

Health Policy

in Non-communicable disease

Il *burden* of disease dell'obesità in Italia

Authors:

A. Nicolucci
P. Sbraccia
R. Guerra
G. Scalera
P. Pisanti
R. Lauro
M. Carruba
R. Vettor
G. Medea
G. Fatati
S. Leotta
G. Marchesini
K. Vaccaro
R. Crialesi
C. de Waure
V. Atella
F. Spandonaro
S. Frontoni
F. Dotta
M.C. Rossi
A. Poscia
F. Di Nardo
A.M. Ferriero
W. Ricciardi

Health Policy

in Non-communicable diseases

Non-communicable diseases (NCDs) — including cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory diseases, diabetes, and mental health and neurological disorders (such as Alzheimer's disease) — are a major challenge to health and human development in the 21st century. NCDs are the leading cause of death and disability worldwide, accounting for 34.5 million of the 52.8 million deaths in 2010 (65%). With 23 million of these deaths (80%) occurring in the poorest countries, NCDs exact a heavy and growing toll on physical health, economic security, and human development.

Driven in large part by widespread exposure to four common modifiable risk factors across the lifecourse — tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet, and the harmful use of alcohol

— NCDs perpetuate and entrench poverty within households and communities.

This HEALTH POLICY IN NON-COMMUNICABLE provides an analysis of the political, social, economic, epidemiological and clinical impact of the NCDs in the National and Local Health System.

HEALTH POLICY IN NON-COMMUNICABLE is published quarterly

and is freely available online at www.ibdo.it

This publication is also available in English and Italian

Editor in chief:

Walter Ricciardi

Co-editors

Roberto Bernabei

Renato Lauro

Giuseppe Novelli

Editors

Vincenzo Atella

Silvio Brusaferrò

Achille Caputi

Marco Comaschi

Claudio Cricelli

Carlo Favaretti

Antoine Flahault

Bernardino Fantini

Antonio Gasbarrini

Francesco Landi

Carlo Giorda

Ranieri Guerra

Nicola Magnavita

Lorenzo Mantovani

Iveta Nagyova

Antonio Nicolucci

Paola Pisanti

Federico Spandonaro

David Stuckler

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

Anna Maria Ferriero

Managing editor:

Andrea Poscia

editorhpncd@ibdo.it

Diabetes Advisory group:

Massimo Boemi, Graziella Bruno, Salvatore Caputo, Agostino Consoli, Lucio Corsaro,

Pierpaolo De Feo, Chiara De Waure, Paolo Di Bartolo, Francesco Dotta,

Sebastiano Filetti, Simona Frontoni, Francesco Giorgino, Davide Lauro,

Giulio Marchesini, Attilio Martorano, Gerardo Medea,

Giuseppe Paolisso, Chiara Rossi, Paolo Sbraccia,

Layout and printing:

SP gruppo Creativa servizi pubblicitari srl - Via Alberese, 9 - 00149 Roma

Tel. 066571140 Fax 06233216117

All correspondence an advertising:

IBDO FOUNDATION

C/O FASI

Via R. Venuti, 73

00162 Roma

Dir. +39 0697605623

Fax +39 0697605650

Email:

segreteria@ibdo.it

© Copyright ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY FOUNDATION, HEALTH POLICY IN NON-COMMUNICABLE DISEASE All rights reserved. IBDO FOUNDATION encourage contributions of articles on Diabetes peer-review research, editorial processes, ethics, and other items of special interest to our readers.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means without the written prior permission of the ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY FOUNDATION (IBDO FOUNDATION). Requests to reproduce or translate IBDO FOUNDATION publications should be addressed to the President of IBDO FOUNDATION, C/O FASI Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma Dir. +39 0697605623 Fax +39 0697605650

Email: segreteria@ibdo.it; presidenza@ibdo.it

The information in this magazine is for information purposes only.

IBDO FOUNDATION makes no representations or warranties about the accuracy and reliability of any content in the magazine. Any opinions expressed are those of their authors, and do not necessarily represent the views of IBDO FOUNDATION.

IBDO FOUNDATION shall not be liable for any loss or damage in connection with your use of this magazine. Through this magazine, you may link to third-party websites, which are not under IBDO FOUNDATION control. The inclusion of such links does not imply a recommendation or an endorsement by IBDO FOUNDATION of any material, information, products and services advertised on third-party websites, and IBDO FOUNDATION disclaims any liability with regard to your access of such linked websites and use of any products or services advertised there. While some information in HEALTH POLICY IN NON-COMMUNICABLE DISEASE is about medical issues, it is not medical advice and should not be construed as such.

Information for Contributors

- IBDO FOUNDATION EDITOR welcomes contributions on Non-Communicable disease research on peer review, editorial processes, and ethics and other items of interest to the journal's readers.
- Please submit manuscripts as e-mail attachments and include the author's contact information.
- Submit material in the style recommended by Scientific Style and Format, with references in the order of citation.
- Submitted materials are subject to editing by the appropriate editors and copyeditor.

Send submissions and editorial inquiries to IBDO FOUNDATION editorhpncd@ibdo.it

Health Policy

in Non-communicable diseases

Editoriale

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

Prof. Walter Ricciardi

Editor in chief HPNCD

Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità

Prefazione istituzionale

Dott. Ranieri Guerra

Direttore Generale della Prevenzione sanitaria - Ministero della Salute

Premessa scientifica

Prof. Paolo Sbraccia

Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO)

Introduzione metodologica

Dott. Antonio Nicolucci

Coordinatore Data Analysis board IBDO Foundation

Il burden of disease dell'obesità in italia

A. Nicolucci, P. Sbraccia, R. Guerra, G. Scalera, P. Pisanti, R. Lauro, M. Carruba, R. Vettor, G. Medea, G. Fatati, S. Leotta, G. Marchesini, K. Vaccaro, R. Crialesi, C. de Waure, V. Atella, F. Spandonaro, S. Frontoni, F. Dotta, M.C.Rossi, A. Poscia, F. Di Nardo, A.M. Ferriero, W. Ricciardi

Gruppo di lavoro dell'IBDO Foundation in collaborazione con Ministero della Salute- Direzione Generale Prevenzione, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni, ISTAT, Fondazione CENSIS, Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica di Roma, Dipartimento Medicina dei Sistemi Università di Roma Tor Vergata, Dipartimento di Medicina Interna, Scienze Endocrine e Metaboliche e Biochimica, Università di Siena, CEIS Università di Roma Tor Vergata, CREA Sanità Università di Roma Tor Vergata, Società Italiana dell'Obesità, Fondazione ADI, Società Italiana Medicina Generale e Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (CORE)

Il *burden of disease* dell'obesità in Italia

A. Nicolucci, P. Sbraccia, R. Guerra, G. Scalera, P. Pisanti, R. Lauro, M. Carruba, R. Vettor, G. Medea, G. Fatati, S. Leotta, G. Marchesini, K. Vaccaro, R. Crialesi, C. de Waure, V. Atella, F. Spandonaro, S. Frontoni, F. Dotta, M.C. Rossi, A. Poscia, F. Di Nardo, A.M. Ferriero, W. Ricciardi

Gruppo di lavoro dell'IBDO Foundation in collaborazione con Ministero della Salute- Direzione Generale Prevenzione, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni, ISTAT, Fondazione CENSIS, Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica di Roma, Dipartimento Medicina dei Sistemi Università di Roma Tor Vergata, Dipartimento di Medicina Interna, Scienze Endocrine e Metaboliche e Biochimica, Università di Siena, CEIS Università di Roma Tor Vergata, CREA Sanità Università di Roma Tor Vergata, Società Italiana dell'Obesità, Fondazione ADI, Società Italiana Medicina Generale e Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (CORE)

Editoriale

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

“La 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 questo 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.

Prof. Walter Ricciardi

*Editor in chief HPNCD, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica di Roma
Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità*

Prefazione Istituzionale del Ministero della Salute

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale 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 e tumori.

Si stima che il 44% dei casi di diabete tipo 2, il 23% dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori sono attribuibili all'obesità/sovrappeso. In totale, sovrappeso e obesità rappresentano il quinto più importante fattore di rischio per mortalità globale e i decessi attribuibili all'obesità sono almeno 2,8 milioni/anno nel mondo.

In Italia il problema dell'obesità ha una particolare rilevanza soprattutto nella popolazione giovanile in tal senso il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, promosso dal Ministero della Salute - CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), 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.

Il sistema di sorveglianza nazionale raccoglie informazioni sulla variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale dei bambini delle scuole primarie, sugli stili alimentari, l'abitudine all'esercizio fisico e le eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana alimentazione e l'attività fisica.

"OKkio alla SALUTE" ad oggi vanata quattro rilevazioni: nel 2008/9, 2010, 2012 e 2014. La metodologia standardizzata a livello nazionale garantisce la riproducibilità e la confrontabilità dei dati raccolti su stato ponderale, abitudini alimentari, esercizio fisico e sedentarietà dei bambini della terza classe della Scuola primaria e sul contesto scolastico e familiare. Sono stati utilizzati quattro questionari (rivolti a bambini, genitori, insegnanti e dirigenti scolastici) e la rilevazione di peso e statura dei bambini è stata effettuata in classe da personale sanitario formato.

