

Obesity Monitor

L'**OBESITÀ** IN **ITALIA:** È TEMPO DI **AGIRE**

HELP!

4TH ITALIAN OBESITY
BAROMETER REPORT
2022

A CURA: IBDO FOUNDATION;
ISTAT; CORESEARCH; BHAVE

EDITORS: PAOLO SBRACCIA,
ROBERTA CRIALESI, LUCIO CORSARO,
ANTONIO NICOLUCCI, FEDERICO SERRA

IBDO FOUNDATION



Principiis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

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

**4TH ITALIAN OBESITY
BAROMETER REPORT
2022**



Autori:

**A. Avogaro
C. Blangiardo
E. Bologna
L. Bonfanti
S. Brusaferrò
A. Burgio
L. Busetto
A. Colao
A. Consoli
L. Corsaro
R. Crialesi
G. Di Cianni
G. Fatati
L. Gragiulo
L. Iannucci
R. Lauro
A. Lenzi
G. Medea
A. Nicolucci
R. Pella
M. Salerno
P. Sbraccia
D. Sbröllini
F. Serra
G. Vaccaro
L. Trivellato
I. Zani
M.A. Zappa**



Indice

EDITORIALE

Renato Lauro, Andrea Lenzi, Paolo Sbraccia

CONTRIBUTI ISTITUZIONALI

PREFAZIONE INTERGRUPPO PARLAMENTARE OBESITA' E DIABETE

Daniela Sbröllini, Roberto Pella

PREFAZIONE ISTAT

Carlo Blangiardo

PREFAZIONE ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Silvio Brusaferrò

IL PUNTO DI VISTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E DEI NETWORK

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

Graziano Di Cianni

ITALIAN OBESITY NETWORK IO-NET

Giuseppe Fatati

FONDAZIONE RICERCA E DIABETE SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA

Agostino Consoli

SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA

Angelo Avogaro

OBESITY POLICY ENGAGEMENT NETWORK – OPEN ITALY

Andrea Lenzi

SOCIETÀ ITALIANA DELL'OBESITA' - SIO

Luca Busetto

SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA DELL'OBESITA' E DELLE MALATTIE METABOLICHE - SICOB

Marco Antonio Zappa

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA – ADI

Antonio Caretto

SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOCRINOLOGIA - SIE

Annamaria Colao

SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICA - SIEDP

Mariacarolina Salerno

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE - SIMG

Claudio Cricelli, Gerardo Medea

INTRODUZIONE E NOTA METODOLOGICA

Paolo Sbraccia, Roberta Crialesi, Antonio Nicolucci

LE SFIDE DI POLICY

Federico Serra

L'OBESITÀ IN ITALIA

Emanuela Bologna, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi, Lidia Gragiulo, Laura Iannucci

DATI REGIONALI SULL'OBESITÀ

Roberta Crialesi, Antinio Nicolucci

OBESITÀ E COVID 19: UN'ANALISI SULLA VULNERABILITÀ E LA RIDOTTA ASSISTENZA DELLA PERSONA CON OBESITÀ

Antonio Nicolucci

OBESITY MONITOR 2021: LE ASPETTATIVE DELLA PERSONA CON OBESITÀ

Lucio Corsaro, Gianluca Vaccaro e Lorena Trivellato

COMMENTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

AMICI OBESI

Iris Zani

EDITORS E COAUTORI

PROMOTORI E PARTNERS

INFOGRAFICA L'OBESITÀ IN ITALIA

Editoriale



Renato Lauro
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Presidente di IBDO Foundation



Andrea Lenzi
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Presidente CNBBSV della Presidenza del Consiglio dei Ministri Vergata



Giuseppe Novelli
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Direttore della U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica del Policlinico Universitario di Tor Vergata



Paolo Sbraccia
Presidente IBDO Foundation Vice Presidente Vicario IBDO Foundation, Editor in chief Obesity, Monitor, Coordinatore IBDO Obesity 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? Sì, se non verranno attuate presto efficaci politiche di contrasto al dilagare del sovrappeso e dell'obesità.

L'urgenza di trovare soluzioni di politica sanitaria e di governance clinica, in grado di dare risposte alle persone con obesità e ormai indifferibile.

Dati pubblicati da BMJ ci indicano come l'obesità ha un impatto specifico e di portata considerevole sul PIL, che finisce per pesare sull'economia del paese, in termini di crescita e di benessere sociale. I problemi correlati si riflettono sulla salute in generale, sui casi di assenteismo dal lavoro, sulla produttività, impattando sui bilanci economici delle famiglie e della spesa pubblica e sanitaria. E allora appare miope non affrontare l'obesità come malattia, perché questo negare la natura stessa confinandola tra le condizioni e le colpe individuali, non fa altro che aggravare il quadro economico, sociale e clinico per le persone con 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 complessa e multifattoriale, al cui sviluppo concorrono sia fattori ambientali che genetici (con geni comuni a diverse ma-

lattie che conferiscono una suscettibilità generale al fenotipo, e loci specifici, che causano fenotipi particolari di malattia confinati a particolari organi o sistemi fisiologici). 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.

In tal senso IBDO Foundation quest'anno ha voluto continuare ad avere un focus specifico sull'obesità attraverso questo report realizzato in collaborazione con ISTAT, CO-RESEARCH e BHAVE, che raccoglie i dati che evidenziano come l'obesità deve essere studiata ed affrontata in ma-

niera sinergica, documentale e con evidenza scientifica. 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, che non deve essere ignorata e non avere un posto tra le priorità sanitarie di questo Paese.



*Contributi
Istituzionali*



Prefazioni



Sen. Daniela Sbrollini
*Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità e Diabete"*



On. Roberto Pella
*Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità e Diabete"*

L'obesità rappresenta oggi una questione rilevantissima, e come tale prioritaria, di Salute Pubblica e di sostenibilità della spesa per i servizi sanitari nazionali di tutto il mondo, incluso quello italiano secondo cui si stima che, tra gli adulti, circa il 46,2 per cento della popolazione sia in sovrappeso o in condizione di obesità e che tale condizione riguardi due milioni e duecentomila bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni implicando il 9 per cento della spesa sanitaria nazionale e una riduzione del 2,8 per cento del PIL.

Il contrasto e la prevenzione dell'obesità, in ogni sua sfaccettatura, rappresentano obiettivi primari dell'attività dell'Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete", che ho l'onore di presiedere anche in questa XIX Legislatura e che vede coinvolti numerosi parlamentari di Camera e Senato espressione di tutti i gruppi politici dell'arco costituzionale.

Come questo Report ci dimostra, l'obesità riflette e si accompagna a un tema più vasto, quello legato alle disuguaglianze, innestandosi in un vero e proprio circolo vizioso che coinvolge gli individui e i nuclei famigliari che vivono in condizioni socio-economiche ed educative svantaggiate, i quali devono far fronte a limitazioni strutturali, sociali, organizzative e finanziarie che rendono difficile compiere scelte adeguate al proprio stile di vita.

Secondo i dati della World Obesity Federation, a questi fattori si associa anche lo stigma sull'obesità, ovvero la disapprovazione sociale che, attraverso stereotipi, immagini e linguaggi inadatti, finisce per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo, spesso sbagliato. Ricerche a livello globale confermano l'esistenza di atteggiamenti e comportamenti di discriminazione sociale unicamente basata sul peso in molte fasi della vita professionale: durante i colloqui e nelle procedure di selezione, nelle disparità salariali, negli avanzamenti di carriera inferiori, nelle azioni disciplinari più severe e nel più elevato numero di licenziamenti. Lo stesso ambiente scolastico e ricreativo dei più giovani può diventare un luogo in cui si

verificano episodi, anche molto gravi, di bullismo nei confronti delle persone con obesità.

Come premesso, l'obesità incide sensibilmente anche su aspetti dello 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; tali patologie, inoltre, sono responsabili anche di costi indiretti, conseguenti alla perdita di vite umane, di produttività e guadagni correlati, valutabili in almeno il doppio dei citati costi diretti. A livello mondiale, in altre parole, l'impatto economico dell'obesità è sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta e a quello di guerre, atti di violenza armata e di terrorismo.

L'impatto dell'obesità e delle sue conseguenze (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, disabilità) richiede interventi urgenti e incisivi per contrastarne la diffusione. Sono necessarie politiche intersettoriali, volte a superare una logica finora troppo frammentaria, senza un vero disegno strategico generale.

Nel corso della XVIII legislatura il nostro impegno ha fatto sì che sia stata approvata una Mozione che impegna il Governo a riconoscere l'obesità come una malattia cronica, grave e recidivante, e ad adottare conseguentemente un Piano Strategico Nazionale. Abbiamo, quanto più possibile, cercato di facilitare il dialogo interistituzionale, tra tutti i livelli di governo, diffondendo le previsioni della Mozione e dando voce a ogni iniziativa, congiuntamente ad associazioni di cittadinanza e di pazienti, società scientifiche, università, mondo sanitario e della ricerca statistica, sociale, comportamentale. Abbiamo compiuto tutti insieme uno straordinario passo in avanti che ha portato a concretizzare numerosi traguardi che ci eravamo proposti. La stessa Conferenza Stato-Regioni ha approvato, nell'estate 2022, un documento molto importante: le linee d'indirizzo per la prevenzione

e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità. Tuttavia restano ancora nodi da risolvere per portare a compimento i nostri obiettivi: ora è il momento di ritrovare le giuste sinergie per dare risposte concrete alle persone con obesità. I fondi stanziati dal PNRR sono un'opportunità significativa e altamente simbolica dell'orizzonte di futuro che il nostro Paese si vuole dare. Non possiamo permetterci più i costi dell'inerzia clinica, sociale e politico-istituzionale.

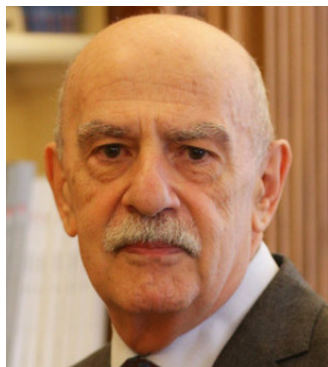
Nel nostro Paese oggi dobbiamo considerare l'obesità come una priorità nazionale a livello sanitario, politico, sociale e clinico, riconoscendo che la stessa è una malattia altamente disabilitante e che rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili.

Il nostro sforzo deve rivolgersi principalmente a contrastare obesità e sovrappeso infantile, attraverso informazione e interventi mirati a ottenere un cambiamento permanente delle abitudini alimentari e dello stile di vita dei bambini, coinvolgendo il mondo della scuola, dello sport e le famiglie insieme ad Aziende Sanitarie Locali e Comuni, le istituzioni più prossime ai cittadini.

Governo e Parlamento, d'altro canto, debbono adoperarsi in via normativa, insieme alle Regioni, affinché sia definitivamente riconosciuta l'obesità come malattia cronica, caratterizzata da elevati costi economici e sociali. È essenziale individuare un disegno strategico comune teso a promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona con obesità e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi e presa in carico, verso una piena responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza, nella cura, nei trattamenti.

La XIX Legislatura, da poco iniziata, dovrà saper valorizzare quanto ottenuto in precedenza e dare concretezza a quel "patto di legislatura" sottoscritto insieme che declina sei obiettivi da perseguire: lotta allo stigma clinico ed istituzionale; riconoscimento dell'obesità come malattia cronica; redazione delle linee guida per l'obesità; garanzia di pieno accesso alle cure e ai trattamenti farmacologici per la persona con obesità; realizzazione delle reti regionali di assistenza per l'obesità; focus particolare su obesità infantile-giovanile e di genere.

Buon lavoro a tutti noi!



Gian Carlo Blangiardo
Presidente ISTAT

L'edizione 2022 dell'Italian Obesity Barometer Report vede ancora una volta l'Istat impegnata a fornire il proprio contributo sull'obesità in Italia, con dati aggiornati e analisi statistiche rigorose, nell'intento di alimentare un dibattito istituzionale, sempre più urgente, sulla necessità di accelerare gli sforzi per contrastare la diffusione dell'obesità e programmare interventi mirati in termini di prevenzione e cura di quella che l'OMS definisce una malattia sempre più onerosa e una priorità nel novero delle malattie non trasmissibili.

Ritengo che il valore aggiunto di questo rapporto, oltre a dar voce autorevole ai numeri, risieda anche nella capacità di mettere in rete e far dialogare Istituzioni, competenze ed eccellenze della comunità scientifica, nella consapevolezza che l'agire condiviso sia il metodo migliore per affrontare sfide che riguardano i temi fondamentali di salute pubblica. E' questo peraltro il messaggio promosso proprio nella giornata mondiale sull'obesità che si è svolta a marzo 2022, con lo slogan "Everybody Needs to Act".

Il contrasto alla diffusione dell'obesità è da tempo nelle agende politiche di tutti i paesi del mondo, attualmente mirate sempre più alla promozione di iniziative di empowerment dei cittadini e responsabilizzazione verso stili di vita sani, con attività intersettoriali finalizzate all'attuazione del Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche 2023-2030. In Italia l'esempio più recente di attività di promozione è rappresentato dalle Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, pubblicate in GU a settembre 2022 ed elaborate dai componenti di istituzioni centrali,

regionali ed esperti del mondo scientifico nell'ambito del "Tavolo di lavoro per la prevenzione ed il contrasto del sovrappeso e dell'obesità".

L'Istat ha accolto sin dalla prima edizione l'invito a collaborare con la Fondazione IBDO, contribuendo all'aggiornamento delle varie edizioni del Rapporto, grazie ad un patrimonio informativo sempre più ricco su questi temi, messo a disposizione in vari tavoli istituzionali a cui l'Istat è chiamato a partecipare.

Ne sono esempio i tavoli istituiti presso il Ministero della Salute: il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN), il Piano nazionale della Cronicità e il Gruppo di esperti del Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, che sono gli ambiti in cui componenti di varie professionalità appartenenti alle Istituzioni centrali e regionali, alle Società scientifiche e al mondo accademico coordinano le iniziative legate alla sorveglianza nutrizionale, alla definizione di strategie per la gestione delle cronicità, alla costruzione di indicatori per il monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in relazione ai bisogni di salute della popolazione. Si tratta di tavoli in cui il tema dell'obesità è fortemente attenzionato e che assumono ancora più rilevanza da quando il Covid-19 ha evidenziato il maggior rischio di ospedalizzazione e di mortalità per i soggetti che ne sono affetti. L'Istat ha infatti documentato come sovrappeso e obesità nei ricoveri ospedalieri risultino fortemente associate al Covid-19, con frequenze due volte più elevate rispetto ai ricoveri senza menzione di Covid-19. L'obesità, inoltre, raramente indicata nelle cause di morte, si trova come concausa associata al

Covid-19 nel 4% delle persone decedute positive al test SARS-CoV-2 e nel 20% dei decessi di età fino a 49 anni.

L'Istituto continua ad essere fortemente impegnato nell'approfondire, analizzare e monitorare gli indicatori in tema di benessere, salute e stili di vita, offrendo anche strumenti che consentono di valutare le politiche sanitarie in relazione all'obiettivo della salute per tutti e dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Le indagini sociali condotte dall'Istat negli ultimi trent'anni, con il loro aggiornamento tematico, cercano di rispondere sempre meglio alla complessità dei fenomeni sociali, ai loro cambiamenti, con riferimento ai contesti familiari, geografici, socioeconomici, che producono impatto su benessere e salute. Questo patrimonio può essere utile ai decisori pubblici per una programmazione di interventi più mirati e incisivi anche rispetto a target di popolazione che esprimono maggior bisogno.

I dati sull'eccesso di peso nella popolazione adulta sono rilevati da circa trent'anni e quelli sui minori da circa venti e possono essere letti in relazione al territorio, alla struttura familiare, alle condizioni socio-economiche della famiglia e degli individui, alle scelte di consumo. Secondo le stime Istat più recenti, in Italia tra gli adulti la quota di persone con obesità ha raggiunto il 12%, valore più elevato dal 2001, e un minore su quattro, fra 3 e 17 anni, è in eccesso di peso. La pandemia da Covid-19 ha introdotto nuovi cambiamenti negli stili di vita, anche per l'impossibilità di uscire di casa in alcuni periodi, determinando sia negli adulti che nei minori un incremento di oltre un punto percentuale della prevalenza di obesità rispetto al periodo pre-pandemico. L'eccesso ponderale dei bambini si sta consolidando come vera e propria epidemia, divenendo da qualche decennio, in particolare nel nostro Paese, insieme a Spagna, Grecia e Cipro, un fenomeno allarmante, con implicazioni psicosociali e fisiche nell'età evolutiva.

