148 milioni di anni vissuti con disabilità. Fra le cause di morte, l'eccesso ponderale è passato dal 16° posto nel 1990 al 7° posto nel 2007, fino a raggiungere il 4° posto nel 2017, preceduto soltanto da ipertensione, fumo e iperglicemia.

Si stima che nel mondo ci siano oggi 2.1 miliardi di persone in sovrappeso o obese, circa il 30% della popolazione mondiale. Se l'andamento in crescita del fenomeno resterà immodificato, nel 2030 circa la metà delle persone nel mondo avrà un eccesso ponderale, con drammatici risvolti clinici, sociali ed economici.

Le cause della crescita del fenomeno obesità sono complesse, ed includono fattori evoluzionistici, biologici, psicologici, sociologici, economici ed istituzionali.

Le influenze sociali, le norme comportamentali e l'immagine che ciascuno ha di sé, possono determinare alcune condizioni morbose quali l'obesità. Si definisce "contagio sociale".

Chiarire se i tassi di obesità in alcuni contesti dipendano da una forma di contagio sociale piuttosto che da un'autoselezione naturale fra simili, possibilmente legata anche alla condivisione di luoghi e abitudini, potrebbe cambiare gli approcci delle politiche sanitarie per il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni.

A tal proposito, alcuni ricercatori californiani – in un articolo recentemente pubblicato sulla rivista JAMA Pediatrics – hanno confrontato diverse famiglie di militari assegnate a diverse sedi territoriali di residenza non prevedibili, pertanto senza alcuna influenza nella scelta da parte dei soggetti, per studiare la relazione tra i relativi tassi di obesità locale e lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei genitori e nei ragazzi.

Attingendo i dati da uno studio epidemiologico condotto su 38 insediamenti statunitensi militari, includendo 1.519 famiglie, di cui 1.314 adulti e 1.111 adolescenti,

sono stati registrati i dati antropometrici e l'indice di massa corporea (IMC), relativi a un anno di osservazione.

Ne è risultato che le famiglie traferite in zone con un maggiore tasso di obesità hanno un IMC mediamente più elevato e un maggiore tasso di sovrappeso-obesità. Per esempio, per ogni 1% in più del tasso di obesità territoriale si è osservato: un punteggio di 0,08 in più sul dato dell'IMC e un 5% in più di obesità in media nei genitori adulti; un 4% in più sul tasso di sovrappeso-obesità nei figli, bambini e adolescenti.

La correlazione fra il tasso di obesità territoriale, i valori di IMC e la prevalenza di sovrappeso-obesità è stata più forte per periodi di insediamento più lunghi (>24 mesi) per i ragazzi, e per l'intera famiglia è stata maggiore per coloro che vivevano fuori sede dell'insediamento piuttosto che all'interno.

In conclusione, vivere in territori con maggiore tasso di obesità, come accade ad esempio nelle regioni del meridione d'Italia, può determinare un maggiore rischio di sovrappeso-obesità. Dunque, l'obesità sarebbe contagiosa al pari di un virus, di un batterio? Brillante analogia, che necessita altresì di ulteriori osservazioni e dati più consolidati, ma che sembra avere solide basi se si parla di contagio culturale, di contagio sociale.

La vita moderna induce inoltre stili di vita più sedentari, e l'urbanizzazione contribuisce in modo importante alla riduzione dell'attività fisica. È stato stimato che l'urbanizzazione riduca il dispendio energetico di 300-400 calorie al giorno, mentre recarsi al lavoro in macchina o in autobus determina una ulteriore riduzione di 200 calorie.

Il cibo è diventato poi molto più economico negli ultimi 60 anni. Negli Stati Uniti, la quota del reddito familiare medio speso per il cibo è scesa dal 42% nel 1900 al 30% nel 1950 e al 13,5% nel 2003. Tuttavia, è soprattutto il cibo a basso contenuto nutrizionale ed alto contenuto energetico a costare poco, mentre rimangono elevati i prezzi degli alimenti più salutari. Questo induce, soprattutto nelle fasce sociali più svantaggiate, ad un consumo preferenziale di alimenti che aumentano in modo sostanziale il rischio di obesità.

Molti di questi fattori sottolineano l'importanza del

contesto ambientale come driver della prevalenza dell'obesità.

Resta il fatto che, a livello mondiale, l'obesità è una malattia potenzialmente mortale, riduce l'aspettativa di vita di 10 anni, è causa di disagio sociale e spesso, tra bambini e adolescenti, favorisce episodi di bullismo, che più volte le cronache hanno riportato. Eppure, le istituzioni, sino ad oggi, hanno guardato altrove. L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica sia perché la sua prevalenza è in costante e preoccupante aumento non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito, sia perché è un importante fattore di rischio per varie malattie croniche, quali diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, patologie epatiche ed osteoarticolari

L'obesità è oggi responsabile di un costo complessivo di circa 2000 miliardi di dollari, che corrisponde al 2.8% del prodotto interno lordo globale e all'intero PIL dell'Italia. Grosso modo, l'impatto sull'economia globale dell'obesità è sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta e a quello di tutte le guerre, atti di violenza armata e di terrorismo.

L'eccesso ponderale genera sia importanti costi diretti, in larga parte attribuibili ai trattamenti e alle ospedalizzazioni per le condizioni associate, sia costi indiretti, legati a perdita di produttività per malattia e per mortalità precoce.

Ma attenzione, l'obesità è una malattia e non è colpa di chi ne soffre essere obeso. Assegnare a un paziente la colpa della sua malattia è alibi medico, giustificazione sociale, riflesso tanto ingiusto quanto antico (fu la prima reazione all'epidemia di Aids, ricordate? E prima ancora alla lebbra, alla tubercolosi... fino al cancro). Quindi non è etico colpevolizzare il malato di fronte all'impotenza terapeutica e ancora meno etico è farne stigma. L'obesità è la più visibile fra le malattie. Letteralmente si scorge la malattia prima ancora di distinguere i tratti del paziente. E la malattia viene attribuita univocamente ad un comportamento: il consumo eccessivo di cibo. Sbagliamo a colpevolizzare la persona obesa. Dirle "sei grasso perché scegli di mangiare tanto" è eticamente scorretto e scientificamente sbagliato: il bilancio energetico di una persona è al centro di tantissimi fattori, in buona parte sconosciuti, le cui interazioni con i fattori ambientali sono complicatissime. Sempre per stare in tema, poi, chi è grasso paga. Questa deresponsabilizzazione della società è ben esemplificata dal fatto che l'obesità, pur essendo a una malattia, non ha un codice di esenzione ticket, la persona deve quindi partecipare ai costi delle cure necessarie per prevenire e gestire l'obesità. E non sono cure da poco, visto che l'approccio corretto all'obesità richiede un team multidisciplinare simile a quello previsto per il diabete ma ancora più allargato. Gestire bene l'obesità permetterebbe quindi di ridurre costi socio-sanitari enormi, provocati dalle sue conseguenze.

E quali responsabilità hanno, invece, la società e la politica? Molte. Per esempio, lasciare soli i cittadini-consumatori contro gli spacciatori di stimoli. Le pubblicità senza etica. I cittadini e chi tende all'obesità devono accettare le conseguenze di un approccio che consente alle aziende alimentari di usare ogni trucco per convincere le persone ad alimentarsi più del necessario e a preferire sostanze con enormi quantità di grassi, sali e zuccheri aggiunti: sostanze che attivano i centri del piacere in un modo simile a quel che avviene per le droghe. Creano dipendenza. Cibo-dipendenza. E conseguente possibile sovrappeso o obesità.

Non solo sovrappeso e obesità, il discorso riguarda più stimoli negativi, con spreco di risorse per promuovere da una parte stili di vita corretti mentre dall'altra parte si lasciano agire indisturbati i cattivi consiglieri. Risultati? L'ultimo rapporto Istat non merita commenti. È pari al 44,9% la popolazione di 18 anni e più in eccesso di peso (34,1% in sovrappeso, 10,8% obeso). Il 64,7% della popolazione di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno: il 51,7% beve vino, il 47,8% consuma birra e il 43,2% aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori. Inoltre, 20 milioni 400 mila persone, pari al 40,6% della popolazione di 18 anni e più, dichiarano di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero. Elevate le differenze di genere: è sedentaria la metà delle donne contro un terzo degli uomini. Giusto per completare il quadro, in un Paese con una legge anti-fumo e con pubblicità sui pacchetti di sigarette che dovrebbero indurre a smettere o a non cominciare, nel 2016 il 19,8% della popolazione di 14 anni e più dichiara di essere fumatore (circa 10 milioni 400 mila persone), il 22,6% di aver fumato in passato e il 56,1% di non aver mai fumato. Quindi ancora vincono gli stimoli per cattivi stili di vita.







Dati Obesità in Italia ISTAT

Emanuela Bologna, Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo e Laura Iannucci ISTAT

1 Obesità degli adulti (18 anni e più)

1.1 Quadro internazionale

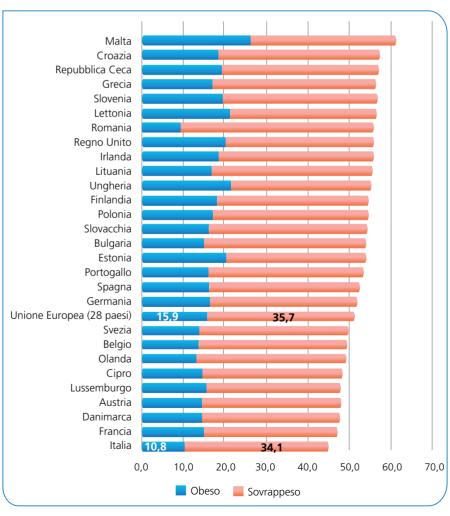
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dal 1980 ad oggi l'obesità nel mondo è più che raddoppiata, gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi sono il 13% (1,2). Secondo le più recenti stime

dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE, 2017) il 65,1% della popolazione adulta degli Stati Uniti ha un problema di eccesso di peso, e tra questi quasi la metà è obesa. L'epidemia dell'obesità si è diffusa negli ultimi decenni anche in Europa. Secondo gli ultimi dati disponibili, complessivamente la maggioranza della popolazione adulta europea (51,6% media UE-28 nel 2014) è obesa o in sovrappeso. I livelli più elevati si registrano nei paesi dell'Europa dell'Est (Figura 1). Nel confronto tra i paesi europei la situazione degli adulti in Italia appare meno svantaggiata; il nostro paese infatti evidenzia la più bassa prevalenza di persone adulte in eccesso di peso (44,9% per l'Italia vs 51,6% dell'UE-28). In particolare, in Italia la quota di obesi si attesta al 10,8% a fronte del 15,9% della media UE-28 mentre per il sovrappeso la differenza è meno marcata: 34,1% in Italia e 35,7% in media UE-28 (figura1). In Lettonia, Ungheria e Malta la quota di obesi è perfino doppia rispetto all'Italia.

1.2 Andamento di sovrappeso e obesità in Italia

L'aumento dell'obesità nel tempo è legato ai cambiamenti nei modelli di vita associati allo sviluppo delle società e alla progressiva urbanizzazione. La diffusione di lavori sempre più sedentari, l'uso crescente dei mezzi di trasporto privati, un maggior apporto di cibi sempre più ricchi di grassi saturi e di zuccheri, determinano squilibrio tra calorie assunte e dispendio di energia che è all'origine dell'obesità (3). Peraltro, il rischio di obesità aumenta soprattutto in coloro che sono già geneticamente predisposti, nonché in gruppi di popolazione maggiormente deprivati o con ridotte credenziali formative.

Figura 1. Persone di 18 anni e più in sovrappeso e obese per paese europeo – Anno 2014* (per 100 persone)



Fonte: Eurostat "Indagine europea sulla salute"

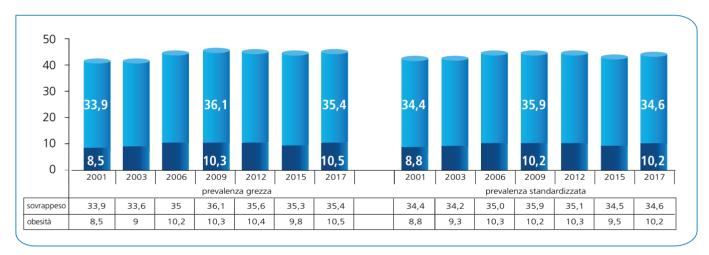
*In Italia l'indagine europea sulla salute (EHIS) è stata condotta nel 2015

Sulla base dei dati più recenti a disposizione, in Italia nel 2017, sono oltre 23 milioni le persone di 18 anni e più in eccesso di peso, di cui quasi 18 milioni in sovrappeso e oltre 5 milioni in condizione di obesità.

Negli ultimi sette anni la quota di popolazione adulta in eccesso di peso si è stabilizzata intorno al 46%, dopo un graduale incremento osservato tra il 2001 ed il 2009 che ha riguardato in parte il sovrappeso (incremento medio annuo dello 0,8%) ma soprattutto l'obesità (in-

cremento medio annuo del 2,4%) (Figura 2). Considerando le prevalenze standardizzate per età¹ si conferma l'andamento temporale del fenomeno ma si riduce l'incremento medio annuo osservato tra il 2001 ed il 2009 sia per il sovrappeso (incremento medio annuo dello 0,5%), sia per l'obesità (incremento medio annuo dell'1,9%). Rispetto al 2001 è aumentata anche la quota dei grandi obesi (IMC>=35) passa da 0,8% al 2%.

Figura 2. Persone adulte in sovrappeso e obese - Anni 2001,2009,2017, tassi grezzi e standardizzati* per età



^{*}Standardizzazione rispetto alla popolazione standard europea Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

In Italia, le politiche di contrasto all'eccesso di peso sono state maggiormente incisive a partire dalla seconda metà degli anni 2000, soprattutto nell'ambito dei piani di prevenzione nazionali e regionali tesi a promuovere interventi per la prevenzione e controllo delle malattie croniche (che hanno recepito le attività definite nel programma nazionale "Guadagnare salute") attraverso l'adozione di stili di vita meno sedentari, orientati ad una sana alimentazione e volti a ridurre il consumo di alcol e il tabagismo. L'analisi per genere mostrerebbe una maggiore compliance delle donne rispetto agli uomini.