Nel 2014 hanno partecipato 2.672 classi, 48.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le Regioni italiane. I bambini sovrappeso sono il 9,8%, compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2%. Si registrano prevalenze più alte nelle Regioni del sud e del centro; tuttavia, occorre sottolineare che rispetto alle precedenti raccolte dati si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione della prevalenza di obesità/sovrappeso tra i bambini nella fascia di età 8-9 anni (dal 23,2% e 12% nel 2008, al 20,9% e 9,8% nel 2014). Tale risultato è molto incoraggiante se si pensa che sia l'UE che l'OMS hanno indicato l'arresto dell'epidemia come obiettivo primario a cui tendere nei prossimi anni.

La sorveglianza è stata resa possibile, fin dalla prima rilevazione, grazie al coordinamento tra Sistema scolastico e Regioni, all'impegno e alla fattiva collaborazione tra operatori delle Aziende sanitarie, dirigenti scolastici e insegnanti delle classi interessate, con un attivo coinvolgimento

delle famiglie.

In data 21 gennaio 2015 sono stati presentati presso il Ministero della Salute, i risultati della quarta raccolta dati (anno scolastico 2013/2014) che saranno condivisi anche a livello regionale e provinciale per permettere agli operatori scolastici e sanitari di monitorare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e definire, in un'ottica di pianificazione partecipata e condivisa, interventi di prevenzione opportunamente studiati e diretti a target specifici. Istruzione e Salute sono strettamente collegate. La scuola è da tempo riconosciuta ambiente d'elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere della collettività. L'Educazione scolastica può incrementare non solo la prosperità economica di un Paese, ma concorre significativamente a migliorare la salute e il benessere dei Cittadini, ad esempio attraverso la realizzazione di progetti finalizzati all'acquisizione di stili di vita e abitudini salutari. Consolidate evidenze dimostrano come, uno dei metodi più efficaci per incrementare il rendimento scolastico, consista proprio nel favorire corretti stili di vita, incoraggiando una sana alimentazione e incentivando l'attività motoria.

In vari Paesi, il Ministero dell'Istruzione e quello della Salute sviluppano separatamente obiettivi diversificati; al contrario, in Italia esiste da lungo tempo una stretta collaborazione tra i due Dicasteri, in linea con le principali indicazioni internazionali, quali ad esempio la Risoluzione di Vilnius del 2009 e l'International union for Health Promotion and Education- l'UHPE.

Il Sistema di Sorveglianza "OKkio alla Salute", realizzato nel contesto delle Scuole primarie, è un esempio concreto di tale collaborazione, iniziata nel 2007 e tutt'ora in atto.

Il sovrappeso e l'obesità infantile rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative nell'adulto e una sfida rilevante per la sanità pubblica.

La necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale e le abitudini di vita dei bambini è fortemente motivata dalle implicazioni dirette sulla loro salute.

Lo sviluppo di Sistemi di Sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è un elemento centrale nella realizzazione di strategie efficaci di prevenzione e promozione della salute. I Sistemi di Sorveglianza favoriscono la collaborazione in rete degli operatori coinvolti, consentendo di sperimentare e sviluppare modalità di comunicazione rivolte a molteplici interlocutori e facilitando l'integrazione tra le diverse professionalità e i servizi. Si ritiene pertanto opportuno informare tutte le Scuole primarie- oltre a quelle

già inserite nel campione- dei risultati della sorveglianza, anche al fine di aumentare la sensibilità generale ai temi specifici, altresì fornendo utili elementi per lo sviluppo di iniziative e programmi di promozione della salute e consolidando le ottime sinergie già poste in essere tra i Dicasteri dell'Istruzione e della Salute.

Gli stili di vita sono un determinante riconosciuto delle malattie croniche non trasmissibili ed hanno un forte impatto sulla salute. Attraverso programmi (Guadagnare salute) e piani nazionali (Piano Nazionale della Prevenzione) l'Italia ha rafforzato le azioni volte alla promozione di stili di vita sani, sviluppando con un approccio "inter-settoriale", interventi volti a modificare i comportamenti individuali non salutari e a creare condizioni ambientali che favoriscano corretti stili di vita. Sovrappeso e obesità, in particolare per la diffusione tra i bambini, rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. OKkio alla SALUTE è un valido strumento per identificare i problemi, programmare interventi mirati e valutare l'efficacia di quelli attuati.

Dott. Raniero Guerra
Direttore Generale della Prevenzione
Ministero della Salute

Prefazione della Società Italiana dell'Obesità

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? Sì, 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% delle 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. Per tali ragioni la Società Italiana dell'Obesità (SIO) insieme alle 32 nazioni che formano l'EASO "European Association for the Study of Obesity" e alle principali Associazioni europee di pazienti ha presentato, il 6 giugno scorso, presso il Padiglione dell'Unione Europea all'EXPO di Milano, la "2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity", un invito all'azione per riconoscere e trattare l'obesità, vera e propria epidemia in tutte le nazioni europee (<http://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action-on-obesity/>). Ed è veramente tempo di passare dalle politiche di sensibilizzazioni all'azione.

In tal senso questo numero speciale monotematico di "Health Policy in NCDs" sul "Burden of Disease dell'Obesità in Italia" è particolarmente benvenuto.

Prof. Paolo Sbraccia
Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Roma "Tor Vergata" Presidente della Società Italiana dell'Obesità

Note metodologiche

Questo documento ha la finalità di tracciare un quadro del problema obesità in Italia, inquadrandolo nel più ampio panorama Europeo ed internazionale, e di sottolinearne l'impatto in termini clinici, sociali, economici e politici.

L'analisi si basa su una approfondita revisione delle indagini svolte negli ultimi anni nel nostro Paese integrate, laddove necessario, da dati internazionali, ed è frutto di un processo di condivisione, discussione e integrazione dei dati fra i membri del board scientifico.

La fonte informativa principale, per autorevolezza e completezza di informazioni, è senz'altro rappresentata dalle indagini ISTAT sulle condizioni di salute e sugli aspetti della vita quotidiana degli italiani. La periodicità della raccolta delle informazioni, le modalità standardizzate di conduzione delle inchieste e la rappresentatività geografica del campione intervistato consentono infatti una valutazione dei trend sia temporali che geografici. La disponibilità di informazioni riguardo la presenza di cronicità (autoriferite) e di questionari sulla qualità di vita quali l'SF-12, permettono inoltre di valutare l'impatto dell'eccesso ponderale sul versante clinico e sociale. La disponibilità di informazioni dettagliate sullo stato socio-economico consentono infine di approfondire il rapporto fra obesità e disuguaglianze sociali.

Per la valutazione epidemiologica dell'obesità nell'adulto, del suo rapporto con le patologie croniche, e per la stima dei costi sanitari diretti legati all'eccesso ponderale le informazioni principali derivano dai database dei medici di medicina generale, con specifico riferimento allo studio SiSSI. Per i confronti internazionali, la fonte primaria è rappresentata dalle indagini sul Global Burden of Disease, assieme agli approfondimenti prodotti dall'OCSE.

Per quanto riguarda l'obesità infantile, i dati derivano principalmente dal progetto OKkio alla salute, che fornisce informazioni importanti sulla prevalenza di sovrappeso-obesità nei bambini di 8-9 anni, assieme ad una panoramica sugli stili di vita e le abitudini alimentari in età scolare.

A queste fonti principali sono state affiancate di volta in volta analisi svolte per studi specifici, che hanno valutato l'impatto dell'obesità su problemi sociali o economici.

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.

Il lavoro è consistito nella consultazione di tutti i progetti e programmi elencati nei Piani Operativi dei Piani Regionali della Prevenzione. Dalla lettura integrata di tutte le informazioni disponibili emerge un quadro molto attendibile del problema obesità nel nostro Paese e ne sottolinea le sue ripercussioni cliniche, sociali ed economiche, fornendo una base conoscitiva utile per una corretta pianificazione, implementazione e monitoraggio di strategie rivolte a ridurre il fardello dell'eccesso ponderale in tutte le età della vita.

Dott. Antonio Nicolucci

Presidente Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (CORE), coordinatore del board sul Burden of Disease sull'obesità dell'IBDO Foundation

La dimensione del problema

La 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. Si stima che nel 2010 il sovrappeso e l'obesità siano stati responsabili di 3,4 milioni di morti nel mondo, del 4% degli anni di vita persi e del 4% degli anni di vita persi aggiustati per la qualità di vita (1).