L'Istat monitora l'andamento dell'indicatore sull'eccesso ponderale anche per rispondere a bisogni informativi che accompagnano il documento di programmazione economico e finanziario (DEF) del Governo, essendo uno dei 12 indicatori di benessere e sostenibilità entrati a far parte di tale programmazione. Nell'ambito delle statistiche internazionali aggiorna annualmente l'indicatore

del tasso di obesità, sia per gli adulti che per i minori per monitorare i progressi verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile (i Sustainable Development Goals - SDGs), infatti la prevalenza dell'obesità è inserita tra gli indicatori del secondo obiettivo (Fame Zero). Sui temi della protezione dell'infanzia, l'Istat collabora con agenzie e organizzazioni che operano a livello internazionale (ad es. Unicef e Save the Children) per garantire equità e rimozione delle disuguaglianze sociali, contrastando povertà e malnutrizione a partire dai primi 1000 giorni di vita e lungo tutto il percorso di vita fino alla maggiore età.

Le analisi evidenziano in estrema sintesi una vulnerabilità biologica, psicologica e sociale che espone a rischio tutta la popolazione, ma particolarmente i bambini, gli adolescenti e i gruppi sociali emarginati, vulnerabilità che in Italia segue un evidente gradiente nord-sud.

Come documentato nel Rapporto, l'obesità è un tema complesso e multifattoriale, il che significa che nessun singolo intervento, da solo, potrà essere risolutivo e gli sforzi per prevenire l'obesità dovranno considerare i determinanti più ampi della malattia, quei fattori sociali, culturali, economici e ambientali che influenzano la salute e, più in generale, il benessere e la qualità della vita delle persone. Questi temi costituiscono un impegno primario per l'Istat. Così come l'impegno a favorire la diffusione di contributi capaci di stimolare ogni possibile sinergia e collaborazione con le società scientifiche e con tutto il mondo della ricerca medica, che forniscono uno stimolo insostituibile a svolgere bene il nostro lavoro.



Silvio Brusafferro
Istituto Superiore di Sanità

Un tempo associata ai paesi ad alto reddito, l'obesità è ora prevalente anche nei paesi a basso e medio reddito raggiungendo proporzioni epidemiche a livello globale e rappresentando, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) uno dei principali problemi di salute pubblica, nonostante il grado di malnutrizione esistente sul pianeta. Negli ultimi 40 anni, in molti Paesi, si è osservato un aumento del sovrappeso e dell'obesità, sia negli adulti che nei bambini, e a partire dal 1975, secondo i dati forniti dall'OMS, il numero di persone obese nel mondo è triplicato. Oggi, la World Obesity Federation stima 800 milioni di persone obese in tutto il mondo, e un aumento atteso fra i bambini del 60%, nel corso di questo decennio. Annoverata fra le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, l'obesità è una patologia complessa, ed è essa stessa fattore di rischio cardiovascolare perché associata all'insulino resistenza, alla dislipidemia aterogena, all'ipertensione arteriosa e al diabete mellito di tipo II. L'obesità è anche un importante fattore di rischio oncologico poiché coinvolta nell'insorgenza dei tumori dell'esofago, del fegato, del pancreas, della colecisti e delle vie biliari, dell'endometrio e del rene. Inoltre l'obesità predispone a conseguenze più gravi in caso di infezioni, a causa dei meccanismi neuroendocrini della risposta infiammatoria cronica del tessuto adiposo e dell'alterata risposta immunitaria; è quindi risultata associata ad esempio allo sviluppo di forme più gravi di Covid19 (indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio). L'obesità può inoltre causare disturbi muscoloscheletrici e coinvolge anche la sfera psicologica.

L'obesità, ma più in generale l'eccesso ponderale,

favorisce dunque l'insorgenza di numerose patologie e/o aggrava quelle preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. Secondo le attuali stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation all'eccesso ponderale in generale sarebbero attribuibili 5 milioni e 19mila decessi in tutto il mondo nel 2019 (pari al 9% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 40 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima sia responsabile di oltre 64 mila decessi (ovvero del 10% di tutti i decessi) e di oltre 571mila di anni vissuti con disabilità.

Se l'obesità è una patologia complessa ed eterogenea, ha al contempo una natura multifattoriale e al suo sviluppo concorrono diversi fattori, sia genetici che "ambientali". La componente genetica dell'obesità, rilevata in diversi studi, non si può ignorare e condiziona la capacità di perdere peso o di mantenerlo ad un livello ottimale, ma sono l'alimentazione scorretta, con abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate, e una vita sedentaria a giocare il ruolo più rilevante.

Alimentazione e attività fisica, seppur comportamenti individuali, sono fortemente influenzati dalle condizioni sociali, economiche e culturali del contesto in cui si vive.

Per questa ragione l'efficacia di politiche di contrasto alla diffusione di patologie non trasmissibili, associate all'obesità, e in generale agli stili di vita non salutari responsabili della loro insorgenza, chiama in causa sia la responsabilità dei singoli nell'adozione di comportamenti e abitudini salutari, lungo tutto il percorso di vita (*life approach*), sia la responsabilità collettiva nel creare contesti di

vita che favoriscono scelte salutari, in un impegno multisetoriale e multidisciplinare.

Il contrasto alle malattie non trasmissibili, è al centro delle strategie universali che da diversi anni l'OMS e molti Paesi membri (compreso il nostro) stanno realizzando attraverso piani e programmi di prevenzione e promozione della salute, e passa proprio attraverso il contrasto, sin dalla giovane età, dei fattori modificabili connessi alla loro insorgenza e allo sviluppo di strumenti che ne consentano il monitoraggio nel tempo e nello spazio, come i sistemi di sorveglianza di popolazione, OKKio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'Argento e il Progetto CUORE che l'Istituto Superiore di Sanità coordina e che costituiscono la base per la programmazione e l'azione in sanità pubblica.

Il Programma "Guadagnare Salute Rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007) è stato il primo documento programmatico in Italia finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica che, ha agito, e mira ad agire, tenendo conto dei molteplici fattori economici, sociali, ambientali e psicologici che sono alla base delle scelte individuali e che condizionano fortemente la capacità della persona di modificare i propri comportamenti, sottolineando la necessità e l'importanza di creare contesti salutogenici.

L'attuale Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, rafforzando i principi di intersectorialità dei precedenti Piani, mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso azioni basate su una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) e promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersectoriale e coordinato confermando l'impegno nella promozione della salute.

L'Istituto Superiore di Sanità quale principale centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico scientifica in materia di sanità pubblica in Italia è al fianco del Ministero della Salute, delle Regioni nella definizione e nella valutazione delle politiche di contrasto alle malattie non trasmissibili e dei loro determinanti,

ivi compresa la lotta alla diffusione dell'eccesso di peso e delle patologie ad essa correlate nella popolazione italiana. SUPERIORE DI SANITÀ' Silvio Brusaferrò

Un tempo associata ai paesi ad alto reddito, l'obesità è ora prevalente anche nei paesi a basso e medio reddito raggiungendo proporzioni epidemiche a livello globale e rappresentando, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) uno dei principali problemi di salute pubblica, nonostante il grado di malnutrizione esistente sul pianeta. Negli ultimi 40 anni, in molti Paesi, si è osservato un aumento del sovrappeso e dell'obesità, sia negli adulti che nei bambini, e a partire dal 1975, secondo i dati forniti dall'OMS, il numero di persone obese nel mondo è triplicato. Oggi, la World Obesity Federation stima 800 milioni di persone obese in tutto il mondo, e un aumento atteso fra i bambini del 60%, nel corso di questo decennio.

Annoverata fra le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, l'obesità è una patologia complessa, ed è essa stessa fattore di rischio cardiovascolare perché associata all'insulino resistenza, alla dislipidemia aterogena, all'ipertensione arteriosa e al diabete mellito di tipo II. L'obesità è anche un importante fattore di rischio oncologico poiché coinvolta nell'insorgenza dei tumori dell'esofago, del fegato, del pancreas, della colecisti e delle vie biliari, dell'endometrio e del rene. Inoltre l'obesità predispone a conseguenze più gravi in caso di infezioni, a causa dei meccanismi neuroendocrini della risposta infiammatoria cronica del tessuto adiposo e dell'alterata risposta immunitaria; è quindi risultata associata ad esempio allo sviluppo di forme più gravi di Covid19 (indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio). L'obesità può inoltre causare disturbi muscoloscheletrici e coinvolge anche la sfera psicologica.

L'obesità, ma più in generale l'eccesso ponderale, favorisce dunque l'insorgenza di numerose patologie e/o aggrava quelle preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. Secondo le attuali stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation all'eccesso ponderale in generale sarebbero attribuibili 5 milioni e 19 mila decessi in tutto il mondo nel 2019 (pari al 9% di tutti i de-

cessi) e complessivamente oltre 40 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima sia responsabile di oltre 64 mila decessi (ovvero del 10% di tutti i decessi) e di oltre 571mila di anni vissuti con disabilità.

Se l'obesità è una patologia complessa ed eterogenea, ha al contempo una natura multifattoriale e al suo sviluppo concorrono diversi fattori, sia genetici che "ambientali". La componente genetica dell'obesità, rilevata in diversi studi, non si può ignorare e condiziona la capacità di perdere peso o di mantenerlo ad un livello ottimale, ma sono l'alimentazione scorretta, con abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate, e una vita sedentaria a giocare il ruolo più rilevante.

Alimentazione e attività fisica, seppur comportamenti individuali, sono fortemente influenzati dalle condizioni sociali, economiche e culturali del contesto in cui si vive.

Per questa ragione l'efficacia di politiche di contrasto alla diffusione di patologie non trasmissibili, associate all'obesità, e in generale agli stili di vita non salutari responsabili della loro insorgenza, chiama in causa sia la responsabilità dei singoli nell'adozione di comportamenti e abitudini salutari, lungo tutto il percorso di vita (life approach), sia la responsabilità collettiva nel creare contesti di vita che favoriscono scelte salutari, in un impegno multisettoriale e multidisciplinare.

Il contrasto alle malattie non trasmissibili, è al centro delle strategie universali che da diversi anni l'OMS e molti Paesi membri (compreso il nostro) stanno realizzando attraverso piani e programmi di prevenzione e promozione della salute, e passa proprio attraverso il contrasto, sin dalla giovane età, dei fattori modificabili connessi alla loro insorgenza e allo sviluppo di strumenti che ne consentano il monitoraggio nel tempo e nello spazio, come i sistemi di sorveglianza di popolazione, OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'Argento e il Progetto CUORE che l'Istituto Superiore di Sanità coordina e che costituiscono la base per la programmazione e l'azione in sanità pubblica.

Il Programma "Guadagnare Salute Rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007) è stato il primo documento programmatico in Italia finalizzato

alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica che, ha agito, e mira ad agire, tenendo conto dei molteplici fattori economici, sociali, ambientali e psicologici che sono alla base delle scelte individuali e che condizionano fortemente la capacità della persona di modificare i propri comportamenti, sottolineando la necessità e l'importanza di creare contesti salutogenici.

L'attuale Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, rafforzando principi di intersectorialità dei precedenti Piani, mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso azioni basate su una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) e promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersectoriale e coordinato confermando l'impegno nella promozione della salute.

L'Istituto Superiore di Sanità quale principale centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico scientifica in materia di sanità pubblica in Italia è al fianco del Ministero della Salute, delle Regioni nella definizione e nella valutazione delle politiche di contrasto alle malattie non trasmissibili e dei loro determinanti, ivi compresa la lotta alla diffusione dell'eccesso di peso e delle patologie ad essa correlate nella popolazione italiana.

*Il punto
di vista delle
Società Scientifiche
e dei Network*





Graziano Di Cianni
Presidente Associazione Medici Diabetologi

L'obesità rappresenta oggi una priorità per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

I numeri parlano chiaro: in Europa, il 53% della popolazione ha un indice di massa corporea superiore alla norma e il 17% è obeso. Per quanto riguarda il nostro Paese, l'obesità interessa l'11% della popolazione, percentuale che sale al 18% negli adolescenti. E sono proprio i numeri relativi ai bambini e ai giovanissimi a non confortare. Stando ai dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2020 erano in sovrappeso o obesi circa 39 milioni di bambini: condizioni dalla portata epidemica, che spaventano soprattutto per le conseguenze sulla salute degli adulti di domani, predisponendo a un maggior rischio di malattie cardiache, diabete, patologie oncologiche e altre cronicità.

Questo scenario suggerisce che è quantomai urgente intervenire, attraverso politiche sanitarie e sociali mirate, per arginare il dilagare dell'obesità, figlia di disuguaglianze economiche e sociali. Sia per il diabete, sia per l'obesità si parla di numeri da epidemia: si stima che nel 2045 nel mondo le persone con diabete raggiungeranno i 700 milioni e la motivazione è riconducibile, per il diabete tipo 2, proprio all'aumento della prevalenza dell'obesità che rappresenta il principale fattore di rischio. Altro aspetto da non trascurare è l'adozione di comportamenti e stili di vita non salutari che, in presenza di problematiche metaboliche, possono avere delle conseguenze molto gravi sulla salute. Anche in questo caso, la prevenzione - laddove possibile - è la migliore arma a nostra disposizione. Sarebbe auspicabile che il Servizio Sanitario Nazionale promuovesse, in collaborazione con la comunità scientifica e gli stessi Pazienti, l'adozione di politiche di sensibilizzazione che affrontino concretamente il problema delle barriere strutturali, finanziarie e sociali per favorire scelte alimentari sane.

Avere una popolazione in salute, capace di compiere scelte alimentari consapevoli e di adottare uno stile di vita attivo, equivale ad abbattere sensibilmente la prevalenza di malattie croniche e diminuire il rischio complicanze ad esse associate, con una riduzione anche dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'Associazione Medici Diabetologi (AMD), che ho l'onore di presiedere e rappresentare, ha come mission quella di migliorare la qualità delle cure e la qualità di vita delle persone con diabete, introducendo strategie e iniziative atte ad innalzare il livello dell'assistenza e promuovere la ricerca scientifica, clinica e terapeutica sulle patologie metaboliche e sulle complicanze, inclusa l'obesità. Recentemente, inoltre, AMD ha costituito un nuovo Gruppo di studio dedicato proprio all'obesità, al fine di monitorare questo ambito e sensibilizzare gli specialisti sulle problematiche cliniche e gestionali legate all'obesità per trovare soluzioni concrete e proattive. Aprire nei servizi di diabetologia ambulatori strutturati rivolti ai pazienti obesi, con PDTA condivisi con altre specialistiche interessate al problema, è un obiettivo che AMD si prefigge di raggiungere. Serve, anche da parte del mondo diabetologico, uno scatto culturale e organizzativo, e dare dignità clinico- assistenziale ad un problema ancora ai margini della sanità pubblica. per i pazienti obesi





Giuseppe Fatati
*Presidente Italian Obesity
Network*

L'aumento della prevalenza dell'obesità a livello globale rappresenta un problema di salute pubblica con gravi implicazioni in termini di costi per i sistemi sanitari. Abbiamo avuto più volte modo di dire che per realizzare un'efficace gestione della persona con obesità è indispensabile che il medico curante e il gruppo multidisciplinare di riferimento ne conoscano non solo gli aspetti biomedici ma anche quelli psicologici, relazionali e sociali, le sue percezioni, le sue aspettative, i suoi bisogni e le problematiche che deve fronteggiare, integrando tutti gli elementi raccolti all'interno del piano assistenziale.

Recentemente è stato pubblicato lo studio internazionale ACTION-IO che ha coinvolto 11 Paesi in cinque continenti con l'intento di identificare le percezioni, le attitudini, i comportamenti e gli ostacoli per la cura dell'obesità sia per le persone che per i medici. I risultati della survey condotta in Italia mostrano evidenti criticità: l'84 per cento delle persone con obesità è consapevole della loro condizione ma solo il 60 per cento la ritiene una malattia cronica, al contrario del 91 per cento dei medici. Inoltre, è una piccola parte di persone con obesità (13 per cento) e di medici (19 per cento) a dichiararsi soddisfatta della risposta alle esigenze che la società e/o l'assistenza sanitaria italiana stanno fornendo. Solo una minoranza di medici ritiene attualmente disponibili valide opzioni farmacologiche (25 per cento) o di chirurgia bariatrica (58 per cento) per perdere peso. Purtroppo la maggior parte delle persone con obesità ha dichiarato che preferisce gestire il proprio peso autonomamente.

Sappiamo che per seguire percorsi razionali sono essenziali le motivazioni alla cura ovvero l'insieme di fattori intrapsichici e relazionali che concorrono ad attivare e mantenere i comportamenti volti non solo al curarsi nel senso anglosassone del prendersi cura di sé (care) ma

anche quelli volti al farsi curare. Fondamentali sono il rapporto con la malattia e con il sistema sanitario e la cultura della stessa intesa come insieme di concetti compresi e condivisi. Se il percorso necessario per mettere in pratica le moderne acquisizioni fosse chiaro dovrebbero essere sufficienti il valore scientifico delle scoperte e i relativi benefici per consentirne l'applicazione in modo adeguato in coloro che ne possono trarre vantaggio. In realtà il passaggio dall'evidenza scientifica alla pratica clinica non è semplice. Gli ostacoli da superare sono molti: dalla cultura medica che è praticamente d'organo alla organizzazione del sistema sanitario nazionale che privilegia le patologie acute, per finire con la narrazione corrente dell'obesità come problema estetico e non di salute.