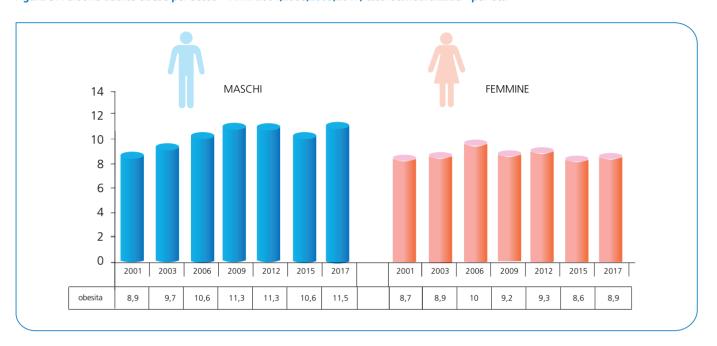
Per le donne complessivamente l'incremento dell'obesità si è arrestato nel 2006 e la quota si è riallineata alle stime di inizio periodo (8,7% nel 2001, 10% nel 2006, 8,9% nel 2017); mentre per gli uomini la prevalenza dell'obesità ha registrato incrementi fino al 2009, per poi stabi-

lizzarsi successivamente sui livelli massimi raggiunti (8,9% nel 2001, 11,3% nel 2009, 11,5% nel 2017) (Figura 3).

L'analisi, rispetto al genere, dell'indice di massa corporea standardizzato per età (Figura 4), evidenzia per le donne una maggiore concentrazione verso il normopeso e il sottopeso rispetto agli uomini che, viceversa, presentano valori modali in corrispondenza del sovrappeso. Le curve per genere sono sostanzialmente sovrapposte per l'obesità in corrispondenza dei valori dell'IMC superiori a 34. Nel confronto temporale tra il 2001 e il 2017 la sovrapposizione delle curve tra gli uomini rendono più evidente la maggiore riduzione del normopeso tra gli uomini rispetto a quella delle donne.

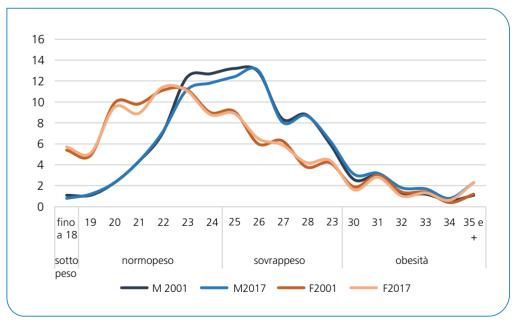
¹ Le prevalenze sono state standardizzate per età applicando i pesi ricavati dalla popolazione standard europea del 2013 (Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's Task Force, Methodologies and Working Paper, 2013 edition, http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KSRA-13-028-EN.PDF).

Figura 3. Persone adulte obese per sesso - Anni 2001,2006,2009,2017, tassi standardizzati* per età



Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 4. Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea e sesso – Anni 2001 e 2017 (tassi standardizzati* per età)



Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

^{*}standardizzazione rispetto alla popolazione standard europea

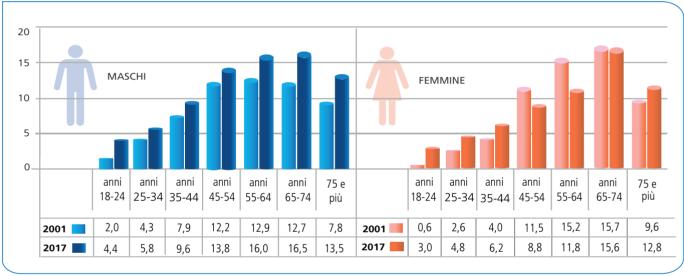
^{*}Standardizzazione rispetto alla popolazione standard europea

L'obesità tende ad aumentare con l'età: per entrambi i generi le prevalenze maggiori si registrano tra i 65 e i 74 anni (16,5% per gli uomini e 15,6% per le donne) (Figura 5). Le differenze di genere a vantaggio delle donne si manifestano soprattutto in età giovanile ed adulta per poi ridursi dopo i 65 anni.

Rispetto al 2001 per gli uomini l'obesità è aumentata a

tutte le età e in particolare è raddoppiata tra i giovani di 18-24 anni (da 2% a 4,4%) e tra gli ultrasettantacinquenni (da 7,8% a 13,5%). Al contrario per le donne si è osservata una significativa diminuzione nelle fasce di età centrali mentre, analogamente agli uomini, è aumentata sensibilmente nelle età più giovani (18-44 anni) e dopo i 75 anni (da 9,6% a 12,8%).

Figura 5. Persone adulte obese per sesso e classe di età – Anni 2001 e 2017 (per 100 persone)



Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

L'analisi per generazione consente di evidenziare più nettamente quanto sia differente l'evoluzione del fenomeno tra uomini e donne. Tra gli uomini le differenze maggiori si evidenziano dopo i 50 anni: la generazione della ricostruzione post bellica (Anni 1926-1945) presenta tassi di eccesso di peso più bassi rispetto alla generazione dell'impegno (i nati dal 1946 al 1955), pur restando sempre superiori al 60%. Per le donne emergono invece due differenti gruppi di età: si osservano minori livelli di eccesso di peso per le donne della generazione 1956-1965 rispetto alle millennials all'età di 25-29 anni e alle donne della ricostruzione post bellica e dell'impegno all'età di 55-59 anni (4) (Figura 6).

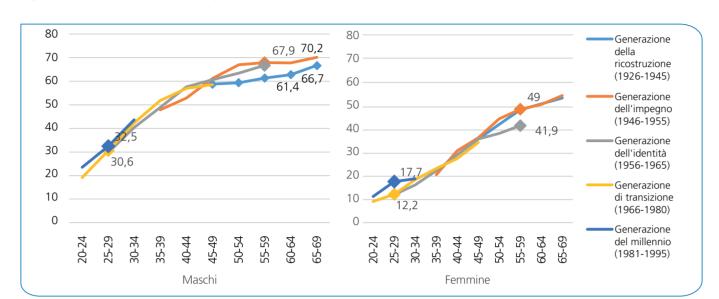


Figura 6. Persone adulte in eccesso di peso per sesso e classe di età - Anni 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 (per 100 persone)

Fonte: Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 1990, 1995, 2000 Istat "Aspetti della vita quotidiana", anni 2005, 2010, 2015

1.3 Le disuguaglianze territoriali

L'obesità presenta una diffusione maggiore tra i residenti nel Mezzogiorno (11,7%), raggiungendo la quota più elevata in Puglia (13,3%) e Sicilia (12,5%). L'incremento dell'obesità osservato tra il 2001 (8,8%) e il 2017 (10,8%) non ha interessato tutte le regioni allo stesso modo: la prevalenza è rimasta stabile nel Lazio, in Toscana, in Basilicata, in Trentino-Altro Adige e in Campania, ed è aumentata in tutte le altre regioni ma

soprattutto in Lombardia (da 6,7% a 10,1%) e nelle Marche (da 8,6% a 11,7%).

La percentuale più elevata di persone obese, pari al 12%, si rileva nei piccoli centri sotto i 2 mila abitanti, mentre nei centri dell'area metropolitana tale quota scende all'8,8%. Tuttavia, gli incrementi più elevati nelle prevalenze dell'obesità si sono osservati proprio nei centri delle aree metropolitane (da 6,8% a 8,8%) e nelle loro periferie (da 8,2% a 10,9%).

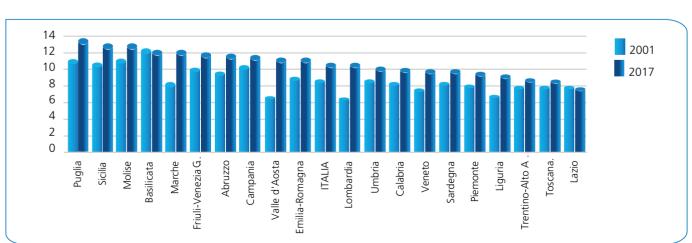


Figura 7. Persone adulte obese per regione – Anni 2001 e 2017, tassi standardizzati*

Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

^{*}standardizzazione rispetto alla popolazione standard europea

1.4 Le disuguaglianze sociali dell'obesità

In Italia, come già evidenziato in molti paesi dell'OCSE, obesità e sovrappeso sono più diffusi nei gruppi di popolazione maggiormente deprivati a livello socioeconomico (5,6). Nell'area dell'Unione Europea, si stima che il 26% dell'obesità negli uomini e il 50% dell'obesità nelle donne possa essere attribuito alle disuguaglianze nei livelli di istruzione raggiunti (7). Inoltre le persone appartenenti a gruppi meno abbienti sembrano avere probabilità doppie di diventare obese (8).

Un elevato titolo di studio rappresenta un fattore protettivo per l'obesità, giocando un ruolo importante nell'ambito della prevenzione a vari livelli e ancor più per quella primaria. Nel 2017, l'obesità interessa solo il 6,6% dei laureati, mentre sale al 14,2% tra coloro che hanno conseguito al più la licenza media. Il gap maggiore si registra tra le generazioni più giovani, quelle comprese tra i 25 e i 44 anni, dove la prevalenza dell'obesità quadruplica per le donne con basso titolo di studio (9,4% contro 2,1% con titolo alto) e triplica per gli uomini (10,5% contro 3,7% con titolo alto). Tra gli anziani le disuguaglianze tendono a ridursi (15,7% con titolo basso contro l'11,5% con titolo alto), in misura maggiore tra gli uo-

mini (15,4% con titolo basso contro l'12,8% con titolo alto). (Figura 8).

Nell'arco temporale considerato (2001-2017) le disuguaglianze sociali dell'obesità si sono accentuate, la prevalenza dell'obesità è aumentata infatti tra le persone con titolo basso (da 11,9% a 14,2%) e medio (da 6,3% nel 2001 a 9,8% nel 2017) mentre è rimasta stabile per chi ha conseguito un titolo di studio alto (da 6,9% a 6,6%). In controtendenza si è osservata una diminuzione dell'obesità anche tra le donne con basso titolo di studio di 45-64 anni (dal 16,6% nel 2001 al 13,3% nel 2017) e all'opposto un incremento dell'obesità tra gli uomini anziani con titolo alto (dall'11,6% nel 2001 a14,9% nel 2017).

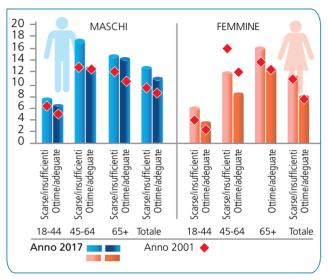
Quando il fenomeno si analizza rispetto alle risorse economiche familiari, si conferma quanto osservato per il titolo di studio, con maggiori livelli di obesità tra le persone che vivono in contesti familiari caratterizzati da risorse scarse o insufficienti rispetto a quanti invece possono godere di risorse economiche ottime o adeguate (Figura 9).

18 MASCHI FEMMINE 16 14 12 10 8 6 2 Anno 2017 25-44 45-64 65+ Totale 25-44 45-64 65+ Totale Basso 10,5 17,1 15,4 14,9 Basso 9,4 13,3 15,8 13,7 13,9 16,0 11,7 Medio 7,5 Medio 5,6 11.8 7,7 6,5 Alto 9,3 12,8 8,3 Alto 10,0 5,1 Anno 2001 Basso 8,6 14,7 11,6 11.3 Basso 5,4 16,6 14,0 12,3 Medio 4.2 11,8 9,7 7,4 Medio 2.2 9,6 5,5 5,2 8,8 7,8 Alto 0.6 9,1 9,1 5,9 Alto

Figura 8. Persone di 25 anni e più obese per classe di età, titolo di studio e sesso – Anni 2001 e 2017 (per 100 persone)

Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 9. Persone di 18 anni e più obese per classe di età, giudizio sulle risorse economiche familiari e sesso – Anni 2001 e 2017

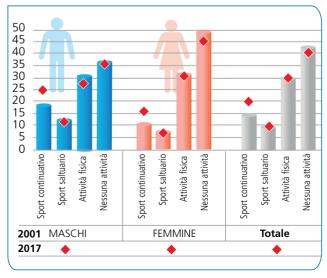


Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

1.5 Obesità, sedentarietà, sport e attività fisica

Nel 2017 in Italia, sono circa 15 milioni le persone di 18 anni e più che praticano nel tempo libero uno o più sport (29,7% della popolazione di riferimento, di cui il 20,2% con continuità e il 9.5% saltuariamente). Circa il 29% della popolazione (14,8 milioni persone), pur non praticando uno sport, svolge un'attività fisica (come fare passeggiate di almeno due km, nuotare, andare in bicicletta

Figura 10. Persone di 18 anni e più che praticano sport per sesso – Anni 2001 e 2017 (per 100 persone)



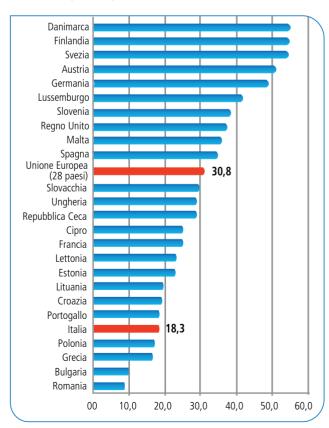
Fonte: Istat "Aspetti della vita quotidiana"

o altro). I sedentari, ovvero coloro che non praticano alcuno sport e nemmeno attività fisica nel tempo libero, sono oltre 20 milioni e 400 mila, pari al 40,6% della popolazione di 18 anni e più (Figura 10).

Rispetto al 2001 la pratica sportiva è in aumento sia per gli uomini (da 32,1% a 36%) sia per le donne (da 18,8% a 23,9%) e, seppure in maniera differenziata, in tutte le classi di età. Ciò è dovuto quasi esclusivamente all'aumento della pratica di tipo continuativo (da 14,9% a 20,2%). Rimane tuttavia molto elevata nel tempo la quota di sedentari, ovvero di coloro che hanno dichiarato di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero (43,3% nel 2001 e 40,6% nel 2017).

Il fenomeno appare ancor più critico se si considera la quota di popolazione adulta che, come suggerito dal-l'Organizzazione Mondiale della Sanità (9), svolge almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata o intensiva, ovvero i livelli considerati adeguati nella popolazione adulta per mantenersi in buona salute. Nel nostro Paese solo il 18,3% della popolazione adulta pratica attività fisica come indicato dalle linee guida, a fronte del 30,8% in media UE (Figura 11). La sedentarietà au-

Figura 11. Persone di 18 anni e più che praticano almeno 150 minuti a settimana di attività fisica per paese europeo – Anno 2014 (per 100 persone)



Fonte: Eurostat "Indagine europea sulla salute".