In Europa la prevalenza di obesità è triplicata in molti paesi rispetto agli anni '80 e continua a crescere ad un ritmo allarmante, soprattutto fra i bambini. In base a stime recenti dell'OMS, in Europa un cittadino su due è sovrappeso o obeso, mentre uno su cinque è affetto da obesità (2). Fra i bambini di 11 anni, uno su tre risulta in sovrappeso o obeso (2). La prevalenza di eccesso ponderale fra gli uomini al di sopra dei 20 anni supera il 60% in diversi paesi europei, fra i quali Grecia, Regno Unito, Irlanda, Germania, Portogallo, Spagna e Finlandia, mentre l'Italia si attesta su una percentuale di poco inferiore al 60% (3) (figura 1). Fra le donne nella stessa fascia di età la prevalenza supera il 50% in diversi paesi, mentre in questo caso l'Italia risulta fra le nazioni con prevalenza più bassa, di poco al di sopra del 40% (figura 2). Di converso, fra i giovani di sesso maschile al di sotto dei 20 anni l'Italia rappresenta una delle nazioni con prevalenza più elevata (30%), mentre fra le ragazze la percentuale è di poco inferiore al 20% (figure 3 e 4) (3).

Per quanto riguarda i trend temporali, i dati ISTAT documentano fra il 2001 e il 2010 una crescita di circa due milioni del numero di persone in sovrappeso e di oltre un milione per le

Figura 1. Prevalenza di sovrappeso e obesità fra i ragazzi di età inferiore a 20 anni nei Paesi europei (3)

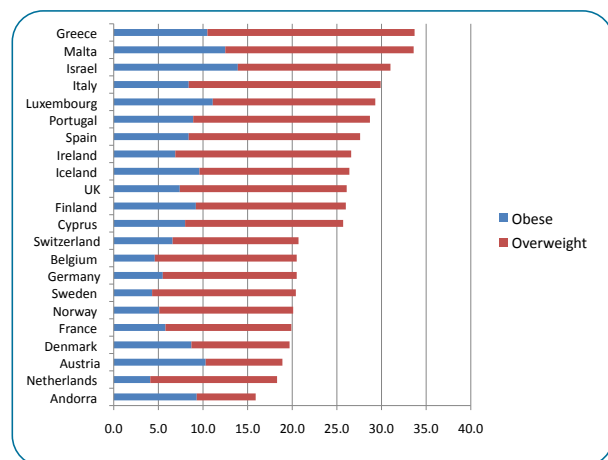
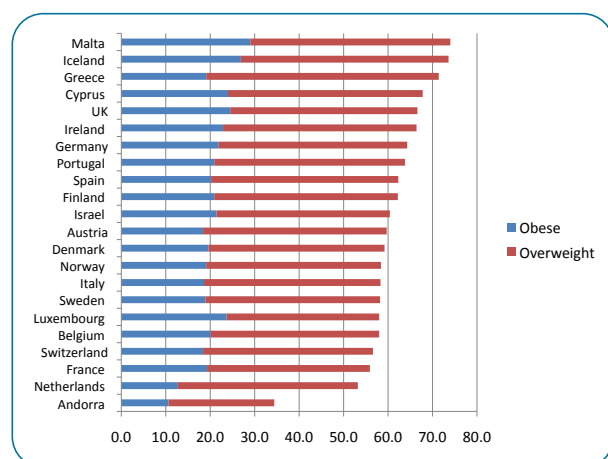


Figura 2. Prevalenza di sovrappeso e obesità fra gli uomini di età ≥20 anni nei Paesi europei (3)



persone francamente obese, per un totale di oltre 27 milioni di persone in eccesso ponderale (figura 5). L'andamento in crescita della prevalenza di obesità nelle diverse aree del nostro Paese è chiaramente evidenziato in figura 6.

I dati più recenti ISTAT, relativi al 2013, evidenziano una più elevata prevalenza di obesità fra i 55 e i 74 anni di età (figura 7). In tutte le fasce di età l'obesità risulta più frequente fra i maschi, salvo che negli ultrasettantacinquenni. Si conferma inoltre una stretta relazione fra basso livello socio-economico e più elevato rischio di eccesso ponderale; utilizzando il grado di scolarità come indicatore di stato socio-economico, si evidenzia una riduzione progressiva del sovrappeso e dell'obesità all'aumentare del titolo di studio (figura 8). Da recenti stime dell'OCSE, l'Italia è uno dei Paesi con più alto indice di disparità so-

Figura 3. Prevalenza di sovrappeso e obesità fra le ragazze di età inferiore a 20 anni nei Paesi europei (3)

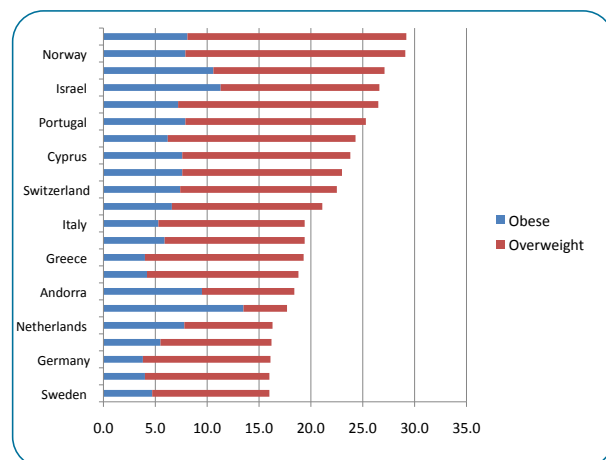


Figura 4. Prevalenza di sovrappeso e obesità fra le donne di età ≥20 anni nei Paesi europei (3).

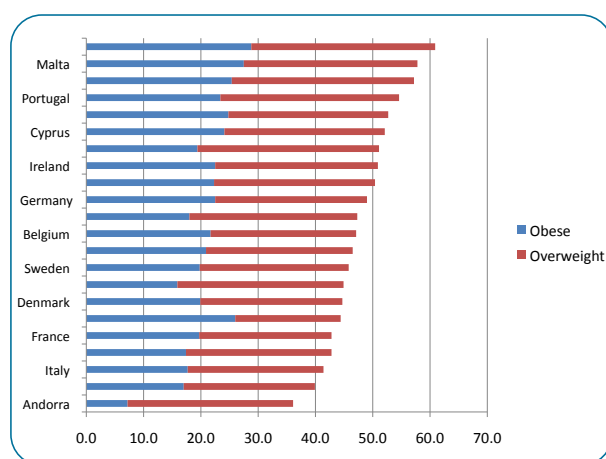


Figura 5. Prevalenza di sovrappeso ed obesità in Italia: trend temporali

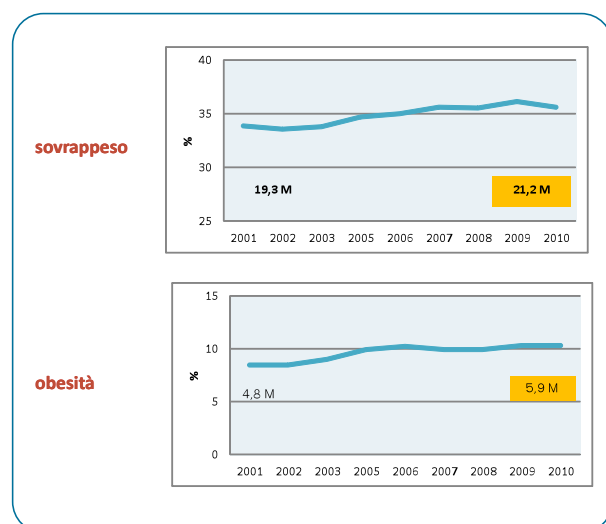


Figura 6. Andamento della prevalenza dell'obesità in Italia: trend temporali nelle diverse aree geografiche

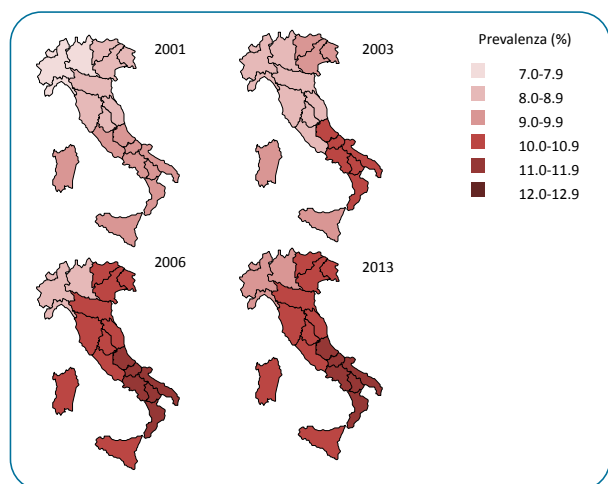


Figura 7. Prevalenza dell'obesità in Italia in base al sesso e alle fasce di età (ISTAT 2013)