L'Italian Obesity Network grazie alla campagna di sensibilizzazione Io Vorrei Che ha prodotto un libro bianco dinamico via Web che raggruppa le speranze espresse dai soggetti con obesità e dagli stakeholder finalizzato a stimolare processi di traslazione efficaci in grado di trasformare le evidenze scientifiche in pratiche cliniche e terapeutiche adeguate.





Agostino Consoli
Presidente FO.RI.SID



Angelo Avogaro
Presidente SID

Nel 1973, Ethan Allen Sims, accademico ed endocrinologo dell'University of Vermont, pubblica un articolo su *Recent Prog Horm Res*, dal titolo *Endocrine and metabolic effects of experimental obesity in man*, dove per la prima volta conia il termine *Diabesity*, come neologismo per indicare la stretta correlazione tra Diabete Tipo 2 e Obesità.

A distanza di quasi mezzo secolo, questo neologismo, utilizzato poi dalla World Health Organization-WHO, assume un valore non solo dal punto di vista clinico, ma anche sociale, economico e di politica sanitaria.

L'effetto congiunto del diabete tipo 2 con l'obesità sarà una delle sfide più significative ed importanti per i sistemi sanitari nel 21° secolo, passando dal concetto di pandemia a quello di sindemia.

Economisti sanitari, esperti in politiche sanitarie, sociologi e clinici sono assolutamente concordi che affrontare il tema dell'obesità e del diabete tipo 2 è assolutamente prioritario a livello globale e che queste due importanti patologie non possono e debbono essere disgiunte, per gli effetti che hanno sulla vita delle persone e delle generazioni future. Lavorare a silos soprattutto a livello clinico, ha un riscontro assolutamente negativo sull'evoluzione delle complicanze correlate a queste due malattie.

Il CDC-Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti, da oltre 40 anni mostra la mappa della prevalenza di obesità e diabete tipo 2 di ogni Stato e tale comparazione rende evidente che là dove cresce l'obesità aumenta la prevalenza del diabete tipo 2.

CDC ha recentemente pubblicato il National Diabetes Statistics Report 2022. Questo rapporto stima che più di 130 milioni di adulti convivono con diabete o prediabete negli Stati Uniti. Il rapporto ha analizzato i dati del 2019 e include informazioni sull'incidenza e la prevalenza del

diabete e del prediabete, gli sforzi per la prevenzione del diabete di tipo 2 e la gestione del diabete. Per la prima volta sono stati pubblicati i dati sul diabete per livello di reddito e mostrano che anche una maggiore prevalenza del diabete era associata alla povertà, evidenziando il ruolo che l'obesità gioca in tutto questo.

Accanto a questo va registrata l'enorme vulnerabilità clinica della persona con obesità e con diabete tipo 2, emersa nel corso della pandemia dovuta al COVID 19, un'emergenza che ha rappresentato una sfida senza precedenti per il nostro tutti i Sistemi Sanitari, con enormi ripercussioni cliniche, sociali ed economiche.

I dati mondiali sulla pandemia ci mostrano come nove decessi su dieci per coronavirus si sono verificati in Paesi con alti livelli di obesità, questo è il risultato di una ricerca - rilanciata dall'Organizzazione mondiale della sanità - che stabilisce la stretta correlazione tra l'eccessivo peso corporeo, diabete tipo 2 e i decessi per Covid.

Uno studio recente della World Obesity Federation (Wof), ha mostrato che i tassi di mortalità sono 10 volte più alti dove almeno il 50% della popolazione è in sovrappeso.

Secondo Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms, lo studio "deve fare da campanello d'allarme per i governi di tutto il mondo", che devono combattere l'obesità. Anche l'analisi degli ultimi dati sulla mortalità per Covid della Johns Hopkins University e di quelli dell'Osservatorio sulla salute globale dell'Oms sull'obesità aveva rilevato che 2,2 milioni dei 2,5 milioni di morti globali avvenivano in Paesi con alti livelli di obesità.

Nel gennaio 2019 "The Lancet Commission on Obesity" ha pubblicato il suo primo rapporto intitolato "The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition and Climate Change".

Questo rapporto innovativo esplora la sfida fondamentale che queste tre pandemie, quattro con il diabete tipo 2, rappresentano per la salute umana e planetaria ed evidenzia il fatto che le stesse coesistono e sono determinate da disfunzioni all'interno degli stessi sistemi: cibo, trasporti, progettazione urbana e uso del suolo.

Concentrandosi sull'intersezione tra queste nuove sfide sanitarie globali, il rapporto metteva in evidenza le azioni necessarie per affrontare il problema con investimenti e sinergie..

Tutti dati che debbono far riflettere sull'urgenza che obesità e diabete tipo 2 siano tra le priorità della nuova legislatura.

L'impegno di SID è quella di investire ulteriormente sulla prevenzione cardio-metabolica, facendo sì che l'obesità diventi per la nostra Società un fattore di studio, formazione, ricerca ed assistenza all'interno della diabetologia italiana, rafforzando ancora di più quanto viene fatto oggi.



Luca Busetto

Presidente Società Italiana dell'obesità - SIO

L'obesità è una malattia cronica, eterogenea e multifattoriale, influenzata da fattori genetici, ambientali e psicologici, che contribuisce in modo significativo alle più importanti malattie non trasmissibili: il 44% dei casi di diabete tipo 2, il 23% dei casi di cardiopatia ischemica, e fino al 41% di alcuni tumori. L'obesità ha raggiunto nel mondo proporzioni pandemiche con circa 800 milioni di persone malate. L'obesità è stata classificata definitivamente dall'OMS come malattia e recentemente inserita nel novero delle malattie croniche non trasmissibili anche dalla Comunità Europea. La riduzione dei costi sociali collegati all'obesità, sia in termini di anni di vita persi o vissuti con disabilità che in termini economici di riduzione di produttività e di maggior ricorso ai servizi sanitari, rappresenta una parte significativa della sfida per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals – SDGs) fissati dalle Nazioni Unite per il 2030.

Tuttavia, molti sistemi sanitari, sia pubblici che privati, non offrono per il paziente con obesità lo stesso livello di assistenza che viene erogato per altre malattie croniche (come il cancro, il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie reumatiche). In Italia, l'obesità non è inclusa nell'elenco delle patologie croniche per le quali è previsto uno specifico setting di prestazioni coperte da esenzione, l'accesso all'educazione terapeutica e a programmi intensivi di modificazione dello stile di vita è limitato nel sistema sanitario nazionale per il paziente con obesità, scarsa è l'offerta pubblica di programmi di terapia cognitivo-comportamentale, nessuno dei farmaci disponibili con specifica indicazione nella terapia dell'obesità è rimborsato dal sistema sanitario nazionale, e infine l'accesso alla terapia chirurgica bariatrica, secondo percorsi terapeutici che garantiscono un follow-up multidisciplinare, è molto difficile soprattutto in alcune aree del paese.

Questa disparità di trattamento, che fa sì che il paziente con obesità abbia minor tutele e minori occasioni di cura rispetto ai pazienti affetti da altre patologie croniche, è riassumibile nel termine di stigma clinico ed è probabilmente la conseguenza di una vecchia narrativa, che ha considerato l'obesità semplicemente come una condizione legata all'adozione volontaria e colpevole di comportamenti e stili di vita errati.

Tale narrativa considera il peso corporeo interamente controllabile dall'individuo mediante opportune scelte comportamentali e considera quindi il sovrappeso e l'obesità come la conseguenza diretta di comportamenti individuali inadeguati ed improntati a pigrizia, ghiottoneria o simili. Tale visione è ampiamente oggi superata dalle conoscenze scientifiche e la persistenza di uno stigma clinico nei confronti dell'obesità appare quindi ingiustificabile ed indifendibile dal punto di vista etico e sociale.

Se la causa principale dello stigma clinico nei confronti dell'obesità è la persistenza di una narrativa che vede l'obesità quasi come una condizione auto-imposta, dalla quale il paziente potrebbe facilmente uscire se solo avesse una volontà sufficiente, la battaglia contro lo stigma clinico nei confronti dell'obesità va combattuta a tutti i livelli promuovendo una narrativa che consideri in tutto e per tutto l'obesità come una malattia cronica complessa e recidivante, allo stesso modo di quanto già in essere per tutte le altre malattie croniche.

Le azioni conseguenti e attuabili potrebbero essere le seguenti:

L'adozione di iniziative normative nazionali affinché nell'ordinamento sia introdotta una definizione di obesità come malattia cronica caratterizzata da elevati costi, diretti e indiretti, economici e sociali, e una definizione del ruolo degli specialisti che si occupano di tale patologia, come richiesto dalla Mozione Parlamentare 1/00082

approvata con voto unanime dalla Camera dei Deputati in data 13/11/2019.

L'inserimento dell'obesità tra le patologie croniche la cui diagnosi e trattamento è inserita nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.

La creazione e l'implementazione sul territorio di strutture specialistiche multidisciplinari, possibilmente organizzate in reti assistenziali, che possano erogare alla persona affetta da obesità tutti i livelli di trattamento oggi inclusi nelle linee guida nazionali ed internazionali per il trattamento dell'obesità, inclusi i programmi strutturati di modificazione dello stile di vita, le terapie psicologiche e comportamentali, la terapia farmacologica e la chirurgia bariatrica.

Infine va diffusa, soprattutto nei professionisti sanitari, la conoscenza dell'obesità come una malattia cronica complessa e recidivante, sia inserendo parti ad hoc nel curriculum formativo degli studenti di medicina e chirurgia e negli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, sia favorendo eventi di educazione medica continua sul tale argomento.

La Società Italiana dell'Obesità (SIO), che ho attualmente l'onore di presiedere, è impegnata attivamente su questi fronti ed è quindi lieta di contribuire attivamente alla realizzazione dell'Italian Barometer Obesity Report promosso da IBDO Foundation, un consolidato strumento di confronto e di riflessione Istituzionale sul tema obesità in Italia.

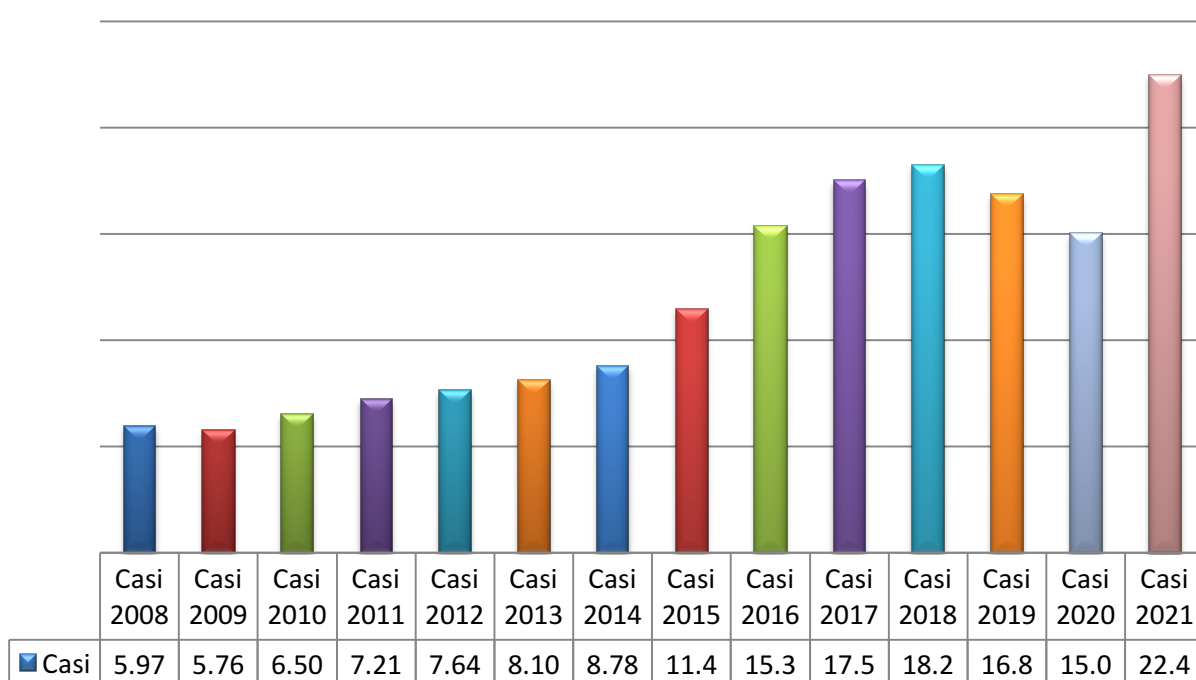


Marco A. Zappa
Presidente Sicob
(società italiana chirurgia obesità e malattie metaboliche)

La crescita esponenziale dell'obesità e della grande obesità in Italia ha determinato un aumento degli interventi di chirurgia bariatrica eseguiti negli ultimi anni; il numero degli stessi, sebbene venga monitorato costantemente dalla Sicob è certamente minore rispetto alla realtà perché esistono strutture dove si eseguono interventi non riferiti alla società, ma l'analisi sottostante confrontata con la percentuale nazionale di pazienti grandi obesi evidenzia tuttavia come esista, allo stato attuale, la necessità di incrementare ulteriormente la terapia chirurgica a fronte della sempre maggior presenza di soggetti grandi obesi candidabili.

Va inoltre sottolineato come i chirurghi bariatrici italiani siano, ad oggi, considerati tra i migliori al mondo e prova ne sia la percentuale altissima di chirurgia laparoscopica (oltre il 95%) eseguita su ogni tipologia possibile di interventi, i risultati ottenuti (che possono essere ricercati nelle numerose pubblicazioni internazionali ad opera di autori italiani) e la costante presenza e richiesta nei congressi internazionali di chirurghi italiani. Ad oggi, infatti la Sicob è considerata nell'ambito IFSO (International Federation Surgery Obesity) tra le primissime, se non addirittura la prima società, in termini di professionalità ed accuratezza nei dati e nella chirurgia.

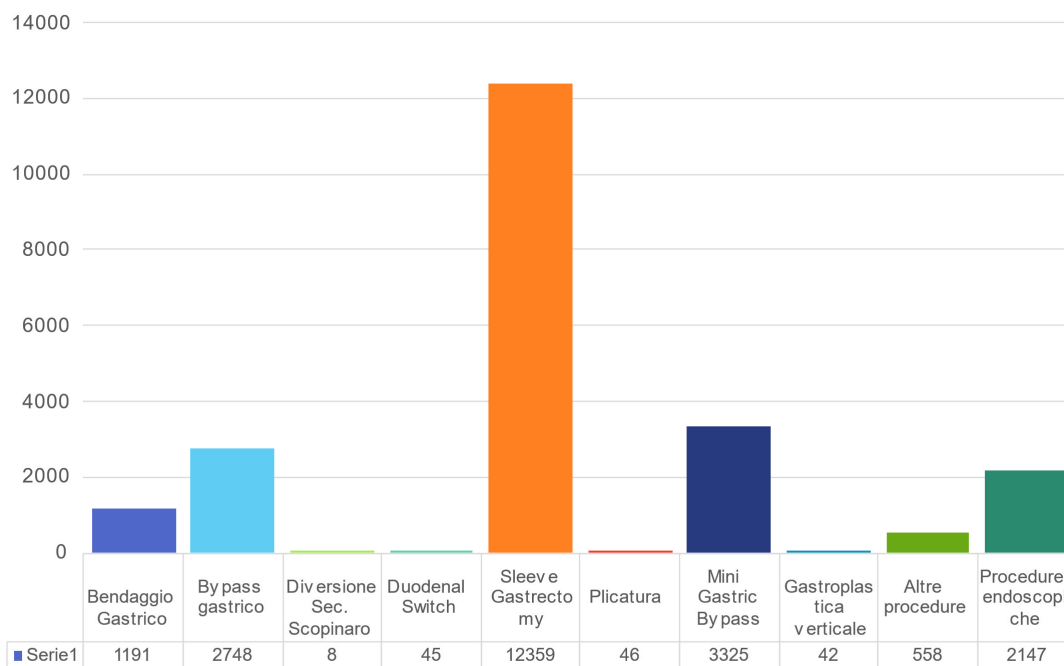
Schema numero interventi negli anni



Schema varie tipologie interventi 2021

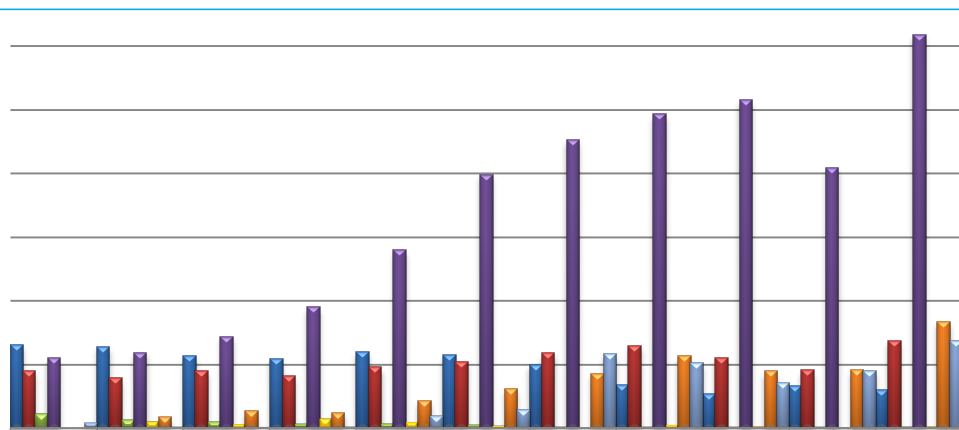
Tipologia delle procedure eseguite nel 2021