*In Italia l'indagine europea sulla salute (EHIS) è stata condotta nel 2015

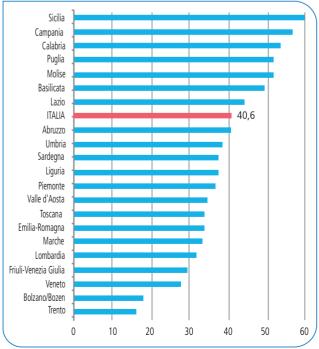
menta con l'età, a partire dai 65 anni quasi la metà della popolazione ha comportamenti sedentari. Le prevalenze maggiori si rilevano tra gli over75, fra i quali oltre il 73,6% dichiara di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero (Figura 12). Sono spiccate le differenze di genere: in tutte le fasce di età le donne sono più sedentarie degli uomini, in particolare, tra gli ultrasettantacinguenni (64,1% gli uomini e 80,2% le donne).

90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 anni anni anni anni anni 75 anni Totale 25-34 35-44 45-54 65-74 18-24 55-64 e più totale 22,1 27,4 32,9 35,8 40,0 48,7 73,6 40,6 maschi 29,9 34,7 19,2 24,1 37,2 40,6 64,1 35,6 36.9 femmine 25.1 30.9 35.9 42.7 55.8 80.2 45.2 maschi femmine totale

Figura 12. Persone di 18 anni e più che non praticano nessuna attività fisica per sesso e classe di età – Anno 2017 (per 100 persone)

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 13. Persone di 18 anni e più che non praticano nessuna attività fisica per regione – Anno 2017 (per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Anche per la sedentarietà emerge un forte gradiente Nord–Sud. Nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, fatta eccezione per la Sardegna (i sedentari sono pari al 37,6%). Le percentuali più elevate si rilevano in Sicilia (59,5%), Campania (56,6%), Calabria (53,3%) (Figura 13).

Nei piccoli comuni fino a 2000 abitanti si osservano le quote più elevate di sedentari (46,6%). Meno elevata la sedentarietà nelle altre tipologie comunali.

Per la sedentarietà le differenze sono marcate anche rispetto al titolo di studio, soprattutto tra le persone adulte di 25-44 anni: la quota di persone con basso titolo di studio che non praticano sport o attività fisica è oltre il doppio rispetto a quella di chi ha titoli di studio più elevati (46,1% se titolo basso contro 17,9% se titolo alto) (Tavola 1). Inoltre, per gli anziani con basso titolo di studio si osserva un ulteriore incremento della sedentarietà rispetto al 2001 (da 69% a 72,7%).

Tavola 1. Persone di 25 anni e più che non praticano nessuna attività fisica per classe di età, sesso e titolo di studio – Anni 2001, 2017 (per 100 persone)

	Maschi		Femr	mine	Totale	
	2001	2017	2001	2017	2001	2017
		2	25-44 ann	İ		
basso	40,9	42,7	51,0	50,3	45,6	46,1
medio	23,4	22,5	32,1	31,8	27,9	26,9
alto	14,6	12,6	21,3	21,2	18,3	17,9
			45-64 ann	ni		
basso	50,3	47,6	57,2	51,3	54,3	49,5
medio	35,8	25,5	43,7	30,7	39,4	28,2
alto	27,1	22,5	34,2	24,4	30,2	23,5
		65	anni e p	iù		
basso	58,5	64,3	75,4	77,5	69,0	72,7
medio	46,9	46,0	64,0	59,2	55,3	52,2
alto	35,6	32,5	58,6	45,3	46,4	38,5

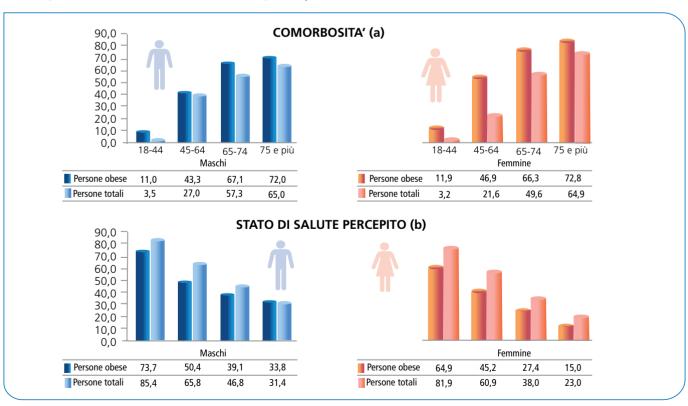
1.6 Obesità e condizioni di salute

L'obesità rappresenta un importante fattore di rischio per la salute, spesso si associa a patologie importanti come il diabete, le malattie cardiovascolari, i tumori.

In Italia nel 2017, se complessivamente nella popolazione adulta la prevalenza di comorbosità (presenza di almeno una malattia) per diabete, ipertensione e malattie del cuore è pari al 25,4%, tra gli adulti obesi la quota quasi raddoppia al 46,3%. Lo svantaggio della popolazione obesa rispetto alla popolazione generale in entrambi i generi è particolarmente evidente negli adulti di 18-44 anni, per i quali le prevalenze di comorbosità sono oltre tre volte più elevate in presenza di obesità, e nella classe 45-64 anni, mentre tendono ad attenuarsi tra gli anziani (Figura 14). I divari sono più ampi nelle donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

Rispetto alla percezione del proprio stato di salute, il 63,4% della popolazione adulta dichiara di stare bene o molto bene, ma tale valore scende al 45,9% tra gli adulti obesi. Anche in questo caso lo svantaggio della popolazione obesa è più forte per il genere femminile (Figura 14).

Figura 14. Comorbosità (per diabete, ipertensione e malattie del cuore) e percezione dello stato di salute per le persone adulte totali e obese per sesso e classe di età – Anno 2017, tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) presenza di almeno una malattia tra diabete, ipertensione e malattie del cuore

(b) persone che hanno dichiarato di stare bene o molto bene

Considerando le informazioni disponibili nell'indagine Istat sulle malattie croniche dichiarate (Tavola 2), il diabete presenta una forte associazione con l'obesità: nella popolazione adulta la prevalenza nel 2017 è pari al 6,7% e raddoppia tra gli adulti obesi raggiungendo il 14,6%. Nelle donne il divario è ancora più ampio con prevalenze rispettivamente pari a 6,6% e 16,0%. Per quest'ultime nella classe di età 45-64 anni la prevalenza di diabete tra le persone obese è tre volte più elevata rispetto al complesso della popolazione (14,1% vs. 4,7%). Lo svantaggio degli adulti obesi è evidente anche per l'ipertensione che, a fronte di una prevalenza del 21,2% nella popolazione complessiva, fa registrare una quota di ipertesi obesi pari al 39,4%. In particolare, nella classe di età 18-44 anni una persona obesa ha una prevalenza di ipertensione pari al 9,1% rispetto al 2,4% della media della popolazione.

La relazione tra obesità e condizioni di salute percepite è meno forte rispetto alla cronicità ma comunque significativa. Oltre alla salute percepita descritta in precedenza, l'associazione con l'obesità emerge sia per le persone che dichiarano di essere affette da malattie croniche o da problemi di salute di lunga durata, che tra gli adulti obesi sono il 45,1% (29,4% nella popolazione generale), sia per le persone che dichiarano di avere limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività che abitualmente svolgono (38,1% vs 25,2%). Anche per questi indicatori lo svantaggio è più forte nel genere femminile.

Tavola 2. Indicatori relativi alle malattie croniche dichiarate e alla percezione delle condizioni di salute per le persone adulte totali e obese per sesso – Anno 2017, tassi per 100 persone

	Maschi		Femmine		Totale	
	Persone obese	Persone totali	Persone obese	Persone totali	Persone obese	Persone totali
Comorbosità (a)	43,3	25,7	49,7	25,2	46,3	25,4
Diabete	13,5	6,9	16,0	6,6	14,6	6,7
Ipertensione	36,6	20,7	42,7	21,7	39,4	21,2
Malattie del cuore	9,5	5,9	6,9	4,0	8,3	4,9
Salute percepita (b)	52,0	67,4	38,8	59,7	45,9	63,4
Cronicità (c)	39,8	26,7	51,1	31,9	45,1	29,4
Limitazioni (d)	32,6	22,3	44,4	27,9	38,1	25,2

⁽a) presenza di almeno una malattia cronica tra diabete, ipertensione e malattie

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Ouesti risultati sono confermati anche utilizzando modelli statistici che consentono di misurare l'effetto dell'obesità sulla probabilità di avere malattie croniche o cattive condizioni di salute, a parità di altri fattori confondenti quali l'età, il livello di istruzione o la ripartizione di residenza. L'obesità negli adulti di 25 anni e oltre aumenta di 3,3 volte negli uomini e 3,8 volte nelle donne il rischio di comorbosità per diabete, ipertensione e malattie del cuore. Meno elevata ma comunque significativa la probabilità di avere cattive condizioni di salute: l'obesità raddoppia il rischio di stare male o molto male. di essere affetti da problemi di salute di lunga durata o da limitazioni nelle attività quotidiane.

Poiché l'obesità ha una forte relazione con diverse patologie croniche, che possono nel tempo degenerare anche in disabilità, le persone obese rischiano maggiormente di vedere compromessa la loro qualità della vita. In letteratura è stata documenta l'associazione tra indice di massa corporea e indici sintetici sulla qualità della vita correlata alla salute (Indice di stato fisico e indice di stato psicologico dell'SF12 e SF36). In questo caso, invece, la fonte Istat utilizzata per le analisi consente di studiare la relazione tra obesità ed uno specifico indicatore soggettivo di valutazione complessiva della vita in generale, utilizzato in molte indagini sociali anche in ambito europeo, nonché tra gli indicatori soggettivi del Benessere equo e sostenibile (BES) promosso in Italia dal 2010. Nel confronto tra quanti riportano un giudizio negativo (punteggio tra 0 e 5) sulla propria vita nel complesso e quelli che invece sono molto soddisfatti della propria vita (punteggio da 8 a 10), emerge che la guota degli insoddisfatti è sempre maggiore tra gli adulti obesi rispetto a quelli normopeso (19,1% vs 14,9%), in tutte le fasce di età, sebbene sia meno rilevante la differenza negli anziani. Di contro le persone obese sono sempre meno soddisfatte per la propria vita rispetto ai normopeso (37,1% vs 41,3%).

In particolare tra gli adulti obesi di 45-64 anni la guota di persone che si dichiarano molto soddisfatte della propria vita è pari al 35,2% a fronte del 40,4% tra i normopeso, con lievi differenze di genere a svantaggio degli uomini.

L'analisi statistica mediante modelli ha confermato la relazione esistente tra le due variabili nella popolazione adulta: il voto espresso sul giudizio sulla qualità della vita in generale (con valori crescenti da 0 a 10) e il valore dell'Indice di massa corporea (BMI) sono risultati significativamente dipendenti in tutte le classi di età adulte, ad eccezione degli anziani ultrasessantacinquenni maschi e delle ultrasettantacinquenni femmine.

del cuore.

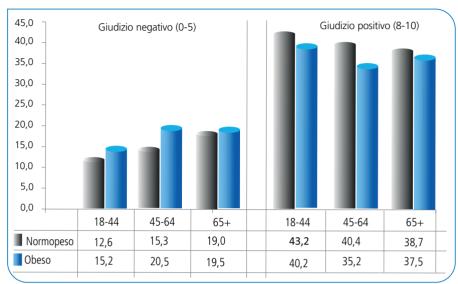
(b) persone che dichiarano di stare "bene" o "molto bene".

(c) persone che dichiarano di essere affette da malattie croniche o da problemi di salute di lunga durata.

(d) persone che dichiarano di avere limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle

attività che abitualmente svolgono

Figura 15. Persone di 18 anni e più normopeso e obese per livello di soddisfazione nella vita e classe di età - Anno 2017



vivono in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati.

La condizione di obesità tra i bambini merita particolare attenzione poiché è riconosciuta dalla letteratura come predittiva dell'obesità in età adulta. È stimato che almeno un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti in sovrappeso² permangano in questa condizione da adulti, compromettendo così un invecchiamento in buona salute.

Attualmente le condizioni di vita più diffuse tra i ragazzi durante l'età della crescita sono spesso caratterizzate da un ambiente cosiddetto "obesogeno" in cui c'è continua disponibilità di cibi grassi e ricchi di zuccheri e di bevande gassate e/o zuccherate; a questo si associa di frequente un ridotto dispendio energico dovuto a bassi livelli di attività fisica, creando un pericoloso circolo vizioso.

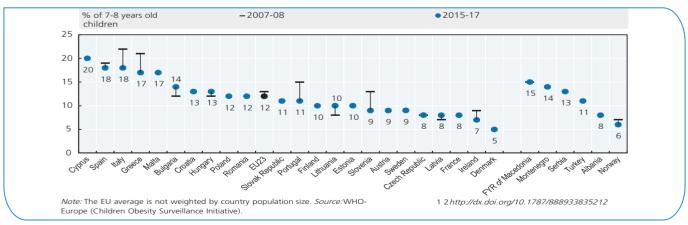
2 Eccesso di peso nei bambini

La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese e seguendo differenti modelli di sviluppo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso di peso

2.1 Quadro europeo³

I bambini sovrappeso o obesi corrono un rischio maggiore di cattiva salute nell'adolescenza e nell'età adulta. L'obesità tra i bambini è spesso anche correlata a problemi psicosociali come scarsa autostima, bullismo a scuola, scarso rendimento scolastico, disordini alimentari e depressione, che portano alla salute e ai problemi economici nell'età adulta (11). Quasi un bambino su otto tra i 7 e gli 8 anni è in media obeso nei paesi dell'UE (Fi-

Figura 16. Tassi di obesità tra i bambini di 7-8 anni – Anni 2007-2008 e 2015-2017 (per 100 bambini)



² La condizione di eccesso di peso per i bambini da 6 a 17 anni è stata valutata rispetto alle soglie definite da Cole T.J. e Lobstein T. in Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012;7:284-94

³ Dal 2007 la Regione Europea dell'OMS ha lanciato l'iniziativa *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* proprio per monitorare l'andamento dell'eccesso di peso e di fattori associati, tra cui la sedentarietà, nei bambini dai 6 ai 9 anni dei Paesi europei. L'Italia partecipa a questa iniziativa con il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE3 sotto il coordinamento dall'Istituto Superiore di Sanità, che ogni 2 anni, misura e raccoglie informazioni su un campione di bambini di 8-9 anni. Per gli adolescenti i dati su eccesso di peso, attività fisica e altri aspetti della salute e comportamenti sono raccolti a livello internazionale dallo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), effettuato su un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni ogni 4 anni. L'Italia partecipa a questa raccolta dal 2001.

gura 16). Cipro, Italia, Grecia, Malta e Spagna mostrano i più alti tassi di obesità a 7-8 anni. I più bassi tassi di obesità infantile si registrano in Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Irlanda e Lettonia. Il tasso di obesità tra i bambini di 7-8 anni mostra segni di diminuzione in diversi paesi dell'UE tra il 2007-08 e il 2015-17. Questa diminuzione è stata particolarmente forte in Grecia, Italia, Portogallo e Slovenia, sebbene i tassi di obesità infantile in Grecia e in Italia siano ancora relativamente elevati.