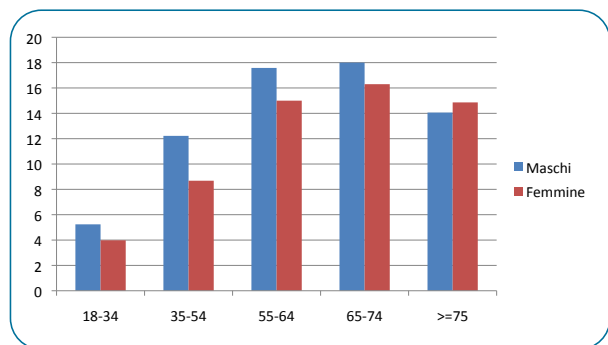


Figura 8. Prevalenza dell'obesità in Italia in base al sesso e alle fasce di età (ISTAT 2013)

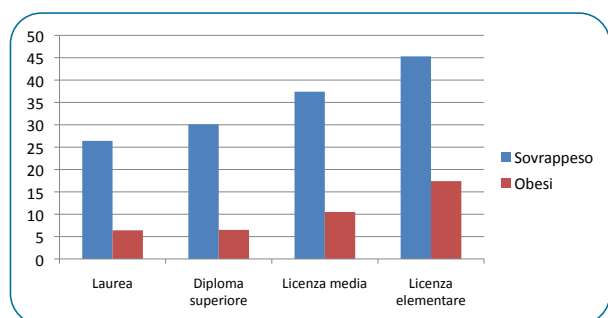
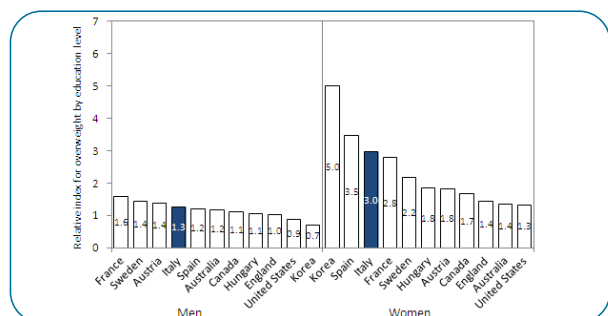


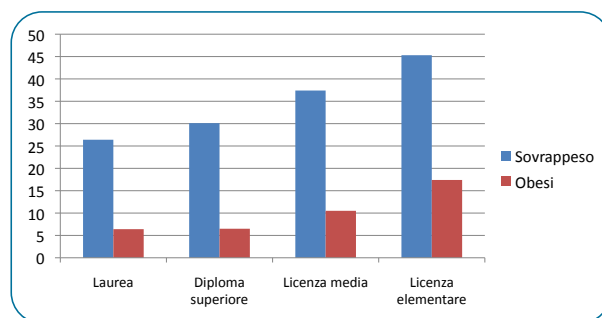
Figura 9. Indice relativo di disuguaglianza per il sovrappeso in base alla scolarità. Dati OCSE.



cioeconomica in relazione all'obesità (4): una donna con basso livello di scolarità presenta un rischio di sovrappeso tre volte maggiore rispetto a una donna con maggiore scolarità (figura 9). Per gli uomini con bassa scolarità l'eccesso di rischio è soltanto del 30%, ma comunque fra i più alti fra i paesi considerati.

Contrariamente al trend in crescita negli adulti, fra i bambini, pur persistendo un quadro di elevatissima prevalenza, si registrano alcuni dati positivi. I recenti risultati del progetto OKkio alla salute, rivolto ai bambini di 8-9 anni di età, mostra un trend in calo della percentuale di bambini in sovrappeso o obesi. Fra il 2008 e il 2014 la prevalenza di sovrappeso si è ridotta dal 23.2% al 20.9%, mentre quella dell'obesità è scesa dal 12.0% al 9.8% (figura 10) (5). Permane un mar-

Figura 10. Trend di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni: OKkio alla Salute



cato gradiente geografico: mentre al nord un bambino su quattro è in eccesso ponderale, al sud ne è affetto oltre un bambino su tre (figura 11). Al miglioramento generale del quadro si associano cambiamenti negli stili di vita. Per quanto riguarda l'alimentazione, OKkio alla salute documenta soprattutto una riduzione della percentuale di bambini che consumano una merenda abbondante e, in misura minore, del consumo di

Figura 11. Bambini di 8-9 anni in sovrappeso e obesi per regione: OKkio alla Salute 2014

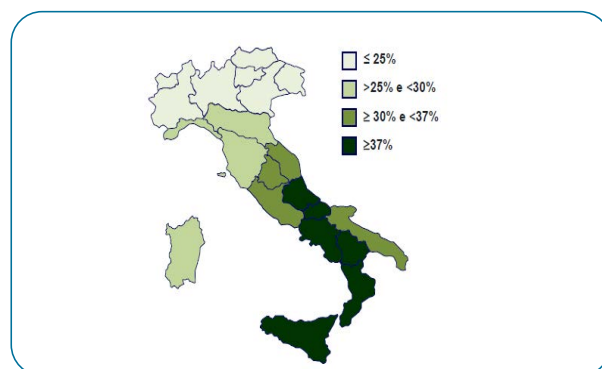
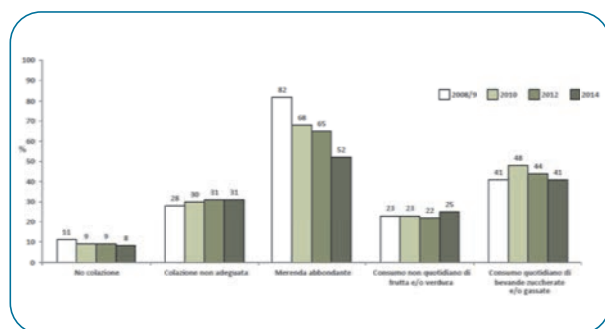
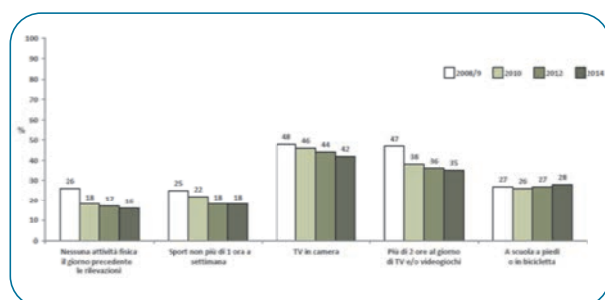


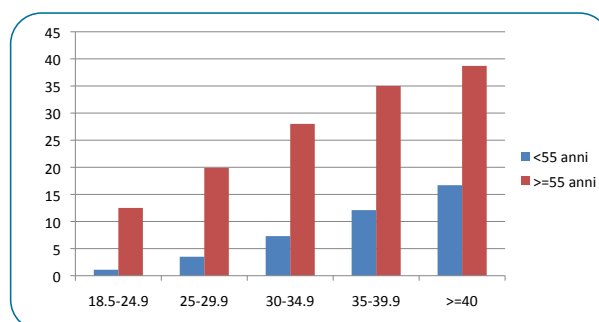
Figura 12. Abitudini alimentari: OKkio alla Salute

bevande zuccherate (figura 12). Si registra inoltre una riduzione della percentuale di bambini inattivi o con bassi livelli di attività fisica e una riduzione della presenza di TV in camera e del tempo trascorso quotidianamente davanti alla TV (figura 13).

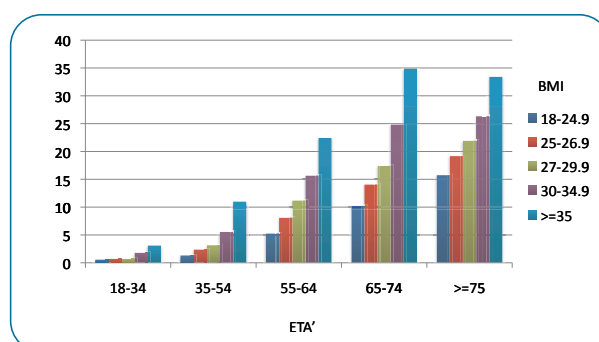
Figura 13. Attività fisica e sedentarietà: OKkio alla Salute

L'impatto clinico dell'obesità

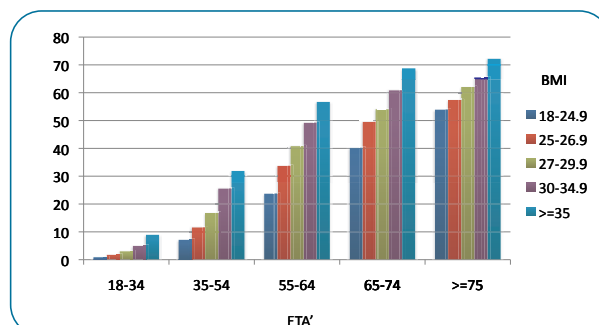
L'obesità è responsabile di un enorme impatto clinico, dovuto principalmente all'aumentato rischio di diabete, malattie cardiovascolari e alcune forme di tumore. L'eccesso ponderale rappresenta la causa principale di diabete di tipo 2, a sua volta associato ad un più elevato rischio di malattie cardiovascolari. Dati relativi agli assistiti dei medici di medicina generale (Progetto SISSI) documentano un trend progressivo di crescita della prevalenza di diabete in relazione al BMI (figura 14) (6). In particolare, sotto i 55 anni di età, la prevalenza di diabete risulta pari all'1.1% nelle persone adulte con BMI fra 18.5 e 25 (normopeso), mentre fra le persone con BMI fra 30 e 35 si raggiunge il 7.3% e fra i grandi obesi (BMI oltre 40) il 16.7%. In altre parole, al di sotto dei 55 anni la presenza di obesità severa aumenta di 16 volte il rischio di avere il diabete. Analogamente, fra le persone con età sopra i 65 anni la prevalenza di diabete passa dal 12.5% fra i normopeso al 38.7% fra i grandi obesi. Ulteriori informazioni derivano dai dati ISTAT 2013, che mostrano in maniera ancora più dettagliata l'im-