Totale **22.469** interventi



Dati Ufficiali SICO Aggiornati al 1 febbraio 2022

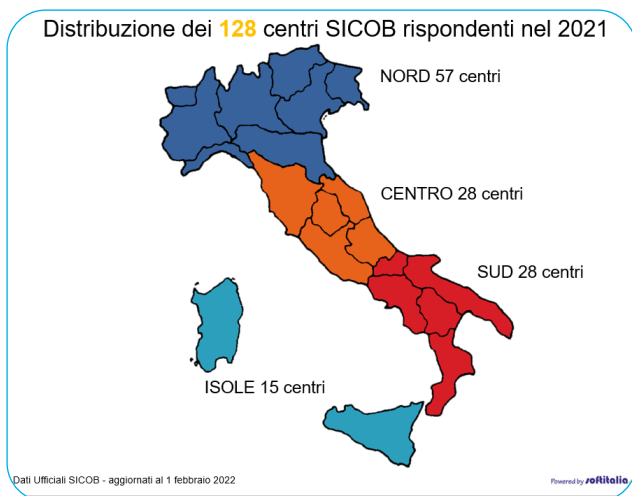
Powered by **rofitalia** consulting



	Casistica 2011	Casistica 2012	Casistica 2013	Casistica 2014	Casistica 2015	Casistica 2016	Casistica 2017	Casistica 2018	Casistica 2019	Casistica 2020	Casistica 2021
Bendaggio gastrico	2623	2556	2283	2182	2406	2293	1988	1351	1065	1325	1191
By pass gastrico	1796	1593	1805	1628	1912	2104	2361	2581	2205	1814	2748
Diversione + Duodenal switch	447	246	202	124	143	101	41	45	43	42	53
Sleeve gastrectomy	2188	2383	2889	3799	5594	7976	9046	9850	10291	8178	12359
Gastric Plication	0	203	112	268	180	82	34	93	61	27	46
OAGB	0	348	538	477	870	1239	1715	2266	1790	1827	3325
Varie	160	38	23	40	378	586	2335	2040	1425	1801	2747

La Sicob ha da anni ricercato ed attuato una strategia di "controllo" delle strutture dove vengono eseguiti interventi di chirurgia bariatrica suddividendoli in centri affiliati, accreditati e di eccellenza a seconda di stabilite prerogative variabili ; l'impegno della società è stato quello di verificare, con controlli personali e visite ispettive, la correttezza dei dati inseriti dai centri e la presenza di team multidisciplinari che rappresentano il fondamento per i risultati di chirurgia bariatrica

Schema centri e loro numero



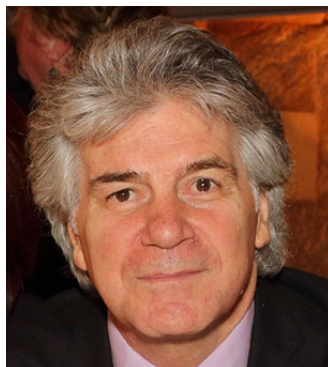
Uno spazio particolare in questa breve premessa va riservato allo sviluppo presente e futuro di ulteriori metodiche come quelle endoscopiche che si stanno affiancando alla chirurgia e al lavoro quotidiano che la Sicob svolge nel migliorare i risultati già brillanti attraverso l'analisi di nuove linee guida, l'attenzione ai soci, la vicinanza con le associazioni dei pazienti ma soprattutto la passione che cerca di trasmettere ai giovani chirurghi , vera linfa vitale per il futuro dei nostri pazienti

Non va poi dimenticato (come troppo spesso accade) l'importanza fondamentale del chirurgo con esperienza bariatrica nell'affrontare patologie chirurgiche del grande obeso, certamente connesse alla sua patologia primaria, come i tumori, la calcolosi della colecisti, le patologie toraciche addominali e la chirurgia d'urgenza ; solo in quegli ospedali dove il chirurgo generale può collaborare con il chirurgo bariatrico si ha la certezza e la possibilità di curare chirurgicamente queste patologie a fronte di migliori risultati e minori complicanze.

Credo infine , ritornando al tema specifico della malattia "grande obesità" (con le indicazioni precise poste dalle linee guida) che il presupposto sostanziale e l'unica ricetta possibile per ottenere risultati certi e concreti che perdurino nel tempo sia la sinergia con le altre componenti specialistiche e affermo con fermezza come la Sicob si renda garante della qualità del "servizio chirurgico" offerto ai pazienti.

Appare pertanto necessario, a mio parere, che vengano superate l'antica e atavica diffidenza di parte del mondo scientifico nei confronti di una branca chirurgica che ha ormai dimostrato la propria eccellenza e sicurezza e che pertanto garantisce la cura di pazienti difficili e complessi e delle loro complicanze associate ,altrimenti privi di una vera speranza terapeutica.





Antonio Caretto

Presidente Fondazione dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)

L'obesità è una malattia multifattoriale in cui l'apporto alimentare svolge un ruolo rilevante nella determinazione e nella terapia della stessa patologia. Uno dei motivi per cui il numero di persone obese ha subito un continuo e critico aumento nel corso degli ultimi decenni è da attribuire anche al fatto che sono aumentati i livelli di calorie assunte quotidianamente, che vanno ben oltre il fabbisogno energetico giornaliero. Oltre alla quantità di alimenti vi è stato anche un errato apporto qualitativo nella alimentazione della popolazione, che si interseca nel globale ambiente obesogeno. Un apporto dietetico non ottimale è un importante fattore di rischio prevenibile per le malattie non trasmissibili (NCD).

Le problematiche nutrizionali nella persona con obesità sono uno degli aspetti di cui l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) si occupa dal 1950, anno della sua costituzione, con lo scopo di promuovere e sostenere tutte le iniziative scientifiche, culturali e didattiche che possono interessare, sotto ogni aspetto, la Scienza della Alimentazione, coinvolgendo anche le Unità Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica del SSN. Tuttavia queste ultime vengono sempre più ridotte numericamente nel territorio nazionale con tagli di personale e delle stesse Unità Operative. Tali scelte delle Istituzioni sanitarie sono contraddittorie e controproducenti se si vuole realizzare la lotta all'obesità con una corretta gestione dei PDTA ed efficace intervento terapeutico (terapia dietetica, comportamentale e farmacologica). Si ricorda che l'atto di intesa (elaborato anche con un fattivo contributo dell'ADI) del 24 novembre 2016 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-2019" indicava di istituire "...un'efficace rete pubblica d'intervento nell'ambito della Scienza dell'Alimentazione e della Nutrizione Clinica e Preventiva (I e II livello) con copertura delle prestazioni di Nutrizione Clinica e Preventiva a livello ospedaliero e territoriale ASL". Purtroppo tale atto del Ministero della Salute unitamente al Consiglio dei Ministri e alle Regioni è stato disatteso e i livelli assistenziali che le Unità Operative di Nutrizione Clinica

avrebbero dovuto assicurare ai pazienti con obesità, attraverso i propri team multidisciplinari, non si sono attuate, lasciando ulteriormente questi pazienti carenti di assistenza clinica ospedaliera e territoriale del SSN. Pertanto è indispensabile e urgente istituire reti pubbliche con Unità Operative che possano erogare ottimali livelli assistenziali alle persone con obesità.

Per la prevenzione dell'obesità si devono necessariamente continuare ad implementare le iniziative a tutti i livelli. L'ADI ha sempre svolto numerosi interventi sulla popolazione basti pensare all'Obesity Day che si effettua ogni anno il 10 ottobre dal 2001 e consiste in una campagna nazionale di sensibilizzazione per la prevenzione dell'obesità. L'Obesity Day di quest'anno 2022, organizzato dalla Fondazione ADI, lancia due canali social, una pagina Facebook (www.facebook.com/obesitydayadi) e una pagina Instagram (www.instagram.com/obesitydayadi) con l'intento di dare un valido e sicuro punto di riferimento a tutti i cittadini per una obbiettiva e validata informazione scientifica sul sovrappeso/obesità.

Health Risks Associated With Obesity





Annamaria Colao
*Presidente Società Italiana
di Endocrinologia (SIE)*

L'obesità è tra i principali determinanti di morte e disabilità per patologie croniche come diabete mellito, cardiopatie, neoplasie ed infezioni. Bisogna considerare, inoltre, che se l'obesità si presenta in età scolare, possiamo aspettarci conseguenze ancora più devastanti.

Nel Marzo 2021, la European Commission ha definito l'obesità come: "patologia cronica soggetta a ricadute, che rappresenta la porta di ingresso per un ampio range di altre patologie croniche non trasmissibili." Questo riconoscimento ha rappresentato un passo decisivo, al fine di sostenere un'adeguata gestione sanitaria e il trattamento delle persone con obesità.

La Società Italiana di Endocrinologia (SIE), che rappresenta in qualità di Presidente, ha sempre considerato l'obesità una patologia cronica complessa e recidivante il cui corretto inquadramento diagnostico e un'adeguata fenotipizzazione clinica del soggetto con obesità sono fondamentali per identificare le opzioni terapeutiche più efficaci.

In materia di obesità, l'attività della SIE si articola attraverso studi e ricerche nazionali ed internazionali con produzione di Linee Guida, Documenti di Consenso, Raccomandazioni, Position statements e attività di formazione continua, fornita dai corsi regionali e nazionali e dalla pubblicazione online di rubriche di formazione e aggiornamento oltre che un interesse specifico verso la miglior scelta terapeutica.

Attraverso i Club, "CibEndo" e "Club delle Terapie dietetiche in Endocrinologia e Metabolismo", la SIE si propone di:

- creare una rete di collaborazione tra i centri italiani coinvolti nello studio e nella gestione clinica dei pazienti affetti da obesità e patologie endocrino-metaboliche trattati con diverse terapie dietetiche; favorire studi epidemiologici delle correlazioni esi-

stenti tra dieta e patologie endocrine (food frequency – aderenza alla dieta mediterranea);

- studiare gli effetti di nuovi approcci dietetici su patologie endocrine e malattie croniche non trasmissibili, promuovendo studi multicentrici italiani sull'efficacia, la tollerabilità e la sicurezza di diverse terapie dietetiche in diversi contesti clinici;
- studiare gli effetti delle molecole segnale contenute nei diversi cibi (cibo come ormone) e delle combinazioni di macronutrienti (geometria nutrizionale) sul sistema endocrino e sullo stato di salute;
- sostenere studi di ricerca traslazionale e di base nel campo dell'endocrinologia dell'alimentazione;
- coordinare pubblicazioni, testi, position papers e altre fonti di divulgazione scientifica sulle diverse terapie dietetiche in setting clinici emergenti, come patologie dermatologiche, degenerative, oncologiche per migliorare lo stato delle conoscenze in questo ambito.





Mariacarolina Salerno
Presidente SIEDP



Maria Rosaria Licenziati
Segretario Generale SIEDP

La Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) ha come obiettivo primario quello di promuovere la formazione permanente e la ricerca clinica e traslazionale dei Pediatri Endocrinologi e Diabetologi Italiani al fine di contribuire al costante miglioramento della qualità delle cure e quindi della salute del bambino e dell'adolescente.

Il Gruppo di Studio (GdS) sull'obesità infantile della SIEDP da oltre 20 anni si occupa di studiare i vari aspetti di una condizione diventata ormai epidemica. Partecipano al GdS varie figure professionali, pediatri, endocrinologi, diabetologi, nutrizionisti e psicologi, coerentemente con l'impostazione multidisciplinare che è concordemente ritenuta l'approccio di elezione per il trattamento dell'obesità.

In Italia i dati della sorveglianza nazionale OKkio alla Salute 2019, su 50.000 bambini della terza elementare (8-9 anni di età) riportano una prevalenza di sovrappeso/obesità intorno al 30% (3 bambini su 10) di cui 20,4% sovrappeso, 9,4% obesi (del 6,9% obesi e 2,4% obesità grave).

Si evidenzia un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. La Campania è al primo posto in Italia con una prevalenza complessiva di obesità/sovrappeso del 44% (sovrappeso pari al 25,4%, di obesità pari al 12,6% e di obesità grave pari al 6,2%). Seguono per prevalenza la Calabria, la Puglia e la Sicilia. Sul versante opposto la Valle d'Aosta una percentuale di sovrappeso pari all'11,3%, di obesità pari al 2,5% e di obesità grave pari allo 0,2%.

Prevalenze di obesità più elevate si osservano in famiglie in condizioni socioeconomiche più svantaggiate e tra i bambini che non sono stati allattati al seno.

Nel rapporto del WHO del 2019, riguardante i paesi europei, l'Italia è al 2° posto dopo Cipro per la prevalenza di obesità-sovrappeso in età pediatrica nei maschi (a pari merito con Spagna e Grecia), mentre al 3° posto nelle femmine (dopo Cipro e Spagna).

Il cambiamento nello stile di vita imposto dalla pandemia ha reso il fenomeno dell'obesità pediatrica ancora più allarmante.

I fattori che hanno contribuito al guadagno di peso in epoca pandemica sono stati l'incremento della sedentarietà (chiusura scuola, e delle palestre per attività ludico-sportive) e cambiamento delle abitudini alimentari (cambio di ritmo, di quantità e scelte alimentari) e dello stile di vita in particolare l'aumento del tempo trascorso dinanzi ad uno schermo (induttore di alimentazione non consapevole). Il tempo trascorso davanti allo schermo è associato all'esperienza di sovrappeso / obesità durante l'infanzia, probabilmente a causa dei doppi problemi del tempo sedentario e dell'associazione tra lo screentime e gli spuntini.

Per favorire e promuovere corretti stili di vita in bimbi e adolescenti con obesità o sovrappeso, la SIEDP ha messo a punto un "Vademecum" con alcuni consigli per contrastare il guadagno di peso e migliorare la salute. Questi consigli, semplici da seguire, possono essere una pratica guida per migliorare l'alimentazione e l'attività motoria nei bambini. Il "Vademecum" è consultabile online al sito web della SIEDP (www.siedp.it).

Al di là della elevata prevalenza del fenomeno, a destare allarme è soprattutto la consapevolezza, comprovata da un numero sempre più consistente di evidenze scientifiche, che l'obesità è gravata già in età pediatrica da numerose complicanze che sono tanto più evidenti quanto maggiore è la gravità dell'obesità e la sua persistenza. Diverse pubblicazioni scientifiche prodotte dal GdS Obe-

sità infantile, basate su studi multicentrici, hanno evidenziato, su un campione di oltre 5000 bambini italiani di età 5-18 con sovrappeso e obesità, che circa il 30% (27,6%) ha una condizione di prediabete, il 30% ha dislipidemia e il 10% ha ipertensione arteriosa e il 50% dei soggetti è affetto da steatosi.

Oltre alla salute fisica va sottolineato anche il disagio psicologico a cui sono esposti i bambini con obesità. Sempre il GdS obesità infantile della SIEDP ha pubblicato studi sul fenomeno del bullismo di cui sono spesso vittime i bambini obesi e sullo stigma connesso all'uso dei termini scorretti e offensivi per indicare l'obesità. Condizioni queste che peggiorano la percezione negativa che hanno di sé stessi rispetto ai coetanei normopeso e innescano un percorso psicologico che peggiora ulteriormente il grado di obesità. Il termine "peso-non-salutare" è quello ritenuto più motivante e meno offensivo sia dai genitori sia dagli adolescenti.

Il 60% di bambini obesi a 5-7 anni rimangono obesi in adolescenza e l'80% di adolescenti obesi saranno adulti obesi. È evidente, dunque, che il rischio di diventare un adulto obeso aumenta con l'età e che bisogna intervenire il più precocemente possibile.

Attraverso l'elaborazione di consensus, di protocolli assistenziali e la sperimentazione di nuovi modelli di intervento la SIEDP pone come obiettivo la prevenzione e la cura dell'obesità e delle sue complicanze.