2.2 La situazione italiana

In Italia, si stima siano circa 1 milione e 700mila i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso pari al 24,2% della popolazione di 6-17 anni (media 2016-2017)⁴. Rispetto al biennio 2010-2011 si osserva una lieve tendenza alla diminuzione del fenomeno, sebbene le differenze non risultino statisticamente significative.

Emergono forti differenze di genere: il fenomeno è più diffuso tra i maschi (27,3% vs 20,8% femmine). Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età (Tavola 3).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni, dove raggiunge il 32,9%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di 14-17 anni.

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord- Sud/Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori au-

Tavola 3. Persone di età 6-17 anni in eccesso di peso per sesso e classe di età - Media 2010-2011 e 2016-2017

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
	2010-20 ²	11	
6-10 anni	37,2	35,8	36,5
11-13 anni	28,2	20,1	24,4
14-17 anni	21,7	11,0	16,4
Totale	29,7	23,5	26,7
	2016-20 <i>°</i>	17	
6-10 anni	33,8	32,0	32,9
11-13 anni	27,9	17,1	22,7
14-17 anni	19,0	9,4	14,4
Totale	27,3	20,8	24,2

Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana"

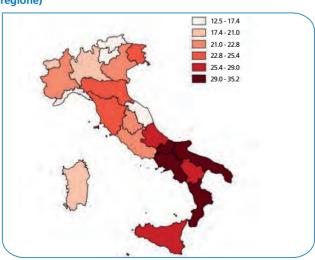
mentano, significativamente, passando dal Nord al Sud del Paese (31,9% al Sud rispetto al 18,9% del Nord-Ovest, al 22,1% del Nord-Est, al 22% del Centro e al 26,1% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (35,2%), Molise (32%), Calabria (30,4%) e Puglia (29,5%) (Tavola 4 e Figura 17).

Tavola 4. Graduatoria delle regioni secondo l'eccesso di peso dei minori di 6-17 anni - Media 2016-2017

Regioni	Eccesso di peso%	Regioni	Eccesso di peso%
Campania	35,2	Veneto	22,5
Molise	32,0	Lazio	22,0
Calabria	30,4	Piemonte	21,5
Puglia	29,5	Sardegna	19,9
Abruzzo	28,0	Lombardia	18,5
Sicilia	27,8	Valle d'Aosta/	
Basilicata	26,4	Vallée d'Aoste	17,7
Friuli-Venezia Giulia	a 24,9	Marche	17,3
Toscana	23,7	Trento	16,1
Emilia-Romagna	23,1	Liguria	14,8
Umbria	22,8	Bolzano/Bozen	12,5
Totale			24,2

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 17. Eccesso di peso dei minori di 6-17 anni per regione - Media 2016-2017 (per 100 persone di 6-17 anni della stessa regione)



FFonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

⁴I dati si riferiscono all'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" che, a partire dal 2010, ha reso disponibile le prevalenze di eccesso di peso dei minori in età compresa tra 6 e 17 anni.

2.3 Eccesso di peso e familiarità

L'abitudine da parte dei genitori ad avere comportamenti a rischio per la salute può influenzare il comportamento dei figli. Questo perché la famiglia fin dall'infanzia e dall'adolescenza assume un ruolo determinante, essendo uno dei principali ambiti in cui avviene lo scambio intergenerazionale di conoscenze, pratiche comportamentali, norme e valori.

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse eco-

nomiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in quelle in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso. Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 36,2% rispetto alla percentuale del 25,9% (solo madre in eccesso di peso) e del 22,6% (solo padre in eccesso di peso). Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 18,4% (Tavola 5).

Tavola 5. Persone di età 6-17 anni in eccesso di peso per sesso, titolo di studio più alto dei genitori, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori (*) – Media 2016-2017

	Maschi	Femmine	Totale
TITOLO DI STUDIO PIÙ ALTO DEI GENITORI			
Dottorato di ricerca e Laurea	20,7	16,3	18,5
Diploma scuola superiore	27,0	19,6	23,5
Scuola dell'obbligo	32,8	26,1	29,5
RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA			
Ottime-adeguate	25,3	19,1	22,3
Scarse o insufficienti	29,4	23,3	26,4
ECCESSO DI PESO DEI GENITORI			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	20,6	15,9	18,4
Solo la madre in eccesso di peso	27,8	23,9	25,9
Solo il padre in eccesso di peso	26,5	18,5	22,6
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	39,9	32,1	36,2
Totale	27,3	20,8	24,1

^{*}Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

2.4 Sport, attività fisica e sedentarietà

Sulla base dei dati più recenti a disposizione, in Italia nel biennio 2016-2017, sono circa 5 milioni i ragazzi di 3-17 anni che praticano nel tempo libero uno o più sport (58,1% della popolazione di riferimento, di cui il 51,2% con continuità e il 6,9% saltuariamente). Il 16,3% dei ragazzi (pari a circa un milione 400 mila persone in questa fascia di età), pur non praticando uno sport, svolge un'attività fisica (passeggiate di almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro). I sedentari, ovvero co-

loro che non praticano alcuno sport o attività fisica nel tempo libero, sono più di 2 milioni, pari al 24,7% della popolazione di 6-17 anni. La quota di sedentari (elevata tra i piccolissimi di 3-5 anni) diminuisce nella fascia di età 6-10 anni, si mantiene bassa tra 11 e 14 anni e aumenta decisamente dopo la maggiore età (Tavola 6).

Nel tempo si è osservato un aumento della pratica sportiva, soprattutto quella di tipo continuativo. L'aumento ha interessato in modo più marcato le ragazze specialmente nella fascia delle 3-14enni.

Tavola 6. Persone di 3-17 anni e più per pratica sportiva sesso e classe di età – Media 2010-2011 e 2016-2017 (per 100 persone di 3-17 anni dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Prat	ticano sp	ort	9	Sedentar	i
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi I	emmine	Totale
		2	010-2011			
3-5	23,6	25,9	24,7	47,8	48,0	47,9
6-10	66,7	59,7	63,2	19,8	25,1	22,4
11-14	73,6	60,1	67,1	13,4	20,8	16,9
15-17	69,9	53,6	61,9	16,3	25,0	20,6
Totale	60,4	51,8	56,2	23,1	28,5	25,7
		2	016-2017			
3-5	24,3	28,8	26,5	48,5	48,8	48,6
6-10	67,4	63,0	65,2	19,3	22,8	21,0
11-14	73,1	62,9	68,2	14,4	19,7	17,0
15-17	71,8	53,8	63,2	13,6	23,2	18,2
Totale	61,5	54,4	58,1	22,5	27,2	24,7

Anche per la sedentarietà emerge un forte gap territoriale Nord – Sud. Fatta eccezione per la Sardegna, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più di un terzo dei giovani non pratica né sport né attività fisica (Tavola 7).

Tavola 7. Persone di 3-17 anni e più per pratica sportiva, ripartizione geografica e tipo di comune – Media 2016-2017. (per 100 persone di 3-17 anni della stessa zona)

	Praticano sport	Sedentari
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	A	
Nord-ovest	64,1	17,3
Nord-est	64,4	16,6
Centro	67,3	20,0
Sud	47,0	36,1
Isole	42,5	38,0
TIPO DI COMUNE		
Centro dell'area metropolitan	a 59,5	26,6
Periferia dell'area metropolita	na 60,8	23,6
Fino a 2.000 abitanti	55,5	25,7
2.001 - 10.000 abitanti	59,6	23,4
10.001 - 50.000 abitanti	56,9	24,1
50.001 abitanti e più	55,3	26,7
Totale	58,1	24,7

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Le percentuali più elevate si rilevano in Sicilia (42%), Campania (41,3%) e Calabria (40,1%).

Anche per la sedentarietà dei ragazzi le differenze sono marcate rispetto al titolo di studio dei genitori e il livello delle risorse economiche della famiglia: infatti, sono soprattutto i ragazzi che vivono in famiglie con status socio-culturale più basso a presentare i livelli più elevati di sedentarietà. Inoltre, è possibile rilevare una associazione molto significativa anche tra l'inattività fisica dei figli e le abitudini sedentarie dei genitori. Infatti, sono soprattutto i giovani i cui genitori dichiarano di non praticare né sport né attività fisica ad avere uno stile di vita sedentario (43,9% quando entrambi genitori sono sedentari contro il 6,4% guando nessuno dei genitori è sedentario). Tale associazione permane anche quando è uno solo dei due genitori ad essere sedentario, in particolare quando è la madre a presentare tale comportamento non salutare (Tavola 8).

Tavola 8. Persone di 6-17 anni che non praticano né sport né attività fisica per titolo di studio più alto dei genitori, risorse economiche della famiglia, comportamenti sedentari dei genitori nel tempo libero e sesso – Media 2016 -2017 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Sedentari				
	Maschi	Femmine	Totale		
TITOLO DI STUDIO PIÙ ALTO DEI GENITORI					
Dottorato di ricerca o Laurea	7,6	10,8	9,1		
Diploma scuola superiore	13,8	17,6	15,6		
Scuola dell'obbligo	26,6	37,1	31,7		
RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA					
Ottime o adeguate	12,3	15,9	14,1		
Scarse o insufficienti	21,2	29,6	25,3		
COMPORTAMENTI SEDENDARI DEI GENITORI NEL TEMPO LIBE	RO				
Nè il padre nè la madre hanno comportamenti sedentari	5,3	7,7	6,4		
Solo la madre ha comportamenti sedentari	20,4	26,7	23,4		
Solo il padre ha comportamenti sedentari	18,3	22,5	20,3		
Sia il padre che la madre hanno comportamenti sedentari	37,4	50,8	43,9		
Totale	16,1	21,9	18,9		

^{*}Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore. Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

3 Le abitudini alimentari della popolazione

3.1 Come cambiano le abitudini

Il Piano d'Azione 2015-2020 "European Food and Nutrition" redatto dall'OMS ha stabilito come suoi obiettivi principali il miglioramento della gestione del sistema alimentare, la qualità complessiva della dieta e dello stato nutrizionale della popolazione promuovendo altresì la salute ed il benessere.

Sulla base dei dati rilevati annualmente dall'ISTAT nell'ambito dell'indagine "Aspetti della vita quotidiana" è possibile analizzare nel tempo come variano numerosi indicatori che si riferiscono alle abitudini alimentari della popolazione.

Nel tempo, tra i segnali positivi si osserva un significativo incremento della quota di quanti iniziano la giornata con una colazione che può essere definita "adeguata", vale a dire non solo limitata al caffè o al tè, ma nella quale vengono assunti alimenti più ricchi di nutrienti: latte, cibi solidi (biscotti, pane, ecc). Tale quota passa dal 75,6% del 2001 all'81,5% del 2017. Questa consuetudine tuttavia è più femminile che maschile (84% tra le donne contro il 78,8% tra gli uomini) (Figura 18).

La colazione è un pasto importantissimo per i bambini, tra i 3 e 10 anni il 93,5% consuma quotidianamente una colazione adeguata; sono più attenti ad adottare questo comportamento salutare i residenti nell'Italia centrale (85%) e nel Settentrione (Nord-est 84,4%; Nord-ovest 81,7%). Al Sud e nelle Isole i valori scendono rispettiva-

mente al 77,9% e al 76,9%. L'Italia è ancora lontana da un'ampia diffusione del modello basato sul pasto veloce consumato fuori casa.

Secondo i dati relativi al 2017 il pranzo costituisce ancora il pasto principale per il 66,6% della popolazione di 3 anni e più, e molto spesso è consumato a casa (72,8%), permettendo così una scelta degli alimenti ed una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa. La percentuale che dichiara di pranzare sul posto di lavoro è invece solo dell'8,2% (Figura 19).

Tuttavia i ritmi di vita frenetici e la complessità della vita quotidiana modificano in parte l'organizzazione dei pasti: aumenta sia la quota di quanti considerano la cena il pasto principale, che passa dal 20,2% del 2001, al 22,3% del 2017, sia la propensione a consumare il pranzo fuori casa, basti pensare che nel 1995 il 76,2% degli italiani pranzava a casa contro il 72,8% del 2017. Tali tendenze sono più diffuse, tra gli uomini nella fascia 35-44 anni (che dichiarano di pranzare a casa nel 49,4% dei casi), tra coloro che vivono nei grandi centri urbani (31,9% tra chi vive nei comuni centro dell'area metropolitana) e tra gli occupati (35,2%).

Per quanto riguarda gli occupati, oltre alle tendenze generali di un aumento della diffusione della frequenza a pranzare fuori casa, e ad avere la cena come pasto principale, rispetto al passato, si osserva anche un utilizzo minore della mensa e un maggiore consumo di pasti nel luogo di lavoro (uso mensa= 16,3% nel 2001 contro 8,5% nel 2017; consumo di pasti nel luogo di lavoro 2,9% nel 2001 contro 22% nel 2017).