Figura 14. Prevalenza di diabete in relazione alle classi di BMI e all'età. (Progetto SISSI; N=557,145)

patto di livelli crescenti di eccesso ponderale sul rischio di diabete (figura 15). In tutte le fasce di età, anche forme meno severe di obesità o il semplice sovrappeso determinano un aumento della prevalenza di diabete; ad esempio, fra i 35 e i 54 anni un BMI fra 25 e 26.9 si associa ad un eccesso di rischio di avere il diabete dell'80% rispetto a un BMI fra 18 e 24.9.

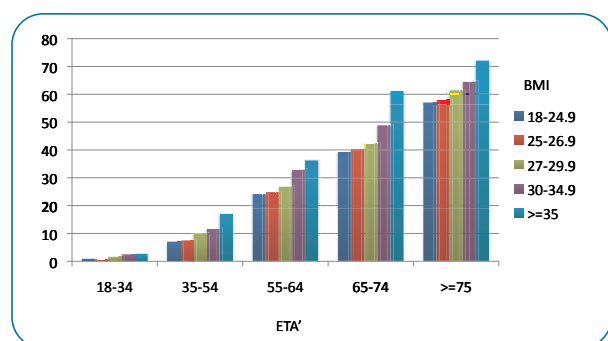
Figura 15. Prevalenza di diabete in relazione al livello di BMI nelle diverse classi di età (ISTAT 2013)

Un trend analogo si riscontra per quanto riguarda la prevalenza di ipertensione: l'impatto dell'eccesso ponderale sul rischio di ipertensione è soprattutto evidente nelle fasce di età più giovane (figura 16).

Figura 16. Prevalenza di ipertensione in relazione al livello di BMI nelle diverse classi di età (ISTAT 2013)

L'associazione fra eccesso ponderale e rischio di tumori è altrettanto importante: per ogni cinque punti in più di indice di massa corporea (BMI), il rischio di tumore esofageo negli uomini aumenta del 52% e quello di tumore al colon del 24%, mentre nelle donne il rischio di tumore endometriale e di quello alla colecisti aumenta del 59% e quello di tumore al seno, nella post-menopausa, del 12% (7). L'eccesso ponderale è anche responsabile di patologie non letali ma altamente disabilitanti e costose, come ad esempio l'osteoartrosi. Nello studio SISSI, la prevalenza di osteoartrosi fra gli ultracinquantacinquenni è pari all'8% fra i normopeso, ma sale al 13% per le persone con BMI di 30-35 e raggiunge il 18% fra i grandi obesi. Analogamente, i dati ISTAT documentano un aumento progressivo delle patologie osteoarticolari al crescere del BMI in tutte le fasce di età; ad esempio, fra i 35 e i 54 anni il rischio di artrosi/artrite è di 2.4 volte maggiore per le persone con BMI di 35 o più rispetto alle persone normopeso (figura 17).

Figura 17. Prevalenza di artrosi/artrite in relazione al livello di BMI nelle diverse classi di età (ISTAT 2013)



Inoltre si stanno rapidamente accumulando evidenze che suggeriscono un legame fra obesità e molteplici condizioni morbose, fra le quali ipertrofia prostatica, infertilità, asma e apnea notturna (8).

Complessivamente, l'obesità rappresenta una delle condizioni associate in misura maggiore con l'aspettativa di vita. In base alle stime dell'OMS, a livello mondiale l'obesità è stata responsabile nel 2010 della perdita di circa 94 milioni di anni di vita aggiustati per disabilità, con un incremento dell'81.5% rispetto al 1990 (1) (figura 18). Mentre nel 1990 l'eccesso ponderale rappresentava la decima causa di perdita di anni di vita aggiustati per disabilità, nel 2010 l'obesità è salita al sesto posto a livello mondiale, ma occupa il terzo posto nell'Europa occidentale e centrale e il primo nell'Europa orientale. In particolare, il 24% degli anni di vita aggiustati per disabilità

Figura 18. Anni di vita persi a livello mondiale, aggiustati per disabilità, attribuibili a diversi fattori di rischio (1)

Fattore di rischio	Maschi incremento % 2010-1990	Femmine incremento % 2010-1990	Totale incremento % 2010-1990	Milioni di anni di vita persi nel 2010
Eccesso di peso	90,3	73,1	81,5	93,6
Elevati livelli di glicemia a digiuno	62,9	52,3	57,9	89,0
Elevati livelli di colesterolo totale	2,9	4,2	3,5	40,9
Elevati valori pressori	36,2	15,8	26,7	173,6
Fumo	24,3	8,6	20,4	136,9
Consumo di alcool	33,9	25,8	31,9	97,2

persi a causa di cardiopatia ischemica è attribuibile all'eccesso ponderale (1).

L'impatto sociale dell'obesità

La presenza di multiple comorbidità e disabilità determina un impatto negativo dell'obesità su diverse dimensioni della qualità della vita, quali la funzionalità fisica, il benessere psicologico e la funzionalità sociale. Un quadro molto chiaro dell'impatto dell'eccesso ponderale su diverse aree della qualità di vita emerge dallo studio QUOVADIS, condotto in Italia su un campione di circa 1900 persone obese afferenti ai centri per l'obesità (9). Lo studio ha documentato come al crescere dei livelli di BMI corrisponda un progressivo incremento della percentuale di soggetti con livelli da moderati a severi di distress, un aumento del burden percepito, e una riduzione significativa delle misure di benessere fisico e psicologico (figura 19). Nella popolazione gene-

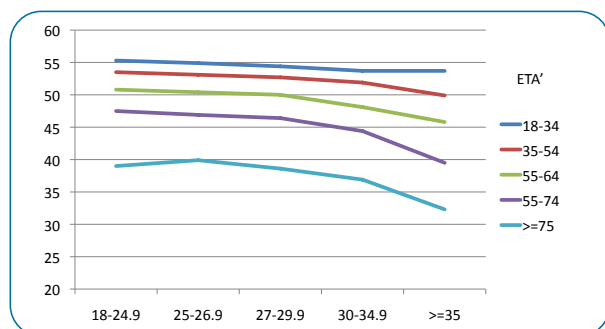
Figura 19. Prevalenza di artrosi/artrite in relazione al livello di BMI nelle diverse classi di età (ISTAT 2013)

	Class I Obesity ^a n = 723	Class II Obesity n = 529	Class III Obesity n = 684	P ^b
OWAS-97	41.3 ± 25.7	50.0 ± 28.3	58.5 ± 28.4	< 0.001
Short Form-36				
Physical Functioning	76.8 ± 19.5	70.5 ± 21.5	57.1 ± 24.4	< 0.001
Role physical	68.6 ± 35.6	60.3 ± 39.4	51.4 ± 39.9	< 0.001
Bodily pain	64.7 ± 26.7	61.2 ± 27.7	52.8 ± 27.9	< 0.001
General health	61.1 ± 20.9	57.8 ± 20.5	50.3 ± 21.6	< 0.001
Vitality	53.4 ± 19.7	51.2 ± 20.4	47.2 ± 22.0	< 0.001
Role Emotional	65.0 ± 38.5	59.8 ± 39.7	56.4 ± 40.2	< 0.001
Mental health	61.2 ± 21.2	60.8 ± 20.6	58.9 ± 21.1	< 0.001
Social functioning	68.4 ± 24.8	65.5 ± 25.2	61.6 ± 26.9	< 0.001
Psychological General Well-Being				
Depressed mood	11.9 ± 2.6	11.5 ± 2.7	11.0 ± 3.2	0.002
Anxiety	15.9 ± 4.9	15.4 ± 5.1	14.9 ± 5.3	< 0.001
Positive well-being	106 ± 3.8	102 ± 3.9	98 ± 4.0	< 0.001
Self-control	11.3 ± 3.1	10.7 ± 3.2	10.3 ± 3.5	< 0.001
General health	105 ± 2.7	99 ± 2.8	89 ± 2.9	< 0.001
Vitality	11.8 ± 3.9	11.3 ± 4.0	10.5 ± 4.0	< 0.001
Global index	71.8 ± 17.3	68.9 ± 18.3	65.3 ± 19.6	< 0.001