Nel 2017 il gruppo di studio sull'obesità infantile ha elaborato la "Consensus nazionale su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente", condivisa con la Società Italiana di Pediatria e con le altre società scientifiche pediatriche e nel 2018 ha elaborato il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale dell'obesità pediatrica allo scopo di fornire uno strumento in grado di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con obesità. Tali documenti dimostrano la naturale vocazione del gruppo a rappresentare un autorevole riferimento per quanti, operatori sanitari e politici, sono impegnati nella lotta all'obesità infantile.

Considerata la natura multifattoriale dell'obesità, la Consensus prevede che le strategie di prevenzione dell'obesità debbano basarsi su un approccio multicomponente, che include azioni a livello politico, sociale ed educativo e multilivello che coinvolgano non solo il bambino ma anche la famiglia.

Nel documento della SIEDP è chiaramente sottolineato

come siano necessari interventi preventivi che investano anche la scuola e il sociale. In particolare, a scuola:

- Migliorare la qualità nutrizionale dei cibi offerti a scuola
- Rimuovere i distributori automatici di bevande zuccherate e di alimenti ricchi di zuccheri, sale e grassi, (divieto di vendita di tali prodotti);
- Offrire una merenda sana, meglio a base di frutta gratuitamente o a basso costo
- Offrire acqua gratuitamente attraverso distributori.
- Aumentare le ore di attività fisica in orario scolastico
- Rendere fruibili cortili e palestre per attività fisica/sportiva in orario extrascolastico.

Alcuni di questi provvedimenti sono già stati presi nelle scuole ma pochi e isolati non sono sufficienti.

Per quanto attiene la cura del bambino e adolescente con obesità la SIEDP sottolinea l'importanza di rete di assistenza regionale, possibilmente omogenea su tutto il territorio nazionale, costituita da 3 livelli di intervento tra loro integrati:

- al primo livello i Pediatri di Famiglia hanno il compito di fare informazione (favorire allattamento al seno, un corretto svezzamento ed una corretta alimentazione e attività motoria) e a tenere sotto controllo il rapporto peso/lunghezza ed il BMI, identificare i bambini a rischio di obesità o già obesi, motivare le famiglie a modificare la dieta e lo stile di vita ed infine inviare ai livelli di assistenza successivi i casi specifici.
- al secondo livello che compete al Servizio ambulatoriale o ospedaliero distrettuale organizzato su base multidisciplinare, i Pediatri con competenze di endocrino-diabetologia in collaborazione con le figure di dietista/nutrizionista e di psicologo, si occupano della diagnosi e attivano un intervento terapeutico multidisciplinare centrato sull'educazione alimentare e motoria e sulla modifica dello stile di vita. Il centro di secondo livello costituisce uno degli "spoke" della rete regionale per la cura dell'obesità pediatrica, ma anche un "hub" per la propria provincia.
- al terzo livello, che compete al Centro Specializzato in Endocrino/diabetologia organizzato su base multidisciplinare e multiprofessionale, i Pediatri con competenze di endocrino-diabetologia, in collaborazione con le figure di dietista/nutrizionista e di psicologo, adeguatamente formati, e un'equipe di specialisti formati all'obesità pediatrica (cardiologo, gastroenterologo, otorinolaringoiatra, pneumologo, ortopedico, neurologo, neuropsichiatra infantile, fisiatra, fisioterapista/educatore motorio, medico dello sport, oculista e chirurgo

esperto in chirurgia bariatrica), si occupano della diagnosi differenziale, della diagnosi delle complicanze e della cura di bambini affetti da obesità grave e complicata. Il centro di terzo livello rappresenta un "hub" regionale e coordina le varie attività della rete, nonché la formazione degli operatori di tutti i livelli della rete e la promozione di attività di ricerca.

Sebbene la modifica dello stile di vita sia sempre essenziale anche nelle forme più gravi di obesità talora è necessario ricorrere alla terapia farmacologica. A tale proposito è oramai autorizzato per il trattamento dell'obesità pediatrica dai 12 anni di età la liraglutide un farmaco utilizzato anche nella terapia del Diabete tipo 2 che sembra avere una discreta efficacia anche nei giovani con obesità riducendo il senso di fame, rallentando lo svuotamento gastrico con conseguente senso di sazietà. Il farmaco, che ha un costo elevato non sempre sostenibile da parte delle famiglie, per il diabete è in fascia A mentre per l'obesità non è soggetto a rimborsabilità (fascia C). La SIEDP si propone di identificare categorie di adolescenti con obesità complicata che necessitano di tutti gli sforzi possibili per un efficace calo ponderale e potrebbero giovare dell'utilizzo del farmaco in fascia A.

Infine, per gli investimenti sociali la SIEDP suggerisce di:

- limitare le pubblicità di alimenti ricchi di grassi, zuccheri semplici e sale, rivolte ai bambini ed eliminare questi alimenti negli ambienti frequentati dai bambini (Ospedali, Palestre ecc).

- promuovere l'attività fisica attraverso campagne mediatiche, promuovendo giochi attivi e uno stile di vita attivo (camminare a piedi, andare sul triciclo o in bicicletta, giocare all'aperto ecc.) in tutti i bambini a partire dai 2-3 anni di età e, a partire dai 5-6 anni, incentivare lo sport 2-3/settimane con detrazione fiscale delle spese, creare spazi pedonali di incontro, svago e attività fisica dedicati a giovani e alle loro attività, migliorare la qualità del trasporto pubblico, migliorare la sicurezza stradale (strisce pedonali, semafori)

- produrre video/fumetti/cartoni specifici per fasce di età atti a promuovere alimentazione sana, e stimolare attività motoria, ma anche le periodiche visite dal pediatra "controlla con il tuo pediatra che il peso di tuo figlio sia sempre salutare".





Claudio Cricelli,
Presidente SIMG



Gerardo Medea,
*Responsabile Area Metabolica
SIMG*

Sovrappeso e obesità rappresentano un problema molto diffuso con 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, 2019) ha dimostrato che un obeso severo/molto severo costa ogni anno tra i 450 e i 550 euro in più rispetto a una persona normopeso. 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. Diversi studi hanno anche dimostrato che il rischio di ospedalizzazione aumenta di tre volte negli obesi rispetto ai normopeso.

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.

Sono sempre più urgenti perciò politiche e interventi intersettoriali in grado di ridurre l'incidenza del problema e di prendere in carico precocemente le persone con obesità per evitare o contenere le numerose, gravi e spesso invalidanti complicanze cui le stesse persone possono andare incontro.

Nel campo della prevenzione le cure primarie possono contribuire con interventi mirati a cambiamenti individuali sullo stile di vita ma questi non producono effetti duraturi se non sono accompagnati da tutta una serie di modifiche ambientali, strutturali e socioculturali che consentano il mantenimento dei comportamenti appena acquisiti.

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 una

condizione di normalità piuttosto che modificarne una già patologica.

Da un punto di vista clinico il territorio è il luogo più naturale dove le persone con obesità possono essere intercettate, stratificate in base alle eventuali complicanze e il rischio cardiometabolico ed inserite in un percorso di cura multiprofessionale, affinché ognuna di loro possa ottenere il giusto trattamento a seconda i casi dietetico, comportamentale, farmacologico, chirurgico.

In ogni ambulatorio di Medicina Generale (ma la stessa sollecitazione è valida per qualsiasi struttura sanitaria) di fronte ad una persona con obesità, il medico dopo aver chiesto il permesso al paziente di parlare del problema, dovrebbe rilevare alcune semplici misure antropometriche, e poi dedicare un po' di tempo per esplorare le aspettative del paziente, motivandolo ad entrare in un percorso di cura.

Bisogna promuovere a livello territoriale la cultura della misurazione (peso, BMI, Circonferenza addominale) che oltre a trasmettere segnali positivi alla persona con obesità circa l'interesse dei sanitari al problema, permetterebbe di disporre di una solida banca dati per realizzare studi epidemiologici e clinici che aiuterebbero medici e decisori politici a comprendere il peso del problema e definire meglio le strategie di intervento intersettoriali. Si potrebbero misurare anche i risultati degli interventi attuati, individuare le priorità e risolvere le principali criticità.

L'abitudine alla misurazione non è poi così scontata se si considera che a livello territoriale la misura di un BMI recente (ultimi 2 anni) è disponibile solo nel 25% delle persone adulte, con percentuali ancora più basse per la circonferenza addominale.

È necessaria una vigorosa azione di formazione a livello territoriale, non solo per raggiungere gli obiettivi prece-

denti , ma anche per diffondere gli strumenti per la stadiazione delle persone con obesità (come l'Edmonton Obesity Staging System) come già è avvenuto con altri problemi (es.: le carte del rischio CV, le tabelle per stadiazione della BPCO, l'ASMa, ecc). Il MMG deve inoltre conoscere le indicazioni all'uso e i meccanismi d'azione dei farmaci utilizzabili in Italia per il trattamento dell'obesità per un loro uso appropriato.

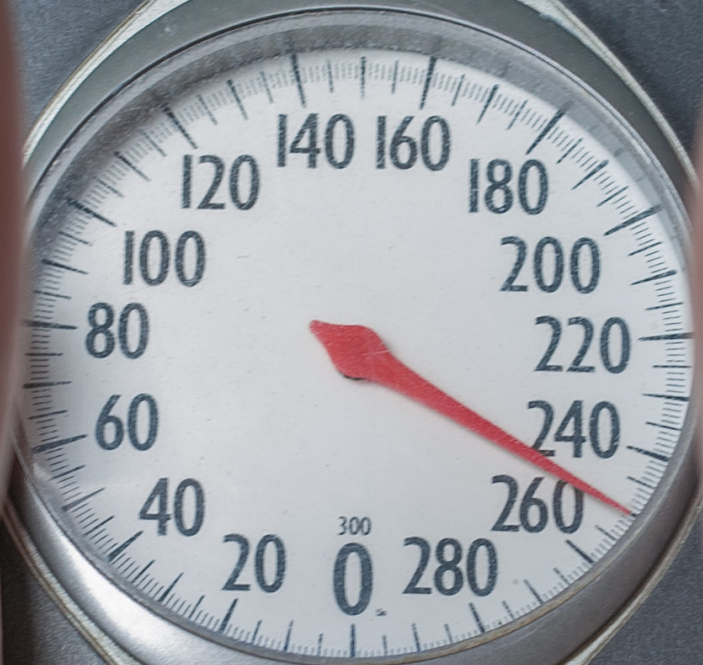
Ma è anche importante che si dia concreto avvio alle reti regionali per l'obesità , con centri hub e spoke compreso un coordinamento territoriale degli stessi e verso i quali i MMG possano indirizzare i pazienti per una presa in carico multidisciplinare (medici, dietista, psicologo).

L'obesità dunque gestita come ogni altra patologia cronica , per esempio il diabete, ma bisognerebbe anche in questo caso applicare una modalità proattiva di coinvolgimento dei pazienti. Siamo tuttavia consci che tali modalità comporterebbero uno straordinario dispendio di energie umane e di tempo. Un singolo MMG dovrebbe prendere in carico almeno 150 persone con obesità (e almeno 500 con sovrappeso).

È uno dei tanti motivi per cui chiediamo da tempo il potenziamento organizzativo delle cure territoriali che altrimenti saranno travolte dalle tsunami cronicità.

Neppure le misure economiche previste in campo sanitario dal PNRR hanno affrontato questo tema nella giusta maniera: sono stati stanziati xx miliardi di euro per ristrutturare e/o costruire ex novo edifici (case della comunità, Ospedali di comunità) ,ma si è pensato di utilizzare le risorse disponibili per potenziare l'organizzazione dei migliaia di studi di MG già esistenti e capillarmente distribuiti su tutto il territorio nazionale. Dotandoli di personale amministrativo ed infermieristico e di strumenti diagnostici di 1° livello, si da trasformarli in centri sanitari territoriali a media intensità di cure. Non solo.

Le cure primarie potrebbero finalmente attuare quegli interventi mirati (i giovani, i sani, i soggetti più a rischio ...) e strutturati di educazione sanitaria di cui tutti i documenti sull'obesità e non solo parlano, ma che rischiano di rimanere sempre mirabolanti sogni nel cassetto.



*Introduzione
e nota metodologica*



È tempo di cambiare

Antonio Nicolucci e Chiara Rossi, *CORESEARCH*

Paolo Sbraccia, *IBDO Foundation, Università di Roma "Tor Vergata"*

Roberta Crialesi, *ISTAT*

Il XXI secolo si trova di fronte ad un'epidemia di obesità. A livello mondiale l'obesità è quasi triplicata dal 1975; nel 2016 più di 1,9 miliardi di adulti erano affetti da eccesso ponderale, e di questi 650 milioni erano obesi.¹ Un elevato indice di massa corporea (BMI) era collegato ad almeno quattro milioni di decessi prematuri nel solo 2015.² Quello che una volta era solo un problema di salute che riguardava i paesi sviluppati è ora diventato una sfida mondiale e, entro il 2030, le previsioni indicano che saranno obese fino a 1,12 miliardi di persone in tutto il mondo.³

L'obesità costituisce un onere significativo per le persone che ne soffrono, dal momento che aumenta il rischio di conseguenze negative per la loro salute⁴ e riduce la loro aspettativa di vita.⁵

I crescenti livelli di obesità hanno anche un effetto negativo sulla società e sulla prosperità economica, per via della perdita di anni di vita produttiva⁶ e perché comportano un aumento delle richieste nei confronti dei sistemi sanitari.⁷

Nonostante la comunità scientifica riconosca l'obesità come una patologia cronica multifattoriale che richiede una gestione di lungo termine,^{8,9} essa viene spesso considerata come responsabilità del singolo sia da parte dei governi che dei sistemi sanitari e perfino dalle stesse persone con obesità.^{10,11}

La maggioranza delle attuali strategie di lotta all'obesità è incentrata sulla prevenzione o su interventi mirati alla dieta ed all'esercizio fisico.^{10,11,12,13}

Sebbene queste strategie siano importanti nella più ampia lotta all'obesità, esse rafforzano il concetto di responsabilità individuale e non affrontano la complessa natura dell'eccesso ponderale, né riconoscono la necessità di un approccio olistico integrato. Senza sostegno è poco probabile che le persone in eccesso ponderale richiedano un trattamento per l'obesità, e andranno incontro nel corso della propria vita a conseguenze negative per la propria salute, quali diabete di tipo 2, patologie cardiovascolari e alcuni tipi di tumore,^{4,14,15} ed è probabile che abbiano continuamente bisogno di aver accesso ad assistenza e cure multidisciplinari costose.^{16,1}

Paese:	Adulti* obesi nel 2014 ^{1,2}	Proiezioni di prevalenza dell'obesità nel 2025 se non si intraprendono ulteriori azioni ²	Numero di adulti che saranno obesi nel 2025 se non si intraprendono ulteriori azioni ²
Australia	3 adulti su 10 (4,9 milioni)	34%	6,9 milioni
Canada	3 adulti su 10 (7,7 milioni)	34%	10,4 milioni
Germania	2 adulti su 10 (13,9 milioni)	25%	16,7 milioni
Regno Unito	3 adulti su 10 (13,4 milioni)	34%	17,7 milioni
Stati Uniti	3 adulti su 10 (81 milioni)	n/a	n/a
Italia	2 adulti su 10 (10,5 milioni)	26%	12,6 milioni

Ref: 1. NCD Risk Factor Collaboration. Lancet. 2016;387(10026):1377–1396. 2. World Obesity Federation. World Obesity Day. Our data. World Obesity Federation 2017. <https://www.obesityday.worldobesity.org/ourdata2017>
Per adulti si intendono persone ≥ 20 anni di età.