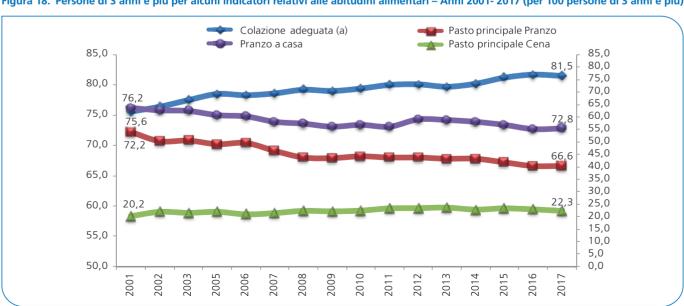


Figura 18. Persone di 3 anni e più per alcuni indicatori relativi alle abitudini alimentari – Anni 2001- 2017 (per 100 persone di 3 anni e più)

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Per colazione adeguata si intende una colazione in cui non si assumano solo thè o caffè, ma si beve solo latte e/o si mangia qualcosa

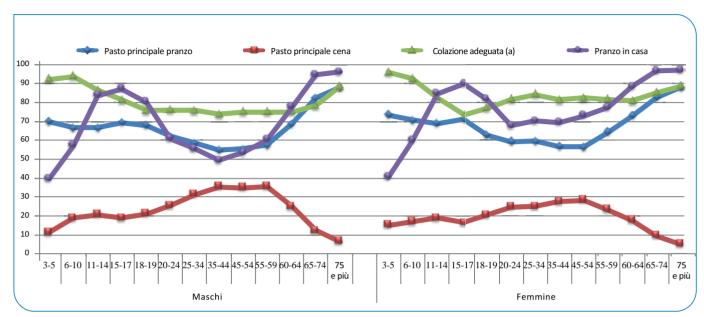


Figura 19. Persone di 3 anni e oltre per stile alimentare, sesso e classe di età – Anno 2017 (per 100 persone della stessa classe e dello stesso sesso)

(a) Per colazione adeguata si intende una colazione in cui non si assumano solo thè o caffè, ma si beve solo latte e/o si mangia qualcosa.

3.2 Il consumo di frutta, verdura ed ortaggi

Le Linee Guida per una sana alimentazione redatte dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) nel 2003 assegnano un ruolo centrale alla verdura, agli ortaggi e alla frutta, che tra i diversi gruppi di alimenti si caratterizzano per la loro capacità di veicolare sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano e per il forte impatto nel contrasto del rischio di malattie cardiovascolari. Il consumo giornaliero adeguato di frutta e verdura pari a 5 porzioni al giorno, è uno dei principali indicatori utilizzato a livello internazionale per monitorare l'adozione di una sana alimentazione

Nel 2017, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta (74,9%); meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della metà della popolazione (53,1%), e di ortaggi, che risulta pari al 46,4%.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione e al Centro si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta. Le differenze regionali non sono marcate se si considera il consumo giornaliero di frutta o verdura (Italia 83,3%), ma sono forti se si tiene conto delle quantità giornaliere raccomandate (Fiqura 20).

In tutte le regioni, il consumo è diffusamente al di sotto del benchmark delle 5 porzioni raccomandate e si attesta principalmente tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (PA di Bolzano, Calabria, Campania, Sicilia e Molise) circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di frutta o verdura restando così più lontane delle altre dall'obiettivo. Il benchmark delle 5 porzioni di verdura, ortaggi e frutta è più diffuso nella PA di Trento, con il 10,7% dei consumatori giornalieri di queste tipologie di alimenti, seguito con una distanza di circa 2,5 punti percentuali da Sardegna e PA di Bolzano. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di verdura, ortaggi e frutta si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Calabria, Puglia, Campania e Basilicata).

Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione legate molto probabilmente alle tradizioni gastronomiche locali.

5 e piu' porzioni 4 porzioni Almeno una porzione al giorno 83,3

Figura 20. Persone di 3 anni e più per porzioni di verdura, frutta e ortaggi consumate quotidianamente e regione - Anno 2017

Nel tempo non si segnalano differenze significative nei livelli di consumo delle 5 porzioni raccomandate le cui prevalenze di consumo rimangono pressoché invariate intorno al 4 % per gli uomini e al 6% per le donne (Figura 21).

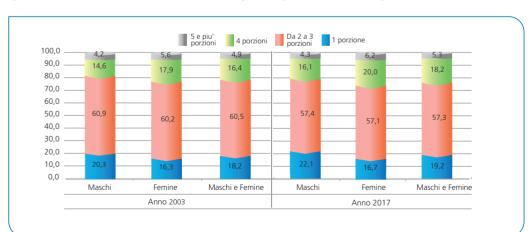


Figura 21. Persone di 3 anni e più per porzioni di verdura, ortaggi e frutta consumate quotidianamente e sesso – Anni 2003 e 2017 (per 100 persone di 3 anni e più dello stesso sesso)

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

3.3 Gruppi di alimenti e dieta mediterranea

Prendendo in considerazione nel tempo alcuni gruppi di alimenti, si osserva una elevata abitudine al consumo giornaliero di pane, pasta e riso, che riguarda circa l'80% della popolazione. Tale abitudine risulta, tuttavia, in forte riduzione rispetto al 2003 (87,7%). Positivo il trend decrescente del consumo di carne bovina, anche se tra i giovani maschi di 18-24 anni circa il 10% la consuma tutti i giorni.

Si osserva nel tempo un forte aumento del consumo di sale iodato (dal 26,9% al 46,9%) e anche la tendenza della popolazione a prestare maggiore attenzione all'uso del sale e ai cibi salati (dal 61% del 2003 al 71% del 2017). In trend decrescente il consumo del latte (dal 60,9% al 51%) e dei formaggi/latticini (dal 26,7% al 20,4%), mentre in forte aumento il consumo dei legumi (dal 44,9% al 54,4%).

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato gli effetti positivi della dieta mediterranea sull'insorgenza delle malattie cardiovascolari e di altre malattie croniche, come il diabete e l'obesità. E' un modello alimentare, incentrato su un consumo giornaliero di cibi vegetali (pasta, pane, frutta, verdura, legumi) e più sporadico di carne e pesce, che ha caratterizzato le popolazioni di area mediterranea.

La diffusione nella popolazione adulta di questo modello nutrizionale è stata analizzata mediante l'indice di aderenza alla dieta mediterranea proposto nel 2016 da Benetti ed al.⁵ (12), ricodificato in tre livelli di aderenza, bassa, media e alta.

I dati del 2016 mostrano che l'adozione della dieta mediterranea aumenta con l'età passando dal 15,5% nei giovani al 30% per gli anziani. Inoltre è sempre maggiore tra le donne (Figura 23).

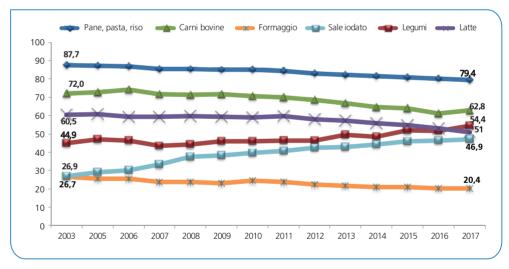
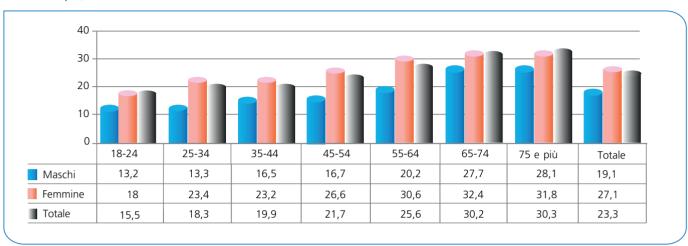


Figura 22. Persone di 3 anni e più per consumo di alcune tipologie di alimenti – Anni 2003 - 2017 (per 100 persone di 3 anni e più))

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

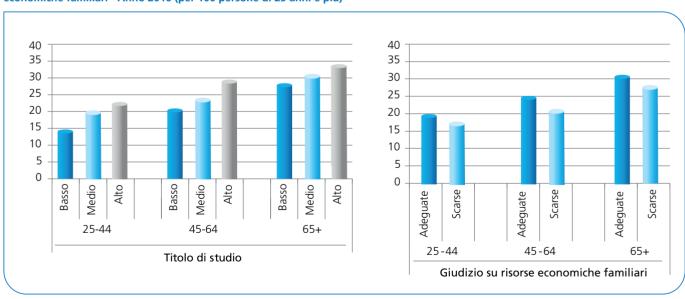
⁵ Seguendo le indicazioni contenuto nell'articolo di Benetti ed al. sono stati identificati 12 gruppi di alimenti che tengono conto delle raccomandazioni relative alla piramide della dieta mediterranea (Bach-Faig et al. 2011): 1) pasta, pane e riso; 2) verdure in foglia (spinaci, insalate, cicoria, ecc.); 3) ortaggi (pomodori, melanzane, carote); 4) frutta; 5) latte; 6) pesce; 7) carne bianca (tacchino, pollo, coniglio, vitello); 8) carni rosse (manzo, vitellone, ecc.); 9) carni di maiale; 10) salumi; 11) uova; 12) formaggi e latticini. A questi gruppi alimentari sono stati aggiunti gli oli e grassi usati per cucinare (olio d'oliva, olio vegetale e altri grassi, burro e strutto). Seguendo questa metodologia l'adesione alla dieta mediterranea è stata valutata attraverso la costruzione di un indicatore composito che riassume le frequenza di consumo relativa ai 12 gruppi di alimenti considerati. Alla frequenza di consumo di ciascun alimento è stato assegnato un punteggio compreso tra 0 e 4 in base al grado di aderenza alla dieta mediterranea. Per quanto riguarda l'uso di oli da cucina e / o grassi, il il punteggio più alto (pari a 4) è stato assegnato all'olio di oliva, 2 punti sono stati assegnati per gli oli vegetali mentre un punteggio pari a zero è stato assegnato per il burro e il lardo sia nel caso di cibo crudo che cotto.

Figura 23. Persone di 18 anni e più con alta aderenza alla dieta mediterranea per classi di età e sesso - Anno 2016 (per 100 persone di 18 anni e più)



Nel tempo la dieta mediterranea da abitudine alimentare prevalentemente adottata dalle popolazioni dell'area mediterranea è diventato uno stile promosso ed esportato in tutto il mondo. Sono soprattutto le persone con maggiori credenziali formative a riconoscerne i benefici nella salute: l'alta aderenza alla dieta in tutte le età è maggiore tra le persone con alto titolo di studio. Meno forte l'impatto delle risorse economiche (Figura 24).

Figura 24. Persone di 25 anni e più con alta aderenza alla dieta mediterranea per classi di età, titolo di studio e giudizio sulle risorse economiche familiari - Anno 2016 (per 100 persone di 25 anni e più)



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

Dall'analisi territoriale si osserva come la distribuzione delle regioni, ordinate in base alle frequenze maggiori ottenute nel livello elevato di aderenza all'indice di dieta mediterranea, vede in vantaggio alcune regioni del Centro (Lazio, Umbria, Toscana, Marche), insieme ad alcune regioni del Mezzogiorno (Campania, Calabria, Puglia e Sardegna) e infine del Nord (Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia), tutte al di sopra della media nazionale. L'elevata aderenza alla dieta mediterranea nella maggior parte di queste regioni è dovuta più che altro al consumo di componenti vegetali come i cereali caratterizzate da un apporto energetico mediamente più elevato rispetto alla frutta e alla verdura. La frutta e la

Figura 25. Graduatoria delle regioni rispetto ad un elevato livello di aderenza alla dieta mediterranea delle persone di 14 anni e più in base all'indice Benedetti et al. Anno 2016



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

verdura, invece, vengono si consumate in queste regioni con una frequenza giornaliera, ma tendenzialmente ben al di sotto delle 5 porzioni raccomandate.

3.1 Abitudini alimentari nella fascia dei più giovani

Le indagini rilevano sempre di più una tendenza ad alimentarsi troppo o male, anche nella fascia dei più piccoli⁶, con nuove e conseguenti patologie. Dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana" sono stati esaminati i dati su consumo giornaliero di frutta e verdura, di snack (alimenti salati come patatine, popcorn, salatini, ecc), di dolci (torte farcite, merendine, gelati ecc.) e di bevande gassate.

In Italia nel biennio 2016-2017, oltre il 70,0% dei bambini e adolescenti consuma frutta e/o verdura ogni giorno, ma solo il 12,6% arriva a consumarne 4 o più porzioni. Elevata la quota di quanti consumano quotidianamente dolci (28,3%), bevande gassate (24,9%) e snack salati (13,8%) (Tavola 9).

Negli ultimi anni si osserva un trend in diminuzione rilevante se si considera il consumo giornaliero di bevande gassate che passano dal 32,7% al 24,9%, ma decisamente più modesto se si considerano i dolci (da 31,2% a 28,3%) e soprattutto gli snack salati (dal 15,5% al 13,8%). Nella fascia dei giovanissimi il consumo di frutta e verdura si mantiene mediamente costante nel tempo, ma aumenta pur se modestamente la quota di quanti ne consumano 4 o più porzioni al giorno.

Il consumo di snack salati è più elevato nella fascia 11-17 anni, mentre viceversa i consumi più salutari di frutta e verdura sono più diffusi tra i bambini di 3-10 anni. Non si osservano particolare differenze legate all'età se si considera il consumo di dolci.

Esaminando gli stili alimentari rispetto alle aree geografiche si può notare come il Mezzogiorno insieme alla macroarea del Nord ovest presenti i dati più critici per il consumo quotidiano di snack salati (rispettivamente Nord-ovest=15,7%, Mezzogiorno=16,3%). Le maggiori criticità nel consumo di snack si evidenziano, inoltre, nei comuni più piccoli fino a 10 mila abitanti, e si riducono nel centro delle aree metropolitane (Tavola 10).

⁶ In Italia sono state promosse varie iniziative già nei primi anni del 2000. Nel 2003, ad esempio, le linee guida promosse dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), davano indicazioni sui corretti comportamenti alimentari e sulle cattive abitudini da rimuovere in tutte le fasce di età.