Data are reported as means ± SD.
^a For ranges of obesity classes, see Table 1.
^b Kruskal-Wallis test

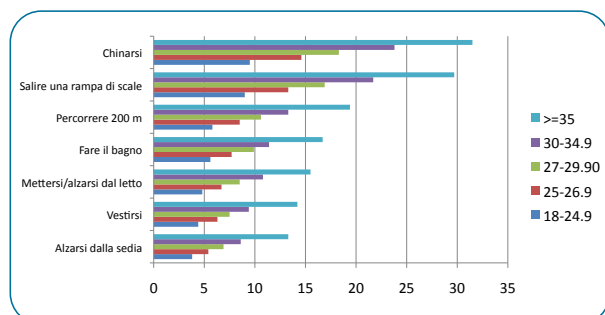
rale, l'impatto dell'obesità sulla qualità della vita è stato valutato nell'indagine ISTAT 2013. I dati documentano in tutte le fasce di età un progressivo declino della funzionalità fisica al crescere dei livelli di obesità (figura 20). L'eccesso ponde-

Figura 20. Andamento dei punteggi di funzionalità fisica (SF-12) per fascia di età e classe di BMI (elaborazioni basate su dati ISTAT 2013)



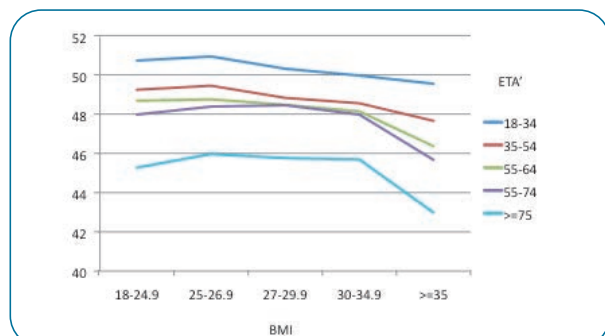
rale è infatti responsabile di disabilità e di difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Sempre dai dati ISTAT 2013, si evidenzia una crescita progressiva della percentuale di soggetti che riportano difficoltà funzionali in diverse aree al crescere del peso corporeo (figura 21). E' da evidenziare come l'aumentata preva-

Figura 21. Percentuale di soggetti che riferiscono limitazioni in diverse aree funzionali per classe di BMI (ISTAT 2013)



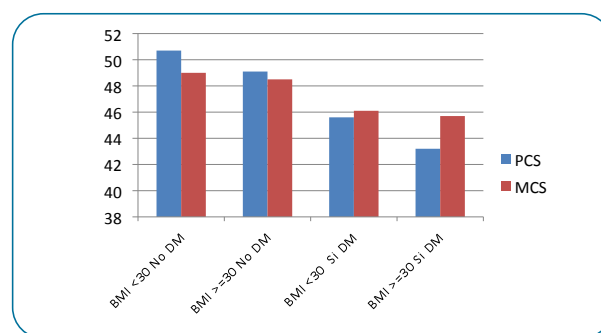
lenza di disabilità sia riscontrabile anche per i gradi meno severi di eccesso ponderale. Nella popolazione generale, anche il benessere psicologico si riduce significativamente all'aumentare del livello di eccesso ponderale (figura 22). Tale trend

Figura 22. Andamento dei punteggi benessere psicologico (SF-12) per fascia di età e classe di BMI (elaborazioni basate su dati ISTAT 2013)



è riscontrabile in tutte le fasce di età. La presenza concomitante di obesità e diabete ha un effetto ancora più marcato sul benessere fisico e psicologico, come evidenziato in figura 23.

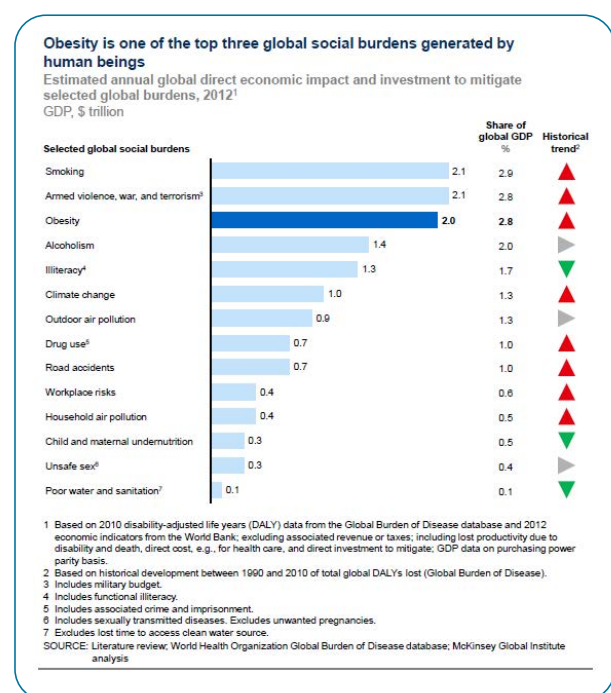
Figura 23. Andamento dei punteggi riassuntivi di benessere fisico (PCS) e psicologico (MCS) della scala SF-12, in relazione alla presenza di obesità e diabete. Dati aggiustati per età e sesso (Elaborazioni su dati ISTAT 2013)



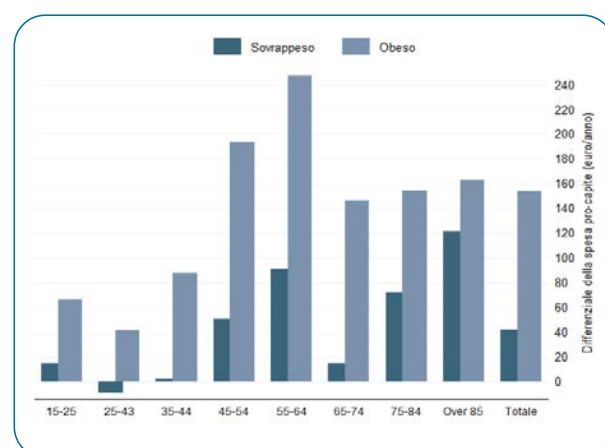
Per quanto riguarda l'impatto dell'obesità sulla qualità di vita in età infantile e adolescenziale, nonostante la rapida crescita del fenomeno pochi studi a livello internazionale hanno valutato questa problematica. I dati esistenti documentano tuttavia come l'obesità sia associata ad una peggiore percezione della qualità della vita, a più frequente depressione e a minore autostima (10). Problemi di discriminazione e pregiudizi sono stati inoltre più volte descritti sia in età prescolare che in età scolare (10).

L'impatto economico dell'obesità

Da una recente analisi eseguita da McKinsey & Company sulla base dei dati dell'OMS, 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 immutato, nel 2030 circa la metà delle persone nel mondo avrà un eccesso ponderale (11). 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. Grosso modo, l'impatto economico dell'obesità è sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta e a quello di tutte le guerre, atti di violenza armata e di terrorismo (figura 24).

Figura 24. I fattori con maggiore impatto sociale ed economico (11)

L'obesità è responsabile sia di importanti costi diretti, in larga parte attribuibili ai trattamenti e alle ospedalizzazioni per le condizioni associate (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, ecc.), sia di costi indiretti, legati a perdita di produttività per malattia e per mortalità precoce. In Italia, i dati più recenti riguardo i costi dell'obesità sono stati derivati nell'ambito del progetto SiSSI, svolto con i database della medicina generale (6). Lo studio stima che l'eccesso ponderale sia responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale, per un totale di circa 4.5 miliardi di euro nel 2012. Lo studio ha documentato come la spesa sanitaria sia, rispetto a individui normopeso, del 3% più alta nei sovrappeso (BMI fra 25 e 29.9), del 18% più alta negli obesi (BMI fra 30 e 34.9), del 41% più alta negli obesi severi (BMI fra 35 e 39.9) e del 50% più alta negli obesi molto severi (BMI di 40 o più). Percentualmente, il costo incrementale maggiore attribuibile all'obesità è riscontrato nella fascia di età fra i 45 e i 64 anni (+10%, +27%, +52% e +68% per le quattro classi crescenti di eccesso ponderale rispetto ai normopeso) (figura 25). In termini assoluti, un obeso severo/molto severo costa 450-550 euro in più all'anno rispetto a una persona normopeso. La maggior parte della spesa è da attribuire ai ricoveri in ospedale; ad esempio, su un costo totale annuo di circa 1640 euro per un obeso molto severo, il 41% è dovuto a spese extraospedaliere (farmaci, prestazioni ambulatorio-)

Figura 25. Differenziali della spesa pro-capite rispetto alla classe normopeso per età e BMI – 2009 (6).