Paese:	Numero di deceduti per cause correlate al sovrappeso ed all'obesità nel 2015	Decessi giornalieri
Australia	>14,000	39 [†]
Canada	>20,000	55 [†]
Germania	>64,800	178 [†]
Regno Unito	>39,900	110 [†]
Italia	>40,000	120
Stati Uniti	>291,000	799 [†]

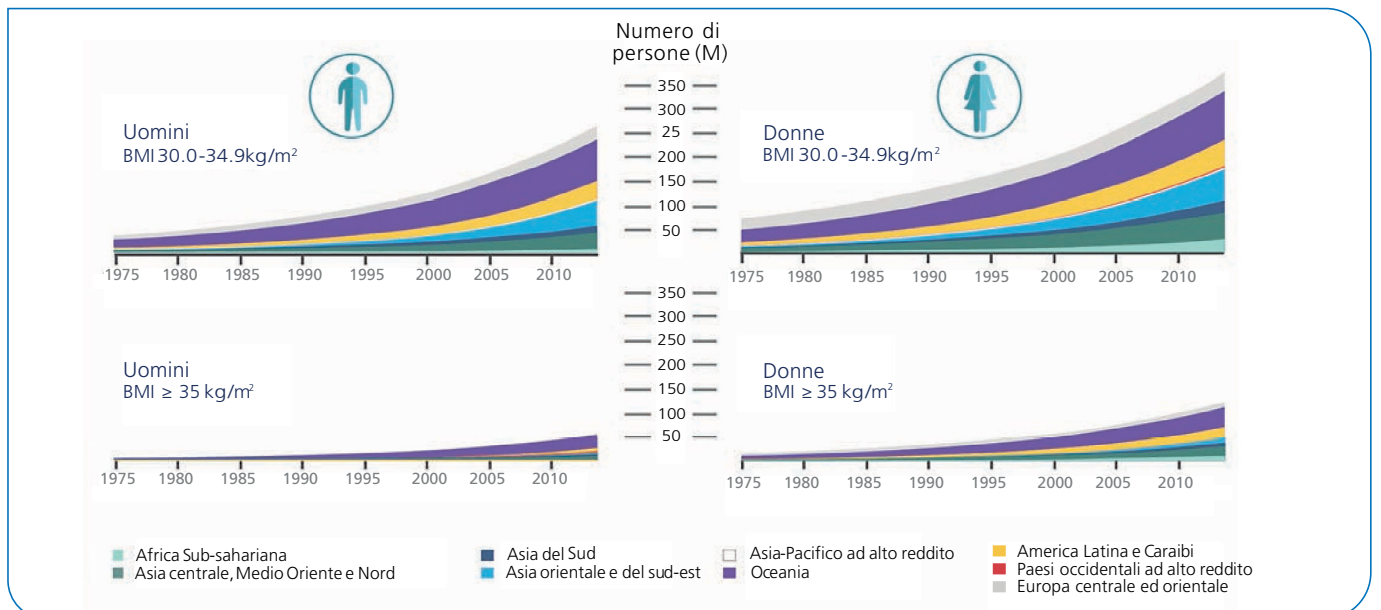
Ref: The GBD 2015 Obesity Collaborators. New England Journal of Medicine. 2017;377:13–27. †Calcolato in base ad un tasso di mortalità del 98 per 100.000

L'obesità non è una sfida nuova nel campo della salute ed esistono molte strategie per combatterla. Tuttavia, è urgente un approccio diverso, che riconosca che l'obesità non è la semplice risultante di un bilancio fra calorie in entrata e calorie in uscita, ma una patologia cronica complessa per la quale si dovrebbe stilare una lista di strategie olistiche multidisciplinari per garantire che venga fornito un sostegno efficace alle persone obese.¹⁹ Se la tendenza attuale non subirà modifiche, l'obesità ed i considerevoli costi economici ad essa associati continueranno ad aumentare e costituiranno un onere ancora superiore per i sistemi sanitari e per la società più in generale.^{18,20,21}

Le persone obese possono essere geneticamente predisposte ad avere un Indice di Massa Corporea (BMI) elevato. Dal momento che il corpo umano considera la scarsità di grasso corporeo come una minaccia per la sopravvivenza, gli obesi lottano contro una risposta biologica alla perdita di grasso corporeo che aumenta la fame e l'efficienza energetica e mina la loro stessa capacità di perdere peso e mantenere la perdita di peso.^{22,24} L'obesità non è una scelta ma una complessa patologia cronica polifunzionale che è influenzata da fattori genetici, fisiologici, ambientali, psicologici e socioeconomici.^{22,23,24,25}

Nonostante la natura complessa dell'obesità, per lungo tempo essa è stata oggetto di stigma e di idee sbagliate e questo ha influenzato gli atteggiamenti nei confronti degli obesi, portando ad un approccio che segue il concetto ampiamente accettato del 'mangia meno e fai più esercizio fisico'.¹⁰ Un approccio che finora non è stato sufficiente a fermare l'aumento del numero delle persone obese.²⁶

Per creare veramente un ambiente che offra sostegno alle persone obese e garantisca che a coloro che devono ottenere e mantenere una perdita di peso vengano forniti gli strumenti giusti per farlo, dobbiamo affrontare le barriere che oggi impediscono che ciò si verifichi.



Cfr. NCD. Risk Factor Collaboration. 2016. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. The Lancet; 387(10026):1377-96.





Stigma e pregiudizi diffusi sono una barriera fondamentale che impedisce di affrontare in maniera efficace l'obesità



Cfr.: Puhl RM, Heuer CA (2009) The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 17: 941–964

I miti e le idee sbagliate sull'obesità sono prevalenti nei media, nella cultura popolare e nella letteratura scientifica, con un 72% delle immagini sui media che rappresentano gli obesi come persone pigre, in cattiva salute e non motivate.^{27,28,29} Pertanto, non sorprende che la stigmatizzazione degli obesi sia stata definita come 'l'ultimo pregiudizio accettabile'.³⁰

Alla radice del problema c'è l'opinione che l'obesità sia una scelta di stile di vita dovuta ad una scarsa auto-disciplina e ad una mancanza di motivazione. Questa convinzione rimane fortemente presente nell'opinione pubblica con un aumento del 66% nell'ultimo decennio della discriminazione nei confronti del peso.³¹ Viene persino osservata negli operatori sanitari che sono stati individuati come la seconda fonte più frequente di stigma nei confronti del peso dopo i familiari.³²

Un recente sondaggio della European General Practitioners (Medici di Medicina Generale) ha rivelato che più di un terzo dei medici riteneva che i loro colleghi avessero un pregiudizio nei confronti delle persone obese ed il 55% ha affermato che pregiudizi e idee sbagliate in merito all'obesità sono comuni tra gli operatori.³³ Un altro studio realizzato negli Stati Uniti ha mostrato che un medico su due considera i pazienti obesi 'sgraziati, poco attraenti, brutti e non-compliant'.³⁴

Il pregiudizio sul peso tra gli operatori sanitari sta creando ostacoli all'assistenza fornita alle persone obese per una serie di ragioni. Il pregiudizio impedisce loro di avere un rapporto emozionale con i propri pazienti che, a sua volta, sfocia in mancanza di diagnosi e di sostegno e di un efficace intervento per la gestione del peso.^{10,35} Inoltre, il comportamento degli operatori sanitari ed il più ampio stigma da parte della società scoraggiano le persone obese dal cercare aiuto.^{10,31,36,37}

In effetti, rispetto alle donne con un BMI normale, è più probabile che le donne obese ritardino l'esame clinico del seno, la visita ginecologica ed il PAP test.³⁸

La barriera ad una cura efficace non è solo conseguenza dello stigma. Per le persone con eccesso di peso, la stigmatizzazione è associata ad una maggiore sofferenza psicologica ed un'obesità più grave.³⁹

Inoltre, da un punto di vista sociale più ampio, la presenza di stigma può comportare decisioni cliniche basate su scarsa informazione, raccomandazioni di salute pubblica inaccurate ed una allocazione non produttiva delle limitate risorse per la ricerca.⁴⁰

La natura complessa dell'obesità implica che non ci si possa aspettare che le persone affrontino da sole la malattia cronica

LUOGHI COMUNI SULL'OBESITÀ^{29,41,42}

1. L'obesità è causata principalmente dalla mancanza di attività fisica o da abitudini alimentari non sane

Molti altri fattori possono avere pari influenza sull'aumento di peso (es. riposo notturno insufficiente, stress psicologico, interferenti endocrini, farmaci e squilibri ormonali ecc.).

2. Gli obesi sono meno attivi delle persone normopeso

Quando si esaminano i livelli di attività fisica e le calorie consumate (kcal al giorno), le persone obese probabilmente bruciano più calorie al giorno per via dello sforzo aggiuntivo richiesto. La maggior parte delle persone, sia obese che non, non svolge la quantità raccomandata di attività fisica necessaria ogni giorno per avere benefici sulla salute. Chiunque, a prescindere dalla taglia del proprio fisico, trarrebbe vantaggio da un aumento di attività fisica e da una diminuzione del tempo trascorso seduti.

3. Tutti possono perdere peso con sufficiente forza di volontà

E' stato dimostrato che esistono numerose variabili genetiche che sono associate all'obesità e varie condizioni mediche (ipotiroidismo, sindrome dell'ovaio policistico, depressione) che possono aumentare il rischio di un aumento di peso. Nel corpo ci sono numerosi ormoni e pathway biologiche che si ritiene regolino il peso corporeo. Questi tendono ad essere disfunzionali negli obesi, rendendo molto più difficile la perdita di peso ed il suo mantenimento.

L'attuazione e la definizione di priorità degli interventi ambientali come la "sugar tax", migliori infrastrutture e programmi di attività fisica nelle scuole sono validi elementi nella più vasta lotta all'obesità. Tuttavia, esse non tengono conto dei fattori fisiologici, genetici e psicologici che hanno un impatto sulla capacità di una persona di perdere peso e mantenere la perdita ottenuta.

Se non trattata, l'obesità può avere una forte influenza su tutti i campi della vita di una persona, portando ad un maggior assenteismo dal lavoro,¹⁷ a problemi di salute mentale,^{31,43} e ad un impatto negativo sulle relazioni personali.⁴³ Queste conseguenze, così come lo stigma da affrontare, incidono sulla salute psicologica e possono innescare un ciclo perpetuo di disturbi dell'umore, che portano a mangiare eccessivamente e ad un aumento del peso nelle persone obese.⁴³ Questo ciclo è particolarmente prevalente in coloro che hanno una predisposizione genetica all'obesità o che vivono in un ambiente in cui è facile trovare cibi ricchi di calorie e dove sono limitate le opportunità di fare attività fisica.⁴³

“L'obesità può avere un grande impatto su tutti gli ambiti della vita di una persona”^{17,31,43}



Le persone obese che desiderano dimagrire sono spesso riuscite in più occasioni ad ottenere una perdita di peso significativa,^{35,44} ma non sono state in grado di mantenerla a causa di fattori fisiologici.⁴ La perdita di peso scatenava infatti una risposta ormonale che induce un maggior appetito ed un ridotto consumo di energia. Questa risposta non si ferma neanche molti anni dopo la perdita di peso iniziale.⁴²

Inoltre, le complicanze conseguenti dall'obesità rendono difficile perdere peso senza un intervento di gestione del peso stesso.

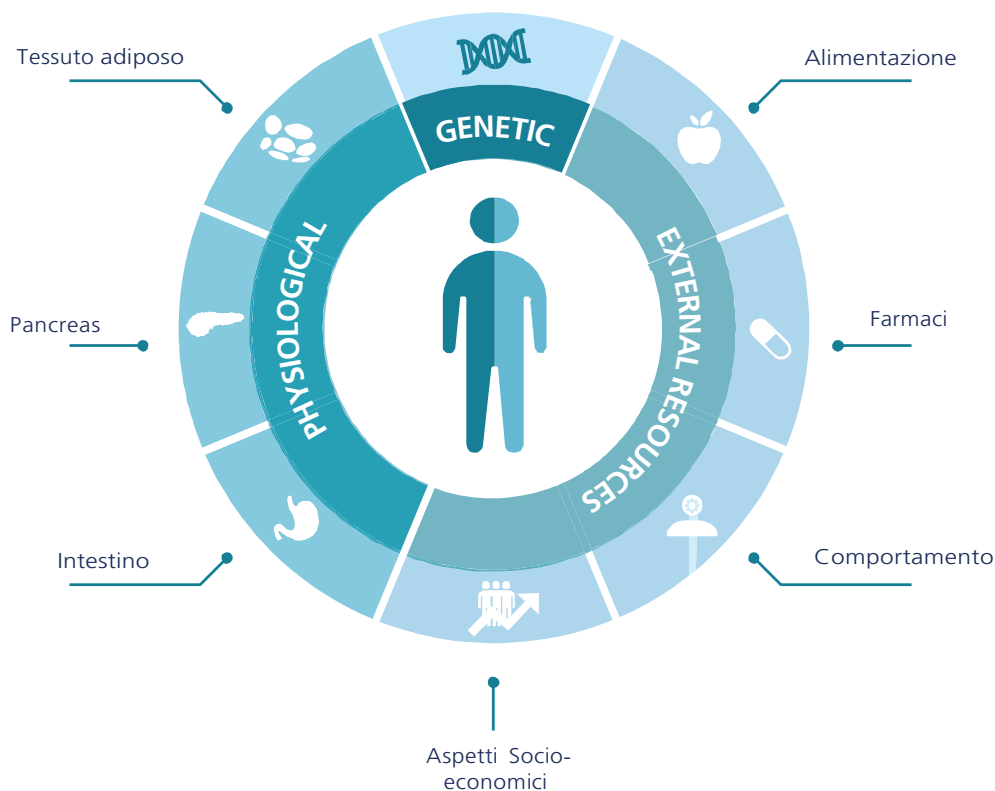
Le persone obese spesso presentano deficit funzionali nelle attività fisiche quotidiane dovute al respiro corto,⁴⁵ al dolore alle articolazioni che sopportano il peso, come le ginocchia,⁴⁶ a bassi livelli di energia (affaticamento) e/o perdita di mobilità.⁴⁷

Inoltre, l'obesità può far aumentare la percezione di affaticamento e la perdita di funzione fisica.⁴⁸

Le persone obese che riferiscono di non aver ricevuto una diagnosi formale ed un sostegno esterno hanno una minore probabilità di avere successo nel perdere peso.^{35,44,49} Senza un supporto continuo, le persone obese provano una motivazione ed una fiducia ridotte che influiscono negativamente sul loro peso e sullo stato di salute generale.^{35,44}

L'algoritmo semplicistico ma ampiamente accettato 'calorie in entrata rispetto a quelle in uscita' ignora i fattori multipli e complessi dell'obesità.³¹ Non trattare l'obesità come qualsiasi altra patologia cronica che richiede interventi olistici che combinano cambiamenti di stile di vita e terapia comportamentale, terapia farmacologica ed in certi casi chirurgia, si traduce in un circolo vizioso di inazione ed aumenta il rischio di complicanze correlate all'obesità.^{19,31} Non ci si può aspettare che le persone superino l'obesità da sole.

Molti fattori influenzano l'equilibrio metabolico di una persona nel corso della sua vita



Cfr.: 1. Woods & Seeley. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002;26 Suppl 4:S8-S10. 2. Campfield & Smith. Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 1999;13(1):13-30. 3. Badman & Flier. Science. 2005;307(5717):1909-14. 4. Kyle & Kuehl. www.obesityaction.org/community/article-library/prescription-medications-weight-gain.

Gli operatori sanitari hanno tutti gli strumenti necessari per affrontare in maniera efficace l'obesità?

Organizzazioni quali la EASO (European Association for the Study of Obesity – Associazione Europea per lo Studio dell'Obesità),⁵⁰ la CMA (Canadian Medical Association – Associazione Medica canadese),⁸ la AMA (American Medical Association – Associazione Medica Americana)⁹, e la WOF (World Obesity Federation – Federazione Mondiale sull'Obesità),⁵¹ hanno tutte riconosciuto l'obesità come patologia cronica multifattoriale che richiede una gestione a lungo termine. Tuttavia, solo una minoranza di persone obese oggi riceve una diagnosi⁵² ed ha accesso ad un supporto olistico e di lungo termine.^{31,53,54}

La pratica clinica attuale e le politiche di governo sono state per lungo tempo influenzate dal concetto predominante che l'obesità sia dovuta al comportamento dell'individuo e che, pertanto, la responsabilità della perdita di peso debba essere dell'individuo.^{19,31}

Questa concezione dell'obesità ha avuto un impatto significativo sui quadri di riferimento e le iniziative oggi attuate per gestire l'obesità, che si concentrano principalmente su interventi di salute pubblica che consentono alle persone di fare delle scelte più sane in termini di dieta ed esercizio fisico.^{11,12,13} Ciò nonostante il fatto che le prove scientifiche ed il consiglio degli esperti raccomandino di seguire un approccio olistico ed integrato per affrontare i fattori complessi associati all'obesità.¹⁹ Il modo attuale di vedere l'obesità ha comportato diverse barriere che hanno impedito un'efficace gestione clinica, compresa una mancanza di comprensione della malattia tra gli operatori sanitari,^{55,56} che ha portato a idee sbagliate e pregiudizi nei confronti delle persone obese,^{32,33,34} una scarsa comunicazione tra paziente ed operatore sanitario,^{52,57} una limitata disponibilità ed una limitata adozione di opzioni di trattamento,^{58,59,60} ed un insufficiente rimborso per la gestione dell'obesità.⁶⁰

I temi riguardanti la fisiopatologia e la gestione dell'obesità mancano spesso nella formazione medica degli operatori sanitari; l'88% dei medici di medicina generale in Europa non riceve alcuna formazione o un massimo di 48 ore di formazione durante tutto il percorso di studi

che, generalmente, dura circa 10 anni.³³ Inoltre, il 26% dei medici di medicina generale afferma di non ricevere alcun consiglio dalle autorità sanitarie competenti su come affrontare l'obesità ed un ulteriore 20% non è sicuro di aver ricevuto questi consigli.³³ Riscontri che sostanziano il fatto che solo il 20% dei medici di medicina generale in Europa ha citato la genetica come causa comune dell'obesità.³³