Tavola 9. Bambini e ragazzi di 3-17 anni e più per consumo giornaliero di snack, dolci, bevande gassate, frutta e verdura – Media 2010-2011 e 2016-2017 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Consumo giornaliero di:									
CLASSI DI ETÀ	Snack salat pop corn, sa		•	te farcite, gelati, ecc.)	Bevande g	assate (a)	Frutta e	verdura	•	i porzioni a e verdura
	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017
3-10	12,8	10,7	31,6	29,3			76,9	75,2	11,4	11,5
11-17	18,6	17,3	30,8	27,2	32,7	24,9	71,4	72,9	12,0	13,8
Totale	15,5	13,8	31,2	28,3			74,3	74,2	11,7	12,6

(a) Il dato sul consumo di bevande gassate è rilevato dagli 11 anni in su.

Tavola 10. Bambini e ragazzi di 3-17 anni e più per consumo giornaliero di snack, dolci, bevande gassate, frutta e verdura, ripartizione geografica e tipo di comune – Anno 2017 (per 100 bambini e ragazzi di 3-17 anni della stessa zona)

	Consumo giornaliero di:						
	Snack salati , (patatine pop corn salatini, olive)	Dolci (torte farcite, merendine, gelati, ecc.)	Bevande gassate (a)	Frutta e verdura	4 o più porzioni di frutta pop corn, e verdura		
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA							
Nord-ovest	15,7	32,8	28,1	76,4	14,1		
Nord-est	12,3	31,3	24,6	72,5	14,2		
Centro	7,9	23,2	21,2	75,0	15,1		
Sud	16,4	25,6	23,3	71,3	8,3		
Isole	16,2	27,7	28,0	76,6	11,3		
TIPO DI COMUNE							
Centro dell'area metropolitana	8,2	23,3	21,4	77,6	15,8		
Periferia dell'area metropolitana	14,3	32,0	30,1	71,2	9,6		
Fino a 2.000 abitanti	15,3	28,1	27,9	69,6	10,5		
2.001 - 10.000 abitanti	16,9	31,0	27,7	72,5	12,0		
10.001 - 50.000 abitanti	14,5	28,2	23,9	74,4	12,5		
50.001 abitanti e più	12,6	26,4	20,8	76,5	13,5		
Totale	13,8	28,3	24,9	74,2	12,6		

Fonte: Istat. Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Il dato sul consumo di bevande gassate è rilevato dagli 11 anni in su.

Per quanto riguarda invece il consumo consumi di dolci e di bevande gassate le prevalenze più elevate si registrano nelle regioni del Nord e nelle Isole e meno nelle altre zone del Paese.

Passando ai comportamenti alimentari più salutari, si osserva un consumo quotidiano di frutta e verdura più elevato nelle Isole (76,6%), nel Nord- ovest (76,4%)e nel Centro (75%). Tuttavia, se si considera il consumo più

adeguato di almeno 4 porzioni al giorno, si osservano prevalenze più elevate specialmente al Centro (15,1%) e al Nord (14,1%) e decisamente meno nel Mezzogiorno (8,3% Sud; 11,3% Isole).

Anche con riferimento alle abitudini alimentari si evidenzia quanto le caratteristiche socioculturali dell'ambiente familiare aiutino a comprendere meglio le differenze nei

comportamenti alimentari dei bambini. Infatti, più elevato è il titolo di studio conseguito dai genitori più accurato è l'aspetto nutrizionale dei bambini in termini sia di consumo quotidiano di frutta e verdura che di porzioni adeguate consumate giornalmente (Tavola 11).

Inoltre, se si considera il consumo quotidiano di snack salati si osserva come questo sia pari all'8,5% tra i bambini e ragazzi di 6-17 anni che vivono in famiglie di status socioculturale più elevato e aumenti di 10 punti percentuali tra i bambini che vivono in famiglie in cui almeno un genitore ha completato al massimo la scuola dell'obbligo (18,5%). Disuguaglianze analoghe si osservano nel consumo giornaliero di bevande gassate tra gli adolescenti (18,6% se almeno uno dei genitori ha la laurea o un titolo superiore; 30,6% se almeno uno dei genitori ha completato al massimo la scuola dell'obbligo).

Tavola 11. Bambini e ragazzi di 3-17 anni e più per consumo giornaliero di snack, dolci, bevande gassate, frutta e verdura, ripartizione geografica e tipo di comune – Anno 2017 (per 100 bambini e ragazzi di 3-17 anni della stessa zona)

	Consumo giornaliero di:							
	Snack salati, (patatine pop corn salatini, olive)	Dolci (torte farcite, merendine, gelati, ecc.)	Bevande gassate (a)	Frutta e verdura	4 o più porzioni di frutta pop corn, e verdura			
	3	-10 ANNI						
Dottorato di ricerca e Laurea	6,0	27,8		78,2	13,0			
Diploma scuola superiore	10,4	29,2		75,7	11,9			
Scuola dell'obbligo	16,3	31,3		71,1	9,1			
Totale	10,7	29,4		75,2	11,5			
	11	I-17 ANNI						
Dottorato di ricerca e Laurea	12,4	22,8	18,6	77,1	17,3			
Diploma scuola superiore	17,3	28,2	23,6	71,9	13,2			
Scuola dell'obbligo	20,5	28,3	30,6	71,8	12,3			
Totale	17,3	27,2	24,8	72,9	13,8			
		TOTALE						
Dottorato di ricerca e Laurea	8,5	25,9		77,8	14,6			
Diploma scuola superiore	13,7	28,8		73,8	12,5			
Scuola dell'obbligo	18,5	29,8		71,5	10,8			
Totale	13,8	28,3		74,1	12,5			

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana" Il dato sul consumo di bevande gassate è rilevato dagli 11 anni in su.

Bibliografia

- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, Geneva 3-5 June 1997. Geneva: WHO Publications, 1997.
- 2. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: WHO, 2004; 497-596 (www.who.int/publications/cra/en/accessed May 26 2017).
- 3. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. Epidemiol Rev 2007; 29:1-5. Region-final-report-Eng.pdf/accessed May 26 2017).
- 4. Istat, Rapporto annuale, 2016
- 5. World Health Organization, Regional Office for Europe. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity, 2014.
- 6. Lobstein T. Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review) -Priority public health conditions. Final report, 2009.
- 7. EUROTHINE. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE final report. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre, 2007.
- Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/R eview-of-social-determinants-and-the-health-divide-inthe-WHOEuropean-
- 9. OMS, Global recommendation on physical activity for health, 2010
- 10. Istat, Rapporto Bes, 2018
- 11 OCSE Health at a Glance: Europe 2018
- 12. Benedetti I., Biggeri L., Lauretic T., Secondi L., Exploring the Italians' food habits and tendency towards a sustainable diet: the Mediterranean eating pattern. Agriculture and Agricultural Science Procedia 8 (2016) 433 440
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F.X., Battino, M., Belahsen, R., Miranda, G., Serra-Majem, L., 2011. Mediterranean Diet Foundation Expert Group, 2011. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public health nutrition 14(12A), 2274-2284.





L'eterogeneità della spesa sanitaria all'interno delle classi dell'Indice di Massa Corporea (IMC)

Vincenzo Atella, CEIS and CHP-PCOR Stanford University
Federico Belotti, Joanna Kopisnska e Andrea Piano Mortari
CEIS - University of Rome Tor Vergata
Alessandro Palma, CEIS and Parthenope University

a letteratura clinica ha da tempo stabilito che a partire dall'Indice di Massa Corporea (IMC) e dalla circonferenza vita (CV) è possibile prevedere l'insorgenza e la mortalità associata a diverse patologie croniche, tipicamente il diabete di tipo 2 e molte malattie cardio-vascolari (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998; World Health Organization, 1998). In particolare, l'obesità addominale, misurata mediante attraverso la CV, è in grado di prevedere l'insorgere di patologie per cui l'obesità è un fattore di rischio (Heo et al., 2002; National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998; Rexrode et al., 1998; World Health Organization, 1998). Inoltre la CV quando è accociata all'IMC è in grado di migliorare la stima dei rischi per la salute rispetto al solo IMC (Janssen et al., 2002; Rexrode et al., 1998), permettendo di cogliere meglio l'eterogeneità nella domanda di servizi sanitari e dei relativi costi. Le linee guida del National Institue of Health (NIH) americano indicano che il rischio per la salute aumenta in modo graduale quando si passa dalla categoria dei normo-peso a quelle dell'obesità e che all'interno di ogni categoria di IMC uomini e donne con alti valori di CV presentano un rischio per la salute maggiore rispetto a quelli con CV normale (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998). A partire da questa evidenza clinica, il presente lavoro ha analizzato come la CV influenza la spesa per farmaci e per accertamenti diagnostici all'interno delle classi dell'IMC.

Le analisi empiriche condotte nel presente lavoro sono state rese possibili grazie all'utilizzo dei dati Health Search della SIMG contenuti nella banca dati HS-SiSSI, che contiene informazioni dettagliate e sistematiche su farmaci prescritti, test di laboratorio e visite specialistiche per oltre un milione di pazienti - rappresentativi a livello nazionale - seguiti nel tempo da 900 medici di medicina generale (Health Search, 2008, 2014). La validità dei dati contenuti nella banca dati HS-SiSSI è confermata da precedenti analisi sia di natura clinica (Cricelli et al., 2003; Mazzaglia et al., 2009), sia di economia sanitaria (Atella, et al. 2015, 2018).

Il presente studio si riferisce a 1.088.887 pazienti (52% donne), presenti nel database nell'anno 2014. I pazienti sono stati suddivisi in 6 classi di IMC (Sottopeso, Normopeso, Sovrappeso, Obesi di tipo I, Obesi di tipo II e Obesi di tipo III) e per ogni classe di IMC sono stati calcolati i quartili della distribuzione della CV. Pertanto, all'interno di ogni classe di IMC è possibile osservare come la CV influenzi la spesa per farmaci, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Dall'analisi emerge come la CV sia un'importante determinate della spesa. In particolare all'interno della classe IMC dei "Normopeso" la spesa media passa dai 429 euro dei pazienti con una CV media di 77,6 cm (primo quartile) agli 827 euro dei pazienti con una CV media di 112,6 cm (quarto quartile). Per i pazienti con classe IMC definita "Sovrappeso" la spesa per i pazienti con una CV media pari a 81 cm (primo quartile) è di 518 euro mentre per quelli con una CV media di 110 cm (quarto quartile) la spesa media sale a 871 euro. Differenziali di spesa statisticamente rilevanti si osservano anche nelle tre classi di pazienti obesi, dove la differenza di spesa tra pazienti con una CV elevata (nel quarto quartile) e quelli con una CV bassa (nel primo quartile) è pari a 200 per gli Obesi di tipo I, 29 euro per gli Obesi di tipo II e 296 per gli Obesi di tipo III. I differenziali di spesa non sembrano dipendere dal sesso dei pazienti ed aumentano a partire dai 65 anni con l'età degli stessi. Riguardo alla tipologia di spesa, quella per farmaci è quella maggiormente influenzata dalla CV, mentre si osservano differenziali minori per quanto riguarda la spesa per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici.

Bibliografia

- Atella, V., F. Belotti, C. Bojke, A. Castelli, K. Grašic, J. Kopinska, A. P. Mortari, and A. Street (2019). How health policy shapes healthcare sector productivity? evidence from Italy and UK. Health Policy, 123; pp. 27–36.
- Atella, V., J. Kopinska, G. Medea, F. Belotti, V. Tosti, A. Piano Mortari, C. Cricelli, and L. Fontana (2015). Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures. Aging (Albany NY) 7 (10), 882–892.
- Atella, V., A. Piano Mortari, J. Kopinska, F. Belotti, F. Lapi, C. Cricelli, and L. Fontana (2019). Trends in agerelated disease burden and healthcare utilization. Aging Cell, 18: e12861. https://doi.org/10.1111/acel.12861.
- Cricelli, C., G. Mazzaglia, F. Samani, M. Marchi, A. Sabatini, R. Nardi, G. Ventriglia, and A. P. Caputi (2003). Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. Journal of Public Health 25 (3), 254–257.
- Health Search (2008). V Report. Technical report, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale
- Health Search (2014). VIII Report. Technical report, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale.
- Heo, M., M. S. Faith, S. Zhu, S. Heshka, Z. Wang, and S. B. Heymsfield (2002). Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. The American Journal of Clinical Nutrition 76 (4), 743–743.

- Janssen, I., P. T. Katzmarzyk, and R. Ross (2002). Body Mass Index, Waist Circumference, and Health Risk: Evidence in Support of Current National Institutes of Health Guidelines. Archives of Internal Medicine 162 (18), 2074–2079.
- Mazzaglia, G., E. Ambrosioni, M. Alacqua, A. Filippi, E. Sessa, V. Immordino, C. Borghi, O. Brignoli, A. P. Caputi, C. Cricelli, and L. G. Mantovani (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation 120 (16), 1598–1605.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Obesity Research 6 (S2), 51S–179S.
- Rexrode, K. M., V. J. Carey, C. H. Hennekens, E. E. Walters, G. A. Colditz, M. J. Stampfer, W. C. Willett, and J. E. Manson (1998). Abdominal Adiposity and Coronary Heart Disease in Women. JAMA 280 (21), 1843–1848.
- World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Technical report, WHO, Geneva: World Health Organization.







Manifesto dell'italian obesity network per un futuro sostenibile

Presentato a Roma il giorno 8 Ottobre 2018

Il Manifesto dall'Italian Obesity Network tende ad identificare una roadmap sul quale agire per migliorare la qualità di vita delle persone con obesità

PREMESSA

Obesità è una malattia che richiede impregno sinergico da parte delle Istituzioni, delle Società Scxientifiche, delle Associazioni Pazienti e dei Media In molti casi la persona con obesità è vittima di stigma sociale e mediatico che finisce per condizionare la propria qualità di vita.

Lo stigma sull'obesità è una delle cause, che attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, finiscono per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo.

Cosa è lo stigma del peso e dell'obesità?

Lo stigma del peso si riferisce ai comportamenti e agli atteggiamenti negativi che sono rivolti verso le persone unicamente a causa del loro peso.

Se vogliamo porre fine allo stigma dell'obesità, è importante adeguare il nostro linguaggio e i nostri comportamenti, aumentando la consapevolezza e migliorando la nostra conoscenza dell'impatto che l'obesità ha sulla salute delle persone .

L'Obesity Day vuole affrontare lo stigma sull'obesità per puntare a:

- Aumentare la consapevolezza dell'impatto dello stigma sul peso e di cosa si può fare al riguardo, per migliorare la qualità di vita delle persone.
- Aumentare il coinvolgimento delle Istituzioni, dei medici, delle persone e dei media e incoraggiare l'impegno a considerare la gravità clinica che l'obesità rappresenta;
- Aiutare le persone a superare le barriere che sorgono a causa dello stigma, che può impedire loro di ottenere il trattamento medico ottimale di cui hanno bisogno.