riali), mentre il restante 59% è dovuto a ricoveri in ospedale. In termini di costi, è tuttavia importante sottolineare come l'impatto maggiore sia determinato dai gradi meno severi di obesità e dal sovrappeso. Infatti, pur essendo i costi incrementali apparentemente modesti, se moltiplicati per il numero enorme di persone affette si trasformano in cifre assolutamente ingenti. Ad esempio, il costo incrementale medio per una persona in sovrappeso rispetto ad una normopeso è di "soli" 37.4 Euro all'anno. Se tuttavia consideriamo che il numero di persone in sovrappeso in Italia è di oltre 21 milioni, l'eccesso di spesa sanitaria per queste persone ammonta a oltre 780 milioni di euro l'anno. Lo studio di Atella e collaboratori (6) ha inoltre permesso di valutare quali siano i maggiori determinanti dei costi sanitari. Come documentato in figura 26, il maggiore contributo è determinato in tutte le fasce di età dalla presenza di diabete ed ipertensione. Una quota dei costi è

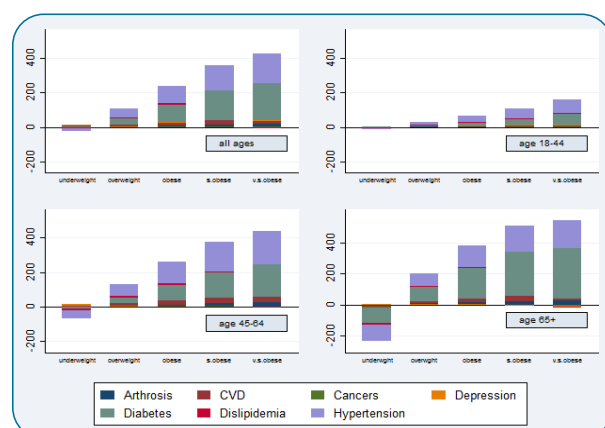
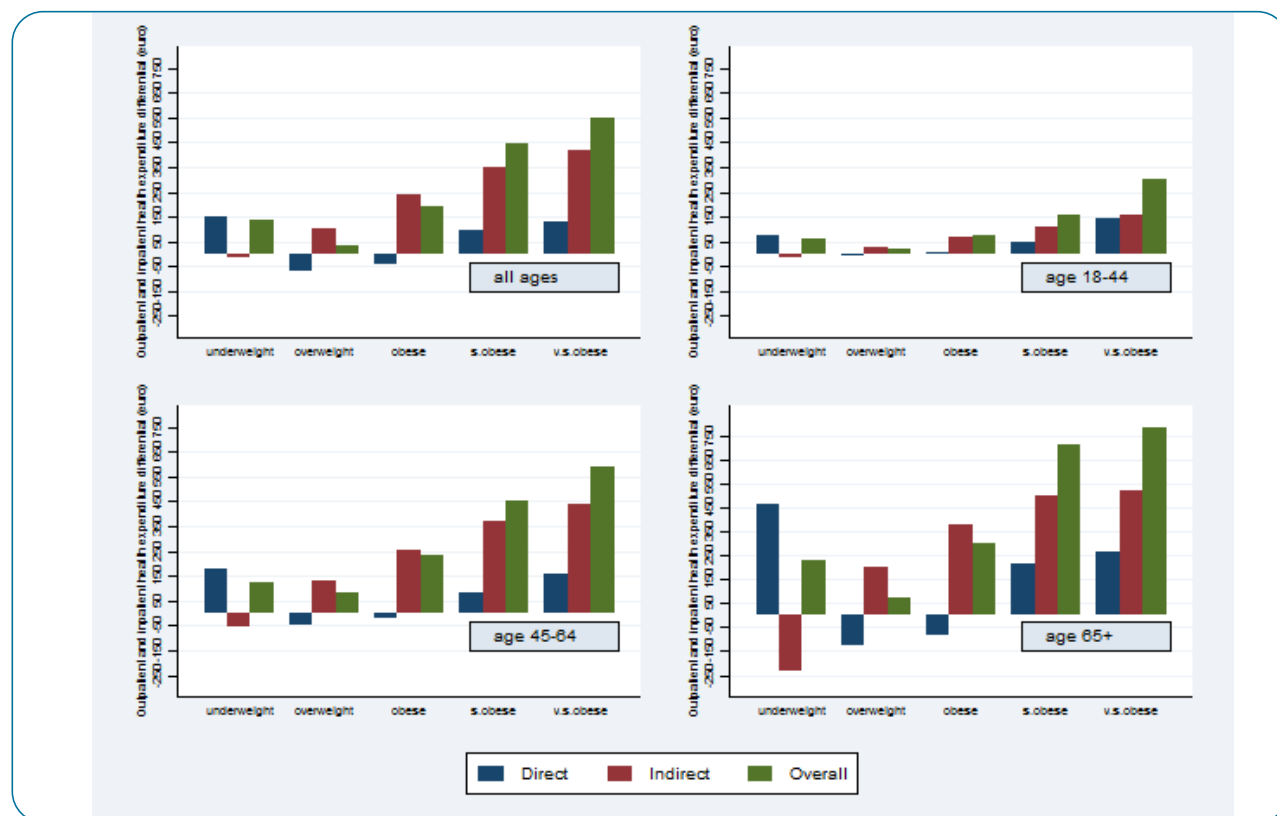
Figura 26. Scomposizione dei costi sanitari totali in base al tipo di patologia, all'età e alla classe di BMI, rispetto alle persone in normopeso (euro/anno) (6).

Figura 27. Scomposizione dei costi sanitari totali in costi direttamente attribuibili all'eccesso ponderale, costi attribuibili alle patologie associate (indiretti) e costi complessivi, in base all'età e alla classe di BMI, rispetto alle persone in normopeso (euro/anno) (6).



tuttavia attribuibile all'eccesso ponderale di per sé, avendo sottratto tutti i costi imputabili alle patologie associate. Tali costi “diretti” sono evidenti soprattutto per gradi severi o molto severi di obesità (figura 27).

Ulteriori informazioni riguardanti le ospedalizzazioni derivano da uno studio che ha messo a confronto i tassi e i costi delle ospedalizzazioni per persone con BMI di 30 o più, rispetto a quelli della popolazione generale (12). Lo studio ha evidenziato un rischio di ospedalizzazione tre volte maggiore per le persone obese rispetto alla popolazione generale. L'analisi delle specifiche cause di ricovero ha messo in luce un marcato eccesso di rischio di ricovero per ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, malattie respiratorie, malattie muscolo scheletriche, problemi psichiatrici e alcune fra le forme più comuni di tumore (colon-retto, mammella) (figura 28). In pratica, una percentuale elevata di ricoveri per queste cause, spesso oltre l'80%, è attribuibile all'obesità. Il costo medio annuo per ricoveri in ospedale è risultato pari a circa 3140 euro per gli uomini con BMI <40 e di 3660 per quelli con BMI ≥40; per le donne, gli importi erano di 2830 e 3390 euro, rispettivamente. Oltre ai costi sanitari diretti, l'eccesso ponderale

Figura 28. . Rischio di ricovero per specifiche cause nelle persone obese rispetto a quelle normopeso e percentuali di ricoveri attribuibili all'obesità (12)

Causa del ricovero	Maschi		Femmine	
	Rischio per gli obesi rispetto alla popolazione generale	% dei ricoveri attribuibili all'obesità	Rischio per gli obesi rispetto alla popolazione generale	% dei ricoveri attribuibili all'obesità
Iipertensione	5.4	81%	5.4	81%
Cardiopatia ischemica	2.8	64%	2.4	59%
Scompenso cardiaco	9.1	89%	4.8	79%
Polmonite o influenza	1.9	46%	2.0	49%
Bronchite cronica	7.3	86%	7.5	87%
Asma	3.7	73%	4.3	77%
Tumori del colon-retto	1.3	25%	1.5	35%
Tumori mammari	-	-	1.1	12%
Patologie dell'apparato muscolo-scheletrico	2.6	62%	3.8	74%
Patologie psichiatriche	5.0	80%	6.8	85%

è anche causa di ingenti costi indiretti, legati alla perdita di produttività, all'assenteismo e alla mortalità precoce (13-15). Una recente revisione sistematica degli studi che hanno indagato questi aspetti ha evidenziato come i costi indiretti ammontino a circa il 50-60% dei costi totali (15). Applicando queste stime all'Italia, e considerando che i costi diretti annuali ammontano a circa 4.5 miliardi di euro (6), i costi totali superano i 9 miliardi di euro l'anno.

Come è possibile ridurre il fardello economico legato all'eccesso ponderale? L'OCSE ha valutato per la realtà italiana l'impatto in termini di anni di vita e di anni di vita in buona salute guadagnati e il rapporto costo efficacia di una serie di strategie per combattere l'obesità (4). L'analisi rivela che tutti gli interventi sono efficaci (figura 29), sebbene solo alcuni siano costo-efficaci sul breve periodo. In particolare, considerando un costo incrementale di 35.000 euro per anno di vita guadagnato aggiustato per qualità come limite per definire un intervento costo-efficace, le misure fiscali, l'etichettatura dei prodotti alimentari e gli interventi educativi da parte di personale medico e dei dietisti rappresentano gli interventi più costo-efficaci in un arco temporale di 10 anni (figura 30).

Figura 29. Anni di vita guadagnati e anni di vita in buona salute guadagnati in un anno con diversi interventi per combattere l'obesità (4).

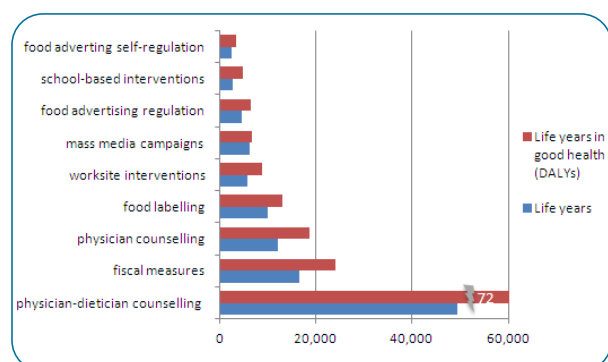
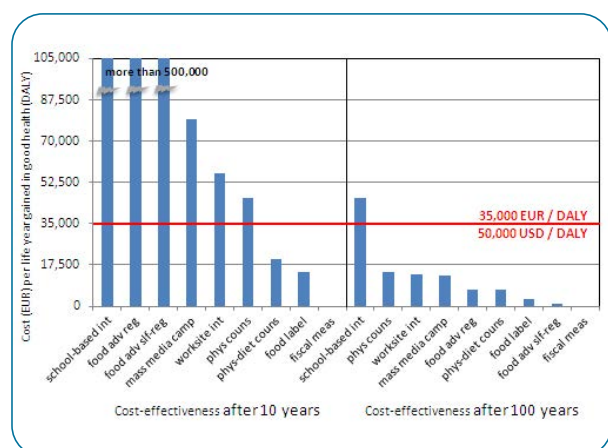


Figura 30. Costo per anno di vita in buona salute guadagnato con diversi interventi per combattere l'obesità (4).



Gli interventi di politica-sanitaria

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	6	1. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 2. Promozione dell'attività motoria a scuola 3. Promozione dell'attività motoria in ambiente di lavoro 4. Promozione dell'attività motoria in soggetti con diminuite capacità funzionali

Segue ➡

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
			5. Miglioramento dell'offerta alimentare in ristorazione collettiva 6. Guadagnare salute
Liguria (21)	11/40	4	1. Promozione di alimentazione sana ed attività fisica nelle scuole e in altri enti locali (4 interventi)
Lombardia (22)	5/23	2	1. Campagne pubblicitarie di promozione di alimentazione sana ed attività fisica 2. 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
Veneto (24)	11/71	7	1. Sistema di sorveglianza nutrizionale 2. Promozione attività fisica e dieta sana a scuola 3. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 4. Miglioramento offerta alimentare in ristorazione collettiva 5. Consulenze dietetico-nutrizionali individuali per soggetti ad aumentato rischio CV 6. Promozione attività fisica per gli anziani 7. Guadagnare salute
Friuli Venezia Giulia (25)	4/19	3	1. Coinvolgimento di PLS e asili nido nella promozione di attività fisica e dieta sana 2. Coinvolgimento dei MMG nella promozione di attività fisica e dieta sana (2 interventi)
Emilia-Romagna (26)	5/55	4	1. Promozione dell'allattamento al seno e miglioramento offerta alimentare in ristorazione scolastica 2. Promozione dell'utilizzo delle scale negli edifici pubblici 3. Prescrizione attività fisica 4. Coinvolgimento di PLS nella sorveglianza e nella promozione di attività fisica e dieta sana
Toscana (27)	8/49	5	1. Miglioramento offerta alimentare in ristorazione generale 2. Promozione dell'attività fisica a scuola 3. Prescrizione attività fisica (2 interventi) 4. Guadagnare salute

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
Marche (28)	6/30	4	1. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 2. Promozione di una sana alimentazione a scuola 3. Promozione dell'attività fisica per gli anziani 4. Guadagnare salute
Umbria (29)	6/27	3	1. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 2. Promozione dell'attività motoria e di una dieta sana in ambiente di lavoro 3. Guadagnare salute
Lazio (30)	5/22	1	1. Promozione di una dieta sana a scuola
Abruzzo (31)	4/21	2	1. Promozione dell'attività fisica a scuola 2. Promozione di una dieta sana a scuola
Molise (32)	5/31	1	1. Promozione attività fisica per gli anziani
Campania (33)	9/42	5	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	1. Allattamento al seno per prevenzione dell'obesità 2. Formazione dei genitori specifica per la prevenzione dell'obesità 3. Promozione dell'attività fisica e di una dieta sana a scuola
Puglia (35)	11/39	3	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 per soggetti in età scolare/prescolare 3. 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

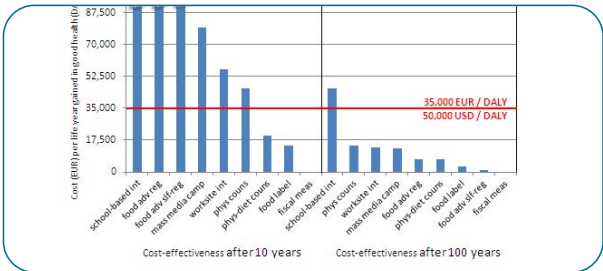
Segue ➡➡

Regione	Interventi ritenuti in grado di incidere sull'obesità rispetto al numero totale di interventi intrapresi	Interventi dichiaratamente contro l'obesità	Interventi/Programmi/Note
			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	1. Promozione di una dieta sana per soggetti ad aumentato rischio CV 2. Promozione dell'attività fisica per soggetti ad aumentato rischio CV 3. Promozione dell'attività fisica a scuola

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

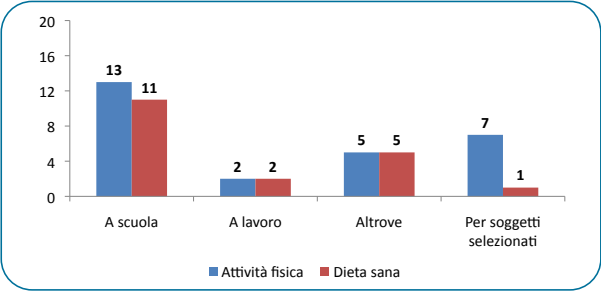
Tutte le regioni italiane analizzate hanno adottato almeno un intervento dichiaratamente mirato al controllo dell'obesità, ma si evidenzia nel contempo una grande eterogeneità tra le varie Regioni e Province Autonome (Figura 32). Si evince

Figura 32. Tipologia di interventi e programmi dichiaratamente mirati al controllo dell'obesità: numero di Regioni che li adottano



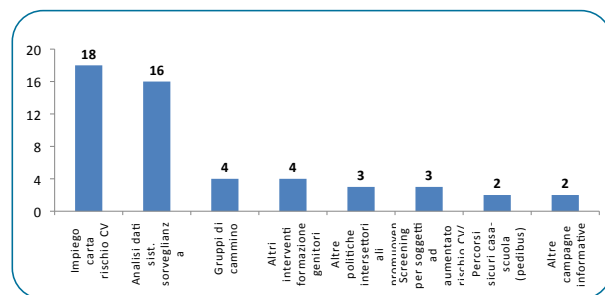
un largo impiego della promozione della salute nelle scuole su tutto il territorio Nazionale e dell'allattamento al seno soprattutto al Sud; la promozione dell'attività fisica ha luogo principalmente nella scuola (Figura 33). Solo quattro Regioni hanno inserito nei PRP interventi di miglioramento dell'offerta alimentare, di cui tre riguardanti la ristorazione collettiva e una quella generale. Solo tre Regioni hanno previsto

Figura 33. Numero di Regioni che adottano interventi di promozione dell'attività fisica e di una dieta sana per setting e target



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

Figura 34. Numero di Regioni che adottano altri interventi e programmi non dichiaratamente mirati al controllo dell'obesità ma che potrebbero ridurre la prevalenza



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.

Il nuovo PNP 2014-2018 (19):

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 disuguaglianze 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
6. Investe sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment
7. Considera l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente

Il PNP 2014-2018 punta su *programmi di promozione della salute* e su *strategie basate 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 (19). 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

1. 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.
2. <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.
4. <http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfittofat-italykeyfacts.htm>
5. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
6. 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 RE, Zwahlen M. Body-mass 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.
9. 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.
10. 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%2Fmg%2520obesity_executive%2520summary_november%25202014.ashx&ei=Tt5AVYbxJ8XaousgOgB&usq=AFQjCNHgZorG8rIUy7xt0Hrb7ZrxILo7hQ&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.
13. 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 subgroup-specific costs. *Maturitas* 2011;69:220–229.
15. 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.
17. 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”.
19. 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.
24. 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 2010–2012.
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.

Pubblicazione in attesa di registrazione



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



Principiis Obsta

FOUNDATION