Quattro azioni per ridurre lo stigma della persona con obesità

ACT 1

L'obesity Day vuole suggerire ai media di abbandonare l'uso di immagini negative e un linguaggio inappropriato sull'obesità.

Ecco alcuni suggerimenti studiati per supportare i media, per ridurre la stigmatizzazione della persona con obesità.

- Dovrebbero essere evitate le etichette e i riferimenti peggiorativi riguardanti le persone con obesità
- Dovrebbe essere considerata la persona e non solo il paziente, usando il termine "le persone con obesità" e non le "persone obese"
- Devono essere evitati stereotipi falsi e imprecisi sull'obesità
- Le immagini che accompagnano le notizie non dovrebbero ritrarre negativamente le persone con obesità, ma bensì la gravità della malattia
- Le immagini di persone che indossano abiti inadeguati e che si comportano in modo stereotipato (ad esempio consumando cibi malsani) stanno disumanizzando e generano generalizzazioni ingiuste su coloro che hanno obesità

ACT 2

Esistono dati a livello globale di discriminazione basata sul peso in molte delle fasi dela vita lavorativa lavoro incluso career counseling, interviste e processi di assunzione, disparità salariali, minori avanzamenti di carriera, azioni disciplinari più severe e più licenziamenti.

Inoltre, nell'ambiente scolastico è noto come il bullismo sui giovani con obesità sia uno dei fattori esistenti. Bisogna generare maggiore consapevolezza su questo e

trovare soluzioni per evitare discriminazioni per le persone con obesità.

Raccomandiamo che nei luoghi di lavoro, nelle scuole e in tutti i luoghi vengano :

- Implementate politiche che proteggano i dipendenti e gli studenti, con rispetto per la persona indipendentemente dal loro peso.
- Implementate le campagne di informazione per aumentare la consapevolezza della società e prevenire la discriminazione causata dal peso.

ACT 3

Bisogna che l'azione governativa punti a per migliorare gli ambienti in cui viviamo, ad offrire cure e trattamenti adeguati, piuttosto che concentrarsi sulla responsabilità e la colpa individuale.

Ridurre il rischio di obesità richiede ai governi di adottare un approccio integrato in diversi settori, che dovrebbe comprendere:

- Attuazione di politiche che affrontino gli aspetti alimentari/nutrizionali obesogenici, migliorando la disponibilità e l'accesso a cibo nutriente e riducendo la commercializzazione di opzioni meno sane.
- Introduzione di politiche e protocolli di pianificazione urbana che migliorano gli ambienti urbani, assicurando che siano attuabili, dove i cittadini abbiano spazio verde e favoriscano più attività motoria come parte della vita guotidiana delle persone.
- Garantire il piano accesso alle cure e ai trattamenti per migliorare la qualità di vita delle persone con diabete e ridurre il rischio di complicanze invalidanti e/o mortali.
- Considerazione della salute in tutte le politiche, per garantire che l'azione sia intrapresa in tutti i settori pertinenti, dalla sanità, all'istruzione, ai media e alla cultura, allo sviluppo e ai servizi sociali.

ACT 4

Gli operatori sanitari abbiano consapevolezza dei fattori ambientali che sono causa dell'obesità, e migliorare il supporto e l'efficacia della loro azione durante la diagnosi e il trattamento.

Una narrazione positiva, realistica e di supporto tra medici e pazienti aumenterà l'efficacia dell'assistenza. Le seguenti fasi aiuteranno a garantire che gli operatori sanitari possono fornir la migliore assistenza per non stigmatizzante i loro pazienti:

• La ricerca ha dimostrato che linguaggio come "alto BMI" e "peso" sono preferiti a parole come "obesi" e "sovrappeso". Inoltre, è stato raccomandato di chiedere al paziente quali termini preferiscono per avere da loro essere un'opzione efficace.

- Il linguaggio del medico dovrebbe evitare di classificare i pazienti secondo le loro condizioni mediche. Ad esempio, "hai l'obesità" invece di "sei obeso"
- I pazienti con obesità dovrebbero essere trattati con lo stesso livello di rispetto ed empatia delle loro controparti più magre.

WEIGHT STIGMA MIND MAP

Lo stigma sul peso è incredibilmente pervasivo e più complesso di quanto si pensi. Questa mappa mentale mette in luce alcuni esempi e dettagli sulle cause, i driver, i suoi effetti e l'ampia varietà di destinatari.

MANIFESTO DELL'ITALIAN OBESITY NETWORK PER UN FUTURO SOSTENIBILE

Il Manifesto proposto dall'Italian Obesity Network tende ad identificare una roadmap sul quale agire per migliorare la qualità di vita delle persone con obesità.

CONSIDERARE l'obesità come una priorità nazionale a livello sanitario, politico, clinico, sociale e clinico, riconoscendo che la stessa è una malattia altamente disabilitante e che rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili (NCDs)

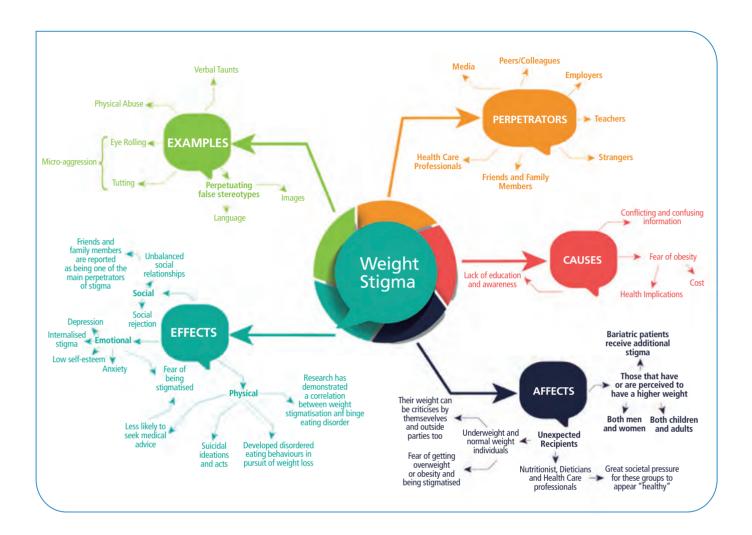
REALIZZARE un piano nazionale dell'obesità, per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia, delle complicanze, sull'offerta assistenziale, l'accesso alle cure e ai trattamenti.

INCREMENTARE la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi per la persona obesa, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che abbiano come obiettivo la razionalizzazione dell'offerta, l'accesso alle cure e l'appropriatezza delle prestazioni erogate

MIGLIORARE la qualità di vita, della cura e la piena integrazione sociale per le persone obese, comprendendone i bisogni, le problematiche, attuando strategie di coinvolgimento familiare, sociale e nell'ambiente di lavoro

RIDURRE l'alto impatto dell'obesità e il sovrappeso infantile, attraverso informazione ed interventi mirati ad ottenere un cambiamento permanente delle abitudini alimentari e dello stile di vita dei bambini, coinvolgendo il mondo della scuola, dello sport e le famiglie.

ASSICURARE le conoscenze circa la prevenzione dell'obesità, la diagnosi, il trattamento farmacologico e chirurgico, l'assistenza, attraverso il sostegno alla ricerca, per realizzareprogressi nell'accesso alla cura, nella riduzione delle complicanze, e sulla morte prematura.



PREVENIRE l'obesità e il sovrappeso attraverso il miglioramento delle conoscenze della popolazione sui corretti stili di vita, controllando la non corretta nutrizione, l'inattività fisica, nella popolazione generale.

ORGANIZZARE e realizzare attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, alla comprensione del burden of disease, dello stigma sociale per consentire una gestione efficace ed efficiente dell'obesità e del sovrappeso, rendendo nel contempo omogenea l'assistenza su tutto il territorio nazionale

DIFFONDERE le competenze, le informazioni tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona obesa

PROMUOVERE l'interdisciplinarietà in ambito medico, anche attraverso la formazione di team specialistici dedicati prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che perquelle con obesità

Il Manifesto è stato firmato da

Giuseppe Fatati, Presidente IO NET

Marina Biglia, *Presidente Amici Obesi Onlus*

Antonio Caretto, Presidente ADI

Michele Carruba, Coordinatore Milano Obesity Declaration

Stefano Cianfarani, Presidente SIEDP

Claudio Cricelli Presidente SIMG

Renato Lauro, Presidente IBDO Foundation



XVIII Legislatura attività parlamentare sull'obesità

CAMERA DEI DEPUTATI

ANDREA MANDELLI - "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità" atto Camera 599

ELVIRA SAVINO - "Iniziative per la prevenzione e la cura dell'obesità infantile" n. 2-00071

CELESTE D'ARRANDO - "Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e di contrastare l'obesità" 7-00025

ANTONINO MINARDO - "Introduzione dell'insegnamento dell'educazione alimentare e agli stili di vita sani nelle scuole primarie e secondarie di primo grado" atto Camera 1337

PAOLO SIANI - Risoluzione in XII Commissione 7-00052

ROBERTO PELLA - Mozione "Iniziative per la prevenzione e la lotta all'obesità in Italia"

SENATO DELLA REPUBBLICA

MARIA RIZZOTTI - "Norme a tutela delle persone affette da obesità grave e abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi pubblici e privati e nei trasporti pubblici" S.178

ANTONIO IANNONE - Atto di Sindacato Ispettivo nº 4-01166

ADOLFO D'URSO - Atto di Sindacato Ispettivo n° 3-00105

MASSIMILIANO ROMEO - Atto di Sindacato Ispettivo nº 1-00057



Gli interventi di politica sanitaria nelle Regioni

Il Ministero della Salute pone fra gli obiettivi prioritari della propria azione la prevenzione dell'obesità, con particolare riferimento a quella infantile, attraverso il sistema di monitoraggio 'OKkio alla Salute' del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) dello stesso Ministero.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute, coordinato dall'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, fornisce il quadro epidemiologico aggiornato della distribuzione dell'eccesso ponderale e dei comportamenti a rischio nei bambini della scuola primaria, con un dettaglio nazionale, regionale e aziendale, favorendo la pianificazione e la valutazione di interventi efficaci, in attuazione del programma "Guadagnare salute" e nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione (17-19).

In particolare gli obiettivi strategici del Ministero della Salute sono:

- Promuovere stili di vita salutari a partire dai primi anni di vita e ancor prima dalla gravidanza
- Promuovere ambiente più salutari di vita e lavoro (a partire dalla scuola)
- Promuovere l'attività fisica
- Facilitare comportamenti e scelte salutari «Empowerment»

La strategia Ministeriale punta al passaggio da un sistema basato sul "welfare state", orientato all'assistenza e alla salute come "bene" "distribuito" dallo Stato, alla "welfare community" dove tutti contribuiscono alla conquista e al mantenimento del "bene" salute e la stessa diventa obiettivo prioritario per tutti i settori del Paese, in linea con il concetto di Health in all policies. Il controllo dell'obesità è inserito dal Ministero della Salute tra gli obiettivi strategici del Piano Nazionale Sanitario e del Piano Nazionale della Prevenzione; quest'ultimo opera su alcuni determinanti specifici inerenti gli stili di vita attraverso precisi programmi di intervento del CCM e di "Guadagnare salute" (figura 31). La promozione di stili di vita salutari avviene attraverso tre specifiche aree di intervento:

- Health in all policies: Politiche intersettoriali che coinvolgono tutte le istituzioni e prevedono azioni sui determinanti della salute;
- Coinvolgimento della società: Impegno condiviso

- e collaborativo di tutti i settori della società e coinvolgimento del settore sanitario per azioni specifiche di prevenzione e cura delle malattie;
- Approccio "Life course": Intervenire lungo tutto il corso dell'esistenza per garantire una maggiore aspettativa di vita in buona salute e un "bonus" in termini di longevità, fattori che possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale.

La strategia globale di promozione della salute deve prevedere, quindi, l'integrazione tra azioni che competono alla collettività e altre che sono responsabilità dei singoli. L'obiettivo è lavorare insieme (con alleanze, intese, accordi, progettualità integrate) per favorire un doppio effetto:

- CREARE CONSAPEVOLEZZA, ossia empowerment del cittadino per favorire responsabilità e consapevolezza;
- CREARE CONTESTI che definiscano le responsabilità degli stakeholder e delle istituzioni per favorire e sostenere l'adozione di comportamenti corretti.

L'obesità e la promozione di stili di vita salutari nelle strategie Ministeriali trova un posto prioritario nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2005-2007; 2010-2012; 2014-2018), un Piano pluriennale che impegna le Regioni ad attuare programmi di prevenzione collettiva, con interventi rivolti sia alla persona sia agli ambienti di vita e di lavoro, secondo l'approccio intersettoriale del programma "Guadagnare salute", basato su (17-19):

- priorità
- evidenze di efficacia
- attenzione al cittadino (sano o malato)

Il PNP 2010-2012 chiedeva di avviare interventi e programmi di promozione della salute con lo scopo, tra gli altri, di prevenire l'obesità, in particolar modo infantile, con obiettivo di contenimento della prevalenza al di sotto del 10%.

Esso proponeva di adottare i seguenti strumenti:

- Partnership e alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi all'interno delle attività didattiche e curricolari, orientate all'empowerment individuale e di comunità
- Programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale

- Programmi di promozione dell'allattamento al seno
- Programmi per il miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche ed aziendali
- Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari

PNP trova una specificità di intervento nei Piani Regionali della prevenzione (PRP). Ad oggi tutte le Regioni hanno inserito "Guadagnare salute" nei propri piani regionali e sono stati promossi diversi programmi rivolti al controllo di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari

Attraverso la valutazione dei programmi inseriti nella linea di azione «Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie croniche» o specificatamente rivolti al controllo della sedentarietà e della alimentazione scorretta, è stato possibile identificare il numero di interventi diretti specificatamente nei confronti dell'obesità attivati dalle diverse Regioni. In tabella 1 ne è riportato il dettaglio.

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
Valle d'Aosta – Vallée d'Aoste			Non ha sviluppato la sezione del Piano Operativo del PRP, non dettagliando le linee progettuali sviluppate
Piemonte (20)	10/64	8	 Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità Promozione dell'attività motoria a scuola Promozione dell'attività motoria in ambiente di lavoro Promozione dell'attività motoria in soggetti con diminuite capacità funzionali Miglioramento dell'offerta alimentare in ristorazione collettiva Guadagnare salute Promozione nutrizionale all'interno delle scuole elementari e medie. Attività educazionale sul rischio obesità verso le scuole superiori di Torino
Liguria (21)	11/40	4	Promozione di alimentazione sana ed attività fisica nelle scuole e in altri enti locali (4 interventi)
Lombardia (22)	5/23	2	Campagne pubblicitarie di promozione di alimentazione sana ed attività fisica Promozione di alimentazione sana e attività fisica a scuola e sul lavoro
Provincia Autonoma di Trento (23)	5/32	3	1. Coinvolgimento dei MMG nella diffusione di interventi di promozione dell'attività fisica 2. Promozione attività fisica e dieta sana a scuola (2 interventi)
Provincia Autonoma di Bolzano			Assente un PRP

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
Veneto (24)	11/71	7	 Sistema di sorveglianza nutrizionale Promozione attività fisica e dieta sana a scuola Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità Miglioramento offerta alimentare in ristorazione collettiva Consulenze dietetico-nutrizionali individuali per soggetti ad aumentato rischio CV Promozione attività fisica per gli anziani Guadagnare salute
Friuli Venezia Giulia (25)	4/19	3	 Coinvolgimento di PLS e asili nido nella promozione di attività fisica e dieta sana Coinvolgimento dei MMG nella promozione di attività fisica e dieta sana (2 interventi)
Emilia-Romagna (26)	5/55	5	Promozione dell'allattamento al seno e miglioramento offerta alimentare in ristorazione scolastica Promozione dell'utilizzo delle scale negli edifici pubblici Prescrizione attività fisica Coinvolgimento di PLS nella sorveglianza e nella promozione di attività fisica e dieta sana Legge regionale sulla promozione della salute (in vigore dal 1 gen 2019)
Toscana (27)	8/49	5	Miglioramento offerta alimentare in ristorazione generale Promozione dell'attività fisica a scuola Prescrizione attività fisica (2 interventi) Guadagnare salute
Marche (28)	6/30	4	Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità Promozione di una sana alimentazione a scuola Promozione dell'attività fisica per gli anziani Guadagnare salute
Umbria (29)	6/27	3	Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità Promozione dell'attività motoria e di una dieta sana in ambiente di lavoro Guadagnare salute
Lazio (30)	5/22	1	1. Promozione di una dieta sana a scuola
Abruzzo (31)	4/21	2	Promozione dell'attività fisica a scuola Promozione di una dieta sana a scuola

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
Molise (32)	5/31	1 5	1. Promozione attività fisica per gli anziani
Campania (33)	9/42	7	1. Promozione dell'attività fisica e di una dieta sana a scuola 2. Promozione di alimentazione sana ed attività fisica tramite il coinvolgimento di vari enti locali (2 interventi) 3. Consulenze dietetico-nutrizionali individuali (con promozione attività fisica) per soggetti ad aumentato rischio CV 4. Guadagnare salute
Basilicata (34)	5/19	3	Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità Formazione dei genitori specifica per la prevenzione dell'obesità Promozione dell'attività fisica e di una dieta sana a scuola
Puglia (35)	11/39	3	Promozione dell'attività fisica e di una dieta sana a scuola Promozione di alimentazione sana ed attività fisica tramite il coinvolgimento di vari enti locali per soggetti in età scolare/prescolare Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità
Calabria (36)	15/70	11	1. Promozione dell'attività fisica e di una dieta sana a scuola (5 interventi) 2. Promozione di alimentazione sana ed attività fisica tramite il coinvolgimento di vari enti locali per soggetti in età scolare 3. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 4. Promozione dell'attività fisica per soggetti ad aumentato rischio CV 5. Prescrizione attività fisica (2 interventi) 6. Guadagnare salute
Sicilia (37)	5/30	3	1. Coinvolgimento di PLS e scuole nella promozione di attività fisica e dieta sana 2. Promozione dell'attività fisica per soggetti ad aumentato rischio CV 3. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità
Sardegna (38)	4/18	3	Promozione di una dieta sana per soggetti ad aumentato rischio CV Promozione dell'attività fisica per soggetti ad aumentato rischio CV Promozione dell'attività fisica a scuola

MMG: medici di medicina generale; PLS: pediatri di libera scelta; CV: cardiovascolare

Tutte le regioni italiane analizzate hanno adottato almeno un intervento dichiaratamente mirato al controllo dell'obesità, ma si evidenzia nel contempo una grande eterogeneità tra le varie Regioni e Province Autonome). Si evince un largo impiego della promozione della salute nelle scuole su tutto il territorio Nazionale e dell'allattamento al seno soprattutto al Sud; la promozione dell'attività fisica ha luogo principalmente nella scuola Solo quattro Regioni hanno inserito nei PRP interventi di miglioramento dell'offerta alimentare, di cui tre riguardanti la ristorazione collettiva e una quella generale. Solo tre Regioni hanno previsto nei PRP la prescrizione dell'attività fisica mentre sette hanno inserito tra gli interventi dichiaratamente mirati a ridurre la prevalenza dell'obesità il Programma Nazionale "Guadagnare salute". Rispetto agli altri programmi non dichiaratamente diretti al controllo dell'obesità ma sicuramente in grado di influenzarla, le Regioni sembrano puntare decisamente su due grandi linee di intervento quali l'impiego della carta del rischio cardiovascolare e sull'analisi dei dati del sistema di sorveglianza (Figura 34).

In generale i progetti presenti nei PRP risultano spesso carenti di informazioni sull'applicabilità al contesto regionale e mancano di un'analisi di costo efficacia. Margini di miglioramento sono inoltre evidenti nella promozione della salute sul posto di lavoro, nel coinvolgimento di MMG/PLS e altri enti locali e nel miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione generale.

II PNP 2014-2018:

- 1. Afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società
- 2. Recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale
- 3. Mira a ridurre il carico di malattia, a garantire equità e contrasto alle diseguaglianze e a rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili
- 4. Definisce un numero limitato di (macro) obiettivi comuni prioritari misurabili e i relativi indicatori
- 5. Promuove una sistematica attenzione alla intersettorialità e alla trasversalità degli interventi Investe sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment
- 6. Considera l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente

Il PNP 2014-2018 puntava su programmi di promozione della salute e su strategie basati sull'individuo.

I programmi di promozione della salute, finalizzati a facilitare l'adozione di comportamenti salutari attraverso un approccio multicomponente e intersettoriale che si estende nell'intero ciclo della vita e in tutti i setting, intervengono sulla COMUNITÀ, attivando reti e Comunità

Locali, e sull' AMBIENTE SCOLASTICO, per lo sviluppo di programmi di promozione della salute condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative Le strategie basate sull'individuo invece puntano alla diagnosi precoce, alla modifica degli stili di vita e all'attivazione di interventi trasversali integrati con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, con tre precisi obiettivi:

- Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) o, quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari;
- Offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.);
- Sviluppo di programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche.

Attraverso questi interventi il Ministero della Salute intende avere un quadro ben preciso che partendo dalla promozione della salute arrivi all'assistenza del paziente obeso e garantisca una diagnosi precoce così come percorsi terapeutico-riabilitativi interdisciplinari (articolati su diversi livelli di strutture e servizi che operano in raccordo e continuità). Il tutto consente di avere una rete integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità (19).

Nel contempo, la specificità dell'intervento per il contrasto all' obesità infantile per il Ministero della Salute deve riconoscere:

- un approccio intersettoriale e «life course»
- una maggiore attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici
- una stabile alleanza con il mondo della scuola un'alleanza con il PLS

Il PNP trova nell'articolo 17 del Patto della Salute, firmato da Ministero della Salute e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano il 10 Luglio 2014, una specificità di azione, stabilendo che il 5 per mille della quota vincolata per il PNP, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al PNP medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori (19).

Inoltre, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche e a attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive.

Chiaramente in questo quadro l'obesità rappresenta un'area prioritaria di intervento a livello regionale.

Bibliografia

- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2224–60.
- http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics
- 3. Ng M, Fleming T, Robinson M et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 384: 766–81.
- http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat-italykeyfacts.htm
- http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/
- Atella V, Kopinska J, Medea G, et al. Disease burden and relative health care expenditures associated with overweight and obesity. 2015; in press.
- 7. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Bodymass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Lancet 2008; 371: 569–78.
- 8. Wang YC, McPherson K, Marsh T, et al. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. Lancet 2011; 378: 815–25.
- Mannucci E, Petroni ML, Villanova N et al. Clinical and psychological correlates of health related quality of life in obese patients. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:90.
- Taylor VH, Forhan M, Vigod SN et al. The impact of obesity on quality of life. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013;27:139–146.
- 11. http://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&sqi=2&ved=0CDUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mckinsey.com%2F~%2Fmedia%2Fmckinsey%2Fdotcom%2Finsights%2Feconomic%2520studies%2Fhow%2520the%2520world%2520could%2520better%2520fight%2520obesity%2Fmgi%2520obesity_executive%2520summary_november%25202014.ashx&ei=Tt5AVYbxJ8XaaousgOgB&usg=AFQjCNHgzorG8rJUy7xt0Hrb7ZrxiLo7hQ&bvm=bv.91665533,d.bGQ
- 12. Migliore E, Pagano E, Mirabelli D et al. Hospitalization rates and cost in severe or complicated obesity: an Italian cohort study. BMC Public Health 2013, 13:544.
- Lehnert T, Sonntag D, Konnopka A et al. Economic costs of overweight and obesity. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013; 27:105–115.
- 14. von Lengerke T, Krauth C. Economic costs of adult obesity: A

- review of recent European studies with a focus on subgroupspecific costs. Maturitas 2011;69:220-229.
- Dee A, Kearns K, O'Neill C et al. The direct and indirect costs of both obesity and overweight: a systematic review. BMC Research Notes 2014;7:242.
- 16. "Le strategie nazionali di prevenzione dell'obesità" Daniela Galeone Convegno: 'Stili di vita e stato ponderale dei bambini italiani: i risultati della IV raccolta dati di OKkio alla SALUTE Roma, 21 gennaio 2015, Ministero della Salute.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007.
- 18. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012. Allegato 1: "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012".
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018. Disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- 20. Regione Piemonte. Coordinamento operativo regionale della prevenzione. Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- 21. Regione Liguria. Dipartimento Salute e Servizi Sociali. Settore Prevenzione, Sanità Pubblica e Fasce Deboli. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.
- 22. Regione Lombardia. Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- 23. Provincia Autonoma di Trento. Dipartimento politiche sanitarie. Servizio Organizzazione e qualità delle attività sanitarie. Piano Provinciale di Prevenzione 2010-2012.
- Regione del Veneto. Piano Regionale Prevenzione anni 2010-2012.
- 25. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.
- 26. Regione Emilia-Romagna. Direzione Generale Sanità e Politiche sociali. Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna.
- 27. Regione Toscana. Delibera N.1176 del 28 dicembre 2010. Direzione Generale Diritti Di Cittadinanza E Coesione Sociale. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.
- 28. Regione Marche. Allegato alla deliberazione della Giunta Regionale N.1856 del 23 dicembre 2010. Servizio Salute. Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- 29. Regione Umbria. Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- 30. Regione Lazio. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP).
- 31. Regione Abruzzo. Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012.
- 32. Regione Molise. Allegato alla delibera N.1101 del 30 dicembre 2010. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.
- 33. Regione Campania. Piano Regionale della Prevenzione 2010-
- 34. Regione Basilicata. Piano Regionale della Prevenzione PRP 2010/2012 Regione Basilicata.
- 35. Regione Puglia. Assessorato alle Politiche della Salute. Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 Regione Puglia.
- 36. Regione Calabria. Piano Regionale Prevenzione 2010-2012.
- 37. Regione Siciliana. Assessorato della Salute. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.
- 38. Regione Autonoma della Sardegna. Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Servizio Prevenzione. Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 Regione Sardegna.



Call to Action Italian Barometer Obesity Report

Paolo Sbraccia IBDO Foundation

COMBATTERE

lo stigma legato all'obesità che è causa di bullismo e discriminazione sociale in tutte le fasce di età.

Le persone con obesità debbono essere rispettate e protette da qualsiasi forma di discriminazione.

Industria, media, economia, assicurazioni, aziende, governi debbono impegnarsi nella tutela della dignità individuale e nella piena accettazione sociale;

CONSIDERARE

l'obesità una malattia cronica rilevante ed invalidante, con costi sociali e clinici ingenti e con grave compromissione della qualità di vita dell'individuo. Pertanto l'obesità deve essere trattata con piani terapeutici appropriati e inserita nei LEA, garantendo il pieno accesso alle cure e ai trattamenti;

PROMUOVVERE

da parte del Sistema Nazionale Sanitario la prevenzione primaria come caposaldo irrinunciabile nella lotta all'obesità. Questo deve avvenire attraverso il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale che per primi sono chiamati a informare le persone a rischio, delle gravi complicanze dell'obesità che riducono l'aspettativa e la qualità di vita;

REALIZZARE

una rete organizzata di strutture pubbliche di assistenza ospedaliera, con centri di riferimento composti da team multidisciplinari in grado di soddisfare tutte le esigenze cliniche, psicologiche, nutrizionali, fisioterapiche e chirurgiche delle persone obese;

CONTRASTARE

l'obesità sin dall'età evolutiva attraverso una politica che informi i genitori sulle conseguenze sulla salute dei loro figli e coinvolgendo in questo la scuola, lo sport e tutta la società;

ATTUARE

leggi e interventi normativi nazionali per il contrasto all'obesità, che mettano in atto politiche informative, economiche e sociali per il contrasto reale dell'obesità, includendo la lotta agli ambienti obesogeni;

LAVORARE

insieme per migliorare le conoscenze, la ricerca scientifica e le cure finalizzate alla qualità di vita della persona con obesità. Scienziati, clinici, autorità sanitarie, legislatori, media e pazienti devono essere tutti parte del processo, che, dai fallimenti attuali, possa condurre a successi futuri.



Realizzato da IBDO FOUNDATION IBDO FOUNDATION IBDO FOUNDATION Principiis Obsta