Inoltre, la mancanza di educazione e di guida comportano che gli operatori sanitari siano malamente attrezzati per comunicare in maniera efficace con i pazienti e per fornire diagnosi e trattamento adeguati. Anzi, molti operatori sanitari non parlano in maniera proattiva del peso con i propri pazienti anche quando il paziente sembra essere obeso.^{14,33}



Cfr.: 1. Knowler et al. N Engl J Med. 2002;346:393-403; 2. Li et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(6):474-80; 3. Dattilo et al. Am J Clin Nutr. 1992;56:320-8; 4. Siebenhofer et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011(9):CD008274; 5. Wing et al. Diabetes Care. 2011;34(7):1481-6; 6. Tuomilehto et al. Am J Respir Crit Care Med. 2009;179(4):320-7; 7. Foster et al. Arch Intern Med. 2009;169(17):1619-26. 8. Kuna et al. Sleep. 2013;36(5):641-9A; 9. Warkentin et al. Obes Rev. 2014;15(3):169-82; 10. Wright et al. J Health Psychol. 2013 Apr;18(4):574-86

Le ragioni principali addotte dagli operatori sanitari negli Stati Uniti sono la mancanza di tempo, questioni più importanti da discutere o la loro sensazione che il paziente non sia motivato a perdere peso.¹⁴

Similmente, in Europa le ragioni principali addotte sono: mancanza di tempo, il fatto che il paziente non voglia parlare del peso o la sensazione da parte del medico che sia responsabilità del paziente parlarne se desidera farlo.³³ Una sensazione che porta al risultato che il 74% dei medici di medicina generale in Europa ritiene che sia responsabilità del paziente gestire il proprio peso.³³

Quando si attribuisce la responsabilità al singolo di parlare del proprio peso, si parte dal presupposto che i pazienti siano consapevoli della propria condizione, mentre in realtà il 50% delle persone obese, anche quelle gravemente obese, si reputa in sovrappeso (48%) o perfino di peso normale (2%) e non obeso. Anche quando consapevoli, l'82% delle persone obese fa eco all'opinione degli operatori sanitari, dal momento che ritiene che perdere peso sia esclusivamente una loro responsabilità.¹⁴ Esistono molte barriere ad un'efficace gestione dell'obe-

sità ma un ruolo centrale è svolto dal fatto che le attuali pratiche di assistenza sanitaria non trattano l'obesità come problema complesso. Il che lascia agli operatori sanitari risorse minime per dare supporto ai propri pazienti, con una formazione insufficiente in relazione alle cause, alle conseguenze ed al trattamento dell'obesità, e mancanza di strumenti di valutazione per una corretta identificazione delle persone obese.^{33,61,62}

A causa di questi fattori, molti medici di medicina generale ritengono che gli operatori sanitari non possano fare molto per gestire in maniera efficace l'obesità.^{10,63} Di conseguenza, solo il 32% dei medici di medicina generale tiene traccia del peso dei propri pazienti, nonostante il fatto che il 58% di essi sia sovrappeso o obeso e solo una minoranza dei medici esegue il follow-up dei pazienti per monitorare i loro progressi nella perdita di peso.³³

Infine, le strategie attuali ci hanno lasciato dei sistemi sanitari che offrono scarsa o nulla gestione clinica dell'obesità.

“Le pratiche attuali nell’assistenza sanitaria non trattano l’obesità come un problema complesso.”

Il trattamento delle complicanze correlate all'obesità ha la priorità rispetto all'obesità stessa

Circa il 46% delle persone con un BMI >40 kg/m² presenta almeno cinque complicanze correlate, percentuale che passa al 55% nelle persone con un BMI >60 kg/m².⁴ Tra queste complicanze rientrano il diabete di tipo 2, le patologie cardiovascolari e alcuni tipi di tumori, tutte patologie che richiedono un livello sostanziale di cura e terapie farmacologiche.¹⁵

Queste complicanze sono solo tre dei 236 disturbi associati all'obesità e, con la previsione dell'aumento del numero di persone obese, ci si può aspettare che l'eccesso ponderale continui a rappresentare un fardello enorme per i sistemi sanitari di tutto il mondo.^{3,15} Si calcola che un BMI elevato farà salire la spesa sanitaria di una percentuale tra il 2% ed il 7% nei paesi sviluppati.¹⁸

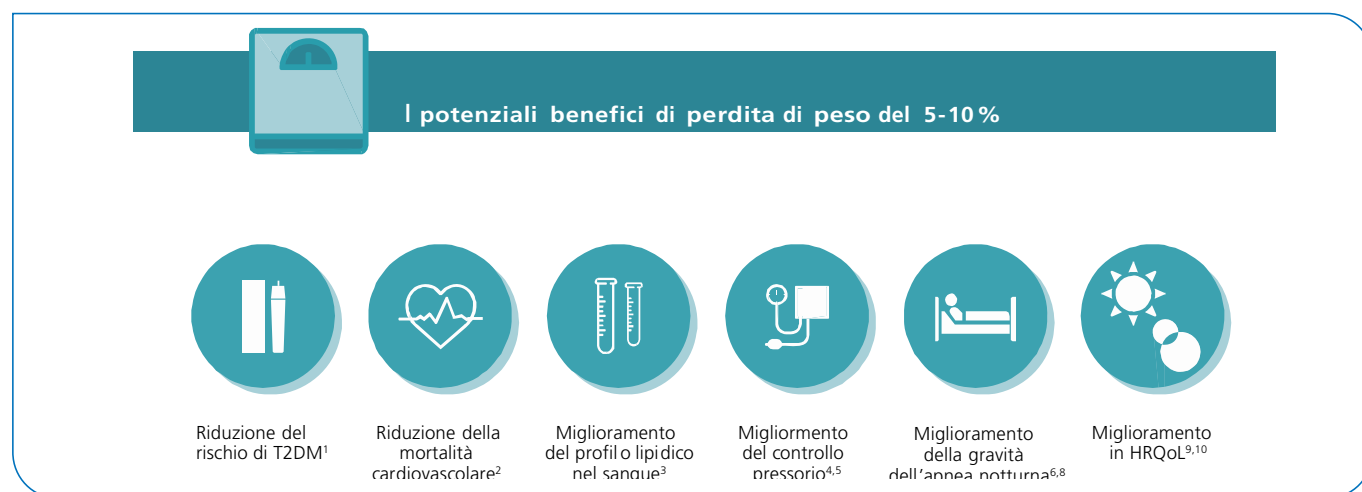
Rispetto alle persone normopeso, chi è in sovrappeso o obeso genera una spesa sanitaria di oltre il 22% in più a

causa di ricoveri ospedalieri, procedure in regime di day-hospital e costi del medico.¹⁶ Queste cifre non comprendono i costi finanziari del trattamento delle complicanze associate, che possono aumentare la spesa sanitaria nei paesi sviluppati fino al 20% in più, secondo alcune stime.¹⁸

Si calcola che il costo globale per curare i problemi di salute dovuti all'obesità raggiungerà \$1,2 trilioni all'anno a partire dal 2025,²⁰ una cifra insostenibile per i sistemi sanitari. Oggigiorno, gli Stati Uniti si trovano ad affrontare il costo di gran lunga più elevato per le cure, con un onere per la società di \$388 miliardi nel 2017, somma che rappresenta il 13% della spesa sanitaria totale.

In Germania, la cura delle complicanze correlate all'obesità rappresenta il 10% della spesa sanitaria globale e nel Regno Unito l'8%.²¹

“Si calcola che il costo globale della cura dei problemi di salute provocati dall'obesità raggiungerà \$1,2 trilioni all'anno a partire dal 2025.”⁴



Cfr.: 1. Puhl, R Heuer, C. 2010. Obesity stigma: important considerations for public health. American Journal of Public Health; 100 (6): 1019-1028 2. Wang, Y.C., et al. 2011 Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK, Lancet; 378(9793):81525.





L'impatto economico dell'obesità non si limita ai soli sistemi sanitari. Tra i costi indiretti dell'obesità rientrano la mortalità precoce, la disabilità e la perdita di produttività economica che rappresentano più della metà dell'onere economico dell'obesità.¹⁷ Alcuni stimano che l'impatto economico globale dell'obesità arriverà a \$2 trilioni o 2,8% del prodotto interno lordo globale (PIL).¹⁸ In generale, l'obesità oggi ha lo stesso impatto sull'economia globale dei conflitti armati o del fumo.¹⁸

Per ridurre i costi stimati, dobbiamo concentrarci sul trattare l'obesità come causa e non come fattore di rischio. Diversi studi hanno dimostrato che in persone obese o in sovrappeso una perdita di peso del 5–10% può ridurre la gravità o il rischio di complicanze, oltre che ridurre i costi per il sistema sanitario.^{64,65} Ad esempio, una moderata riduzione annuale a breve termine del BMI

(0,10–0,50 kg/m²) è collegata ad un 25% di riduzione del rischio di mortalità per un qualsiasi tipo di tumore.⁶⁶ Negli uomini, una perdita media di peso di 5,1 kg porta ad una riduzione del 20,4% dei fattori di rischio cardiovascolare, e nelle donne una perdita media di peso di 5,4 kg porta ad una riduzione del 12,6%.⁶⁷

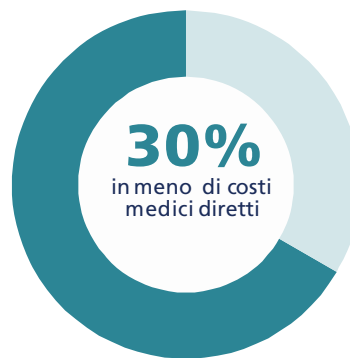
I benefici di una perdita ponderale del 5-10% vanno oltre la riduzione del rischio di conseguenze gravi per la salute: la perdita di peso ha anche un impatto più ampio sulla persona e sulla sua capacità di dare un contributo positivo alla società dal momento che è associata a miglioramenti moderati nella funzione fisica, nell'autostima e nella qualità di vita correlata alla salute (HRQoL).⁶⁸

Di conseguenza, fornire un'assistenza efficace alle persone obese sarà un investimento nella salute futura delle società e per i sistemi sanitari.

“Dobbiamo concentrarci sul trattare l'obesità come causa e non come fattore di rischio”



L'eliminazione dell'obesità centrale (eccesso di grasso addominale) può ridurre la frequenza di patologie cardiovascolari fino ad un massimo del 10% in Europa¹



In Australia, i costi medici diretti per le persone obese o in sovrappeso che hanno perso peso (-1,4 kg/m²) e/o hanno ridotto il proprio girovita (-7,1 cm) sono stati di circa il 30% in meno rispetto a quelli sostenuti per le persone ancora obese²

Cfr.: 1. Fox et al. Eur Heart J. 2009;30(24):3055-63. 2. Colagiuri et al. Med J Aust. 2010;192(5):260-4.

Australia	Nel 2017, il costo totale per la cura delle conseguenze sulla salute dell'obesità è stato di 11,2 miliardi di USD [†]	Investendo 188 milioni di USD* nel periodo 2014–2025 per la cura dell'obesità si potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza dell'obesità tra gli adulti entro il 2025 [§]
Canada	Nel 2017 il costo totale per la cura delle conseguenze dell'obesità sulla salute è stato di 18,6 miliardi di USD [†]	Investendo 376 milioni di USD* tra il 2014 e il 2025 per la cura dell'obesità si potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza di obesità adulta entro il 2025 [§]
Germania	Nel 2017, il costo totale per la cura delle conseguenze dell'obesità è stato di 36,5 miliardi di USD [†]	Investendo 237 milioni di USD* nel periodo 2014–2025 per la cura dell'obesità si potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza dell'obesità tra gli adulti entro il 2025 [§]
Italia	Nel 2017, il costo totale per la cura delle conseguenze dell'obesità è stato di 17 miliardi di USD	Investendo 216 milioni di USD* nel periodo 2014–2025 per la cura dell'obesità si potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza dell'obesità tra gli adulti entro il 2025
Regno Unito	Nel 2017, il costo totale per la cura delle conseguenze sulla salute dell'obesità è stato di 22,2 miliardi di USD [†]	Investendo 444 milioni di USD* nel periodo 2014–2025 per la cura dell'obesità si di 22,2 miliardi di USD [†] potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza dell'obesità tra gli adulti entro il 2025
Stati Uniti	Nel 2017, il costo totale per la cura delle conseguenze sulla salute dell'obesità è stato di 388 miliardi di USD [†]	Investendo 2,6 miliardi di USD* nel periodo 2014–2025 per la cura dell'obesità si potrebbe ridurre con successo dell'1% la prevalenza dell'obesità tra gli adulti entro il 2025 [§]

Cfr: World Obesity Federation. World Obesity Day. Our data. World Obesity Federation 2017. Available at <https://www.obesityday.worldobesity.org/ourdata2017>

*Sulla base dei calcoli della World Obesity Federation. [†]Per conseguenze sulla salute dell'obesità si intendono tutti gli ulteriori costi sanitari dovuti all'eccesso di peso rispetto al peso normale di una persona. Le conseguenze sulla salute includono il trattamento di patologie quali diabete, patologie epatiche, tumori e patologie cardiache.

§ Trattare l'obesità include programmi personali del medico di base, chirurgia bariatrica, farmaci ed interventi ambientali.

Dove stiamo andando?

L'aumento della prevalenza dell'obesità continuerà a imporre un onere significativo sui servizi sanitari e sull'economia più in generale, a meno che non si adottino un approccio a livello della società tutta.

Si dovrebbe plaudere ai governi che stanno attuando politiche preventive ma si deve fare di più per sostenere chi soffre di obesità ora. La prevenzione non basta: per ridurre al minimo l'onere economico ed avere un impatto positivo sulla società, vanno fissate delle politiche che si concentrino sull'affrontare tutte le cause dell'obesità, siano esse ambientali, comportamentali o psicologiche.

Bibliografia

1. World Health Organization. 2018. Obesity and overweight. [Online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Accessed October 2018].
2. The GBD 2015 Obesity Collaborators. 2017. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *The New England Journal of Medicine*; 377 (1): 13-27.
3. Kelly, T et al. 2008. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*; 32: 1431-1437.
4. Agborsangaya, C.B., et al. 2015. Multimorbidity in a prospective cohort: prevalence and associations with weight loss and health status in severely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*; 23(3):707-12.
5. Prospective Studies Collaboration. 2009. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies, *Lancet*; 373(9669):1083-96.
6. Fontaine, K.R., et al. 2003. Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*; 289 (2): 187-193.
7. Wang, Y.C., et al. 2011 Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK, *Lancet*; 378(9793):815-25.
8. The Canadian Medical Association. 2015. CMA recognises obesity as a disease [Online] Available at <https://www.cma.ca/En/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx> [Accessed October 2018].
9. American Medical Association House of Delegates, 2013. Recognition of obesity as a disease. Resolution 420 (A-13). 16th May 2013. Chicago, USA.
10. Henderson, E. 2015. Obesity in primary care: a qualitative synthesis of patient and practitioner perspectives on roles and responsibilities. *Br J Gen Pract*; 65 (633): e240-e247.
11. World Health Organisation: Controlling the global obesity epidemic [Online] Available at <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/> [Accessed October 2018].
12. World Health Organisation. Global strategy on diet, physical activity and health: global strategy: overall goal [Online] Available at <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/> [Accessed].
13. The European Commission. 2014. EU action plan on childhood obesity 2014-2020 [Online] Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf [Accessed October 2018].
14. Kaplan, L.M., 2017. Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study, *Obesity*; 26(1):61-69.
15. Yuen, M.M., et al. (n.d.). A systematic review and evaluation of current evidence reveals 236 obesity-associated disorders. Massachusetts General Hospital & George Washington University. [Poster presentation].
16. Tarride, J.E. et al. 2012. Health status, hospitalizations, day procedures, and physician costs associated with body mass index (BMI) levels in Ontario, Canada. *Clinicoeconomics and Outcomes Research*; 4:21-30.
17. Dee, A., et al. 2014. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC Research Notes*; 7:242.
18. McKinsey Global Institute. 2014. Overcoming obesity: an initial economic analysis. [Online] Available at: https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx [Accessed October 2018].
19. Froom, S. et al. 2013. Obesity, complexity, and the role of the health system. *Curr Obes Rep* 2; 320-326.
20. World Obesity Federation. 2017. World Obesity Day data released [Online] Available at: <https://www.worldobesity.org/news/world-obesity-day-data-released/> [Accessed September 2018]
21. World Obesity Federation. 2017. Our data – World Obesity Day [Online] Available at: <https://www.obesityday.worldobesity.org/ourdata2017> [Accessed September 2018].
22. Guyenet, S.J., & Schwartz, M.W. 2012 Regulation of food intake, energy balance, and body fat mass: implications for the pathogenesis and treatment of obesity. *J Clin Endocrinol Metab*; 97:745-55.
23. Badman, M.K., Flier, S.J. 2015 The gut and energy balance: visceral allies in the obesity wars. *Science*; 307: 1909-14.
24. Tanaka, T. et al. 2013. Genome-wide meta-analysis of observational studies shows common genetic variants associated with macronutrient intake. *Am J Clin Nutr*; 97: 1395-402.
25. Woods, S.C., Seeley, R.J. 2002. Understanding the physiology of obesity: review of recent developments in obesity research. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 26: S8-10.
26. Ralston, J. et al. 2018. Time for a new obesity narrative. *The Lancet*; 392 (10156): 1384 - 1386.
27. Heuer, C. et al. 2011. Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *Journal of Health Communication*; 16 (9): 976-987
28. McClure, K.J., et al. 2011. Obesity in the news: do photographic images of obese persons influence antifat attitudes? *Journal of Health Communications*; 16 (4): 359-71
29. Chaput, J.P. et al. 2014. Widespread misconceptions about obesity. *Can Fam Physician*; 60; 973-975
30. Bevan, S. 2018. Obesity at work: fighting fat or fighting stigma? *HR Magazine* [Online] Available at: <http://www.hrmagazine.co.uk/article-details/obesity-at-work-fighting-fat-or-fighting-stigma> [Accessed September 2018]
31. Puhl, R., Heuer, C. Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*; 100 (6): 1019-1028.
32. Puhl, R, Heuer, C 2009. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*; 17: 941-964.
33. European Association for the Study of Obesity. 2018. Survey of European GPs – GPs' perceptions, knowledge and treatment of obesity [Online] Available at:

- <https://www.europeanobesityday.eu/gpsurvey/> [Accessed September 2018].
34. Foster, G.D., et al. 2003. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity research*; 11 (10): 1168-77
 35. Lewis, S. et al. 2010. Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 7: 443-459
 36. Lewis, H.K., Gudzone, A.K. 2014. Overcoming challenges to obesity counseling: suggestions for the primary care provider. *Journal of Clinical Outcomes Management*; 21(3)
 37. Gudzone, A.K., et al. 2013. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity*; 21; 2146-2152.
 38. Fontaine, K.R. 1998. Body weight and healthcare among women in the general population. *Archives of Family Medicine*; 7 (4): 381-384.
 39. Myers, A., Rosen, J.C. 1999. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*; 23: 221-230.
 40. Casazza, K. et al. 2013. Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med*; 368(5):446-54.
 41. Yang, W. et al. 2017. Genetic epidemiology of obesity. *Epidemiol Rev*; 29:49-61.
 42. Greenway, F.L. 2015. Physiological adaptations to weight loss and factors favoring weight regain. *International Journal of Obesity*; 39:1188-1196.
 43. Collins, J.C. Bentz, J.E. 2009. Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*; 4 (4): 124-127 44.
 44. Visram, S. et al. 2009. Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention. *Br J Community Nurs*; 14(11): 495-501.
 45. Sjöström, L. et al. 1992. Swedish obese subjects (SOS). Recruitment for an intervention study and a selected description of the obese state. *International Journal of Obesity and related metabolic disorders*; 16 (6): 465-79.
 46. Lawrence, V.J., Kopelman, P.G. 2004. Medical consequences of obesity. *Clinics in dermatology*; 22 (4): 296-302.
 47. Hajek, A. 2015. Prevalence and determinants of overweight and obesity in old age in Germany. *BMC Geriatrics*; 15 (83): 1-13.
 48. Baçkurt, Z. et al. 2017. Association among measures of physical function, functional disability and self-perceived fatigue in individuals with obesity. *Biomedical Research*; 28 (20): 9032-9038.
 49. Kaplan, L.M, et al. 2017. Divergence in perceptions and attitudes among people with obesity, healthcare professionals, and employers create barriers to effective obesity management: results of the national ACTION study. ECO 2017 encore, ACTION Quant employers abstract.
 50. EASO. 2015. 2015 Milan Declaration: a call to action on obesity [Online] Available at: <http://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action-on-obesity/> [Accessed November 2018].
 51. Bray, G.A. et al. 2017. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation, *Obesity Reviews*; 18 (7): 715-723.
 52. Ma, J. et al. 2009. Adult obesity and office-based quality of care in the U.S. *Obesity (Silver Spring)*; 17:1077-85.
 53. Lagerros, Y.T., Rossner, S. 2013. Obesity management: what brings success? *Therapeutic Advances in Gastroenterology*; 6 (1): 77-88.
 54. Garvey, W.T., Mechanick, J.I., Brett, E.M. et al. 2016. Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrinology Practical*; 22 (3) 1-203.
 55. Stanford, F.C. et al. 2015. The role of obesity training in medical school and residency on bariatric surgery knowledge in Primary Care physicians, *International Journal of Family Medicine*; 841249.
 56. Phelan, S. et al. 2014. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study, *Obesity*; 22: 1201-8.
 57. Blackburn, M. et al. 2015. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses, *BMJ Open*; 5: e008546.
 58. Haslam, D. 2016. Weight management in obesity – past and present, *International Journal of Clinical Practice*; 70: 206-17.
 59. Thomas, E.C. et al, 2016. Low Utilization of Obesity Medications: What are the Implications for Clinical Care?. *Obesity*; 24(9): 19551961. doi:10.1002/oby.21533.
 60. Toplak, H. et al. 2014. EASO Position Statement on the Use of Anti-Obesity Drugs. [Online] Available at: <http://easo.org/wp-content/uploads/2015/03/The-use-of-anti-obesity-drugs.pdf> [Accessed November 2018].
 61. Cawley, J., Burkhauser, R., 2006. Beyond BMI: the value of more accurate measures of fatness and obesity in Social Science research. The national bureau of economic research; working paper 12291.
 62. Kragelund, C., Ormland, T. 2005. A farewell to Body-Mass Index? *Lancet*; 366: 1589-1591.
 63. STOP Obesity Alliance. 2014. Why weight? A guide to discussing obesity & health with your patients. [Online] Available at: www.stopobesityalliance.org/wp-content/themes/stopobesityalliance/pdfs/STOP-Provider-Discussion-Tool.pdf [Accessed November 2018].
 64. Dall, T.M. et al. 2011. Weight loss and lifetime medical expenditures: a case study with TRICARE prime beneficiaries. *Am J Prev Med*; 40(3): 338-44.
 65. Vasiljevic, N. et al. 2012. The relationship between weight loss and health-related quality of life in a Serbian population. *Eur Eat Disord Rev*; 20(2):162-8.
 66. Taghizadeh, N. et al. 2015. BMI and lifetime changes in BMI and cancer mortality risk. *PLoS One*; 10 (4): 1-16.
 67. Lori, I. et al. 2009. Survey of cardiovascular risk factors in overweight and obese patients (SCOOP study) six-month changes in risk factor levels and cardiovascular risk. *European Journal of Internal Medicine*; 20 (3): 280-8.
 68. Kolotkin, R.L. et al. 2009. One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health Qual Life Outcomes*; 7:53.

*Le sfide di policy:
il patto di legislatura
sull'obesità*



UN PATTO DI LEGISLATURA SULL'OBESITÀ

Durante la XVIII Legislatura, il 13 novembre del 2019, è stata votata all'unanimità alla Camera dei Deputati la Mozione, sottoscritta da tutti i gruppi politici, per riconoscere l'obesità come malattia cronica e per dare avvio a un Piano nazionale di prevenzione finalizzato a promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio.

Un vero patto di legislatura che ha impegnato tutte le forze politiche a considerare l'obesità una priorità del nostro sistema sanitario e che ha consentito all'Italia di essere un Paese guida a livello mondiale nella lotta e nella prevenzione all'obesità.

Un patto di legislatura che si è sostanziato attraverso sinergie con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni e gli Enti Locali per la ricerca di soluzioni volte a considerare l'obesità all'interno del Piano Nazionale della Cronicità, all'interno dei LEA, nel sistema nazionale delle linee guida e all'interno delle reti regionali di assistenza.

Un patto che si è interrotto - momentaneamente - con la fine della legislatura, ma che necessita risposte istituzionali urgenti.

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale e di spesa per i servizi sanitari nazionali 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 rilevante fattore di rischio rispetto all'insorgere di varie malattie croniche, quali diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari e tumori.

Il soggetto obeso riscontra infatti un maggiore rischio di sviluppare altri disturbi di salute, soprattutto a carico dell'apparato cardiovascolare, digerente, respiratorio e alle articolazioni. 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 siano attribuibili all'obesità e al sovrappeso e purtroppo la pandemia dovuta a COVID 19 ha confermato la fragilità e la vulnerabilità della persona con obesità.

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.

Oggi considerare l'obesità una condizione o una colpa individuale, fa parte di quello che è definito "stigma" che la persona con obesità costantemente subisce.

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. L'opinione pubblica, la classe politica, i media e anche parte del mondo sanitario hanno una visione superficiale del problema, talvolta anche errata.

Se vogliamo porre fine allo stigma sull'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 e sull'inclusione sociale delle persone.

Le immagini di persone che indossano abiti inadeguati e che si comportano in modo stereotipato (ad esempio consumando cibi malsani) stanno disumanizzando e generando generalizzazioni ingiuste nei confronti di coloro che soffrono di obesità, influenzando negativamente anche sulla percezione individuale e collettiva.

Esistono dati a livello globale in merito alla discriminazione basata sul peso in molte delle fasi della vita lavorativa, incluse i colloqui di selezione e i processi di assunzione, le disparità salariali, i minori avanzamenti di carriera, o azioni disciplinari più severe e maggiori rischi di licenziamenti e di mobbing.

Inoltre, nell'ambiente scolastico, è noto come il bullismo sui giovani con obesità sia uno dei fattori più presenti, cosiddetto body shaming.

In molti casi, inoltre, la persona con obesità è anche vittima di emarginazione sanitaria, che la discrimina nell'accesso alle cure e ai trattamenti e che finisce per condizionarne la qualità di vita.

Purtroppo esistono una forte discriminazione ed emarginazione sanitaria, derivanti dal non riconoscimento dell'obesità nei percorsi clinico-terapeutici-assistenziali. Anche questa può dirsi una forma di "bullismo" istituzionale.

Il diritto delle persone con obesità a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa alla pari delle persone senza obesità deve essere considerato l'obiettivo primario delle azioni di governo a livello nazionale e regionale, considerando l'obesità una malattia.

La XIX legislatura dovrà assicurare piena continuità e rinnovare il PATTO DI LEGISLATURA SULL'OBESITÀ agendo UNITARIAMENTE E SUBITO per garantire alla persona con obesità il pieno accesso alle cure e ai trattamenti farmacologici.

Per questo chiediamo a tutte le forze politiche di continuare il loro impegno unitario sull'obesità e inserire nell'agenda politica un **PATTO DI LEGISLATURA SULL'OBESITÀ** che tenga conto dei seguenti sei punti:

- 1 Lotta allo stigma clinico ed istituzionale**
- 2 Considerare l'obesità come malattia cronica**
- 3 Promuovere linee guida per l'obesità**
- 4 Garantire il pieno accesso alle cure e ai trattamenti farmacologici alla persona con obesità**
- 5 Realizzazione delle reti regionali di assistenza per l'obesità**
- 6 Porre attenzione all'obesità infantile-giovanile e a quella di genere**

Luca Busetto
Presidente SIO



Annamaria Colao
Presidente SIE



Giuseppe Malfi
Presidente ADI



SIO
Società Italiana dell'Obesità



SIEDP



IO • net
Italian obesity network

Andrea Lenzi
Presidente OPEN Italia



Claudio Cricelli
Presidente SIMG



Antonio Caretto
Presidente Fondazione ADI



OPEN
ITALY
Obesity Policy Engagement Network



ADI
ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



IBDO FOUNDATION
NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

Maria Carolina Salerno
Presidente SIEDP



Iris Zani
Presidente Amici Obesi



FONDAZIONE ADI



Amici Obesi

Paolo Sbraccia
V. Presidente IBDO Foundation



Giuseppe Fatati
Presidente IO-NET



Marcoantonio Zappa
Presidente SICOB



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE



S.I.C.O.B.



*L'obesità
in Italia*



L'obesità in Italia

Emanuela Bologna, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi, Lidia Gragiulo, Laura Iannucci
ISTAT

1 Il quadro epidemiologico dell'obesità e dell'eccesso di peso nella popolazione adulta

L'obesità è ormai classificata come patologia vera e propria, oltre a rappresentare un fattore di rischio nell'insorgenza di altre malattie cronicodegenerative del sistema cardiovascolare, come l'ipertensione e le malattie coronariche, ma anche del diabete di tipo 2 o di alcuni tipi di cancro (IBDO Foundation 2021). Inoltre la pandemia da Covid-Sars2 ha fatto emergere come rappresenti un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di complicanze da COVID-19, con un maggior rischio di ospedalizzazione e di mortalità (World Obesity 2021).

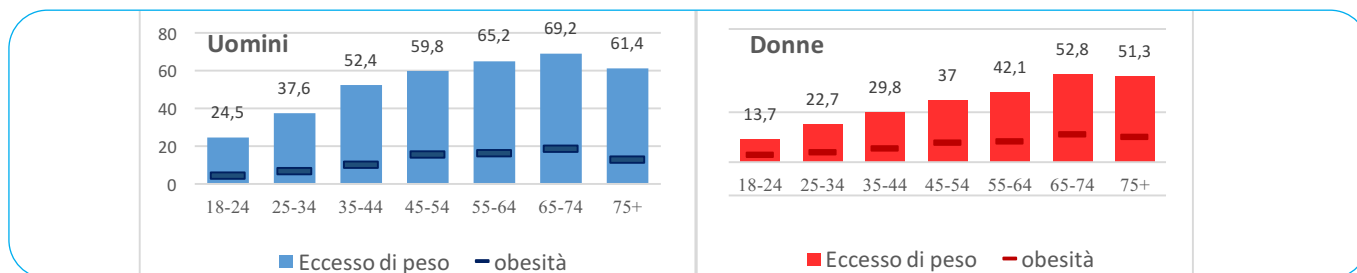
Oltre a costituire da anni un aspetto rilevante nei Piani Nazionali di Prevenzione, per contenere la diffusione del fenomeno, l'Italia sta ulteriormente promuovendo ulteriori iniziative testimoniate dall'ultimo accordo Stato-Regioni in cui il 15 settembre 2022 sono state approvate le Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità volte a creare sinergie tra i tutti i possibili soggetti coinvolti (Ministero della salute 2022). Infatti, se nel confronto con gli altri paesi europei, a parità di metodo di misurazione, i livelli di obesità per gli adulti sono più contenuti, ma pur sempre in crescita, l'Italia continua a registrare prevalenze dell'eccesso ponderale nell'età evolutiva superiori a molti paesi dell'Unione europea.

Secondo le stime Istat più recenti¹, nel 2021 in Italia tra gli adulti la quota di persone obese ha raggiunto i livelli più elevati dal 2001 pari al 12%,

con un incremento di oltre 1 punto percentuale rispetto al periodo pre-pandemico (era 10,9% nel 2019). Per l'eccesso di peso, l'indicatore che considera insieme sovrappeso e obesità, il tasso grezzo si attesta al 46,2%, simile al 2019 (46,4%). La figura 1 conferma anche per il 2021 il noto andamento crescente dell'indicatore di eccesso di peso e dell'obesità nella popolazione adulta all'aumentare dell'età. Le prevalenze più basse di eccesso di peso si riscontrano tra le giovani di 18-24 anni (13,7% vs il 24,5% dei loro coetanei maschi), mentre quelle massime si rilevano tra gli uomini di 65-74 anni (69,2% vs il 52,8% delle coetanee). Sempre con riferimento all'eccesso di peso, le differenze di genere evidenziano lo svantaggio maschile in tutte le età: se la maggioranza degli uomini adulti presenta un eccesso ponderale già a partire dai 35 anni, tra le donne ciò accade dopo i 65 anni. Tra gli over75, come tra i più giovani, la distanza delle prevalenze tra i due sessi è più contenuta rispetto alle altre fasce di età: le quote sono pari a 61,4% per gli uomini e 51,3% per le donne (Figura 1).

Anche l'obesità è maggiormente diffusa tra gli uomini, ma le differenze di genere sono meno marcate e si inverte lo svantaggio tra gli ultrasettantacinquenni, perché sono le donne a essere maggiormente penalizzate. Nella popolazione adulta l'obesità riguarda complessivamente il 12,9% degli uomini e l'11,1% delle donne. A 18-24 anni le prevalenze sono più contenute e molto simili tra uomini e donne (rispettivamente 4,4% e 4,2% nel 2021), ma quadruplicano nella classe 65-74 anni, raggiungendo il 18,8% tra gli uomini e il 16,5% tra le loro coetanee.

Figura 1. Persone di 18 anni e più in eccesso di peso e obesità, per classe di età e genere. Anno 2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

¹ Per gli adulti dai 18 anni e oltre le stime prodotte dall'Istat sono calcolate sui dati antropometrici di peso e statura, riferiti dagli intervistati appartenenti ad un campione rappresentativo della popolazione di 39.145 individui e tengono conto della classificazione dell'Oms dell'Indice di massa corporea (BMI - Body Mass Index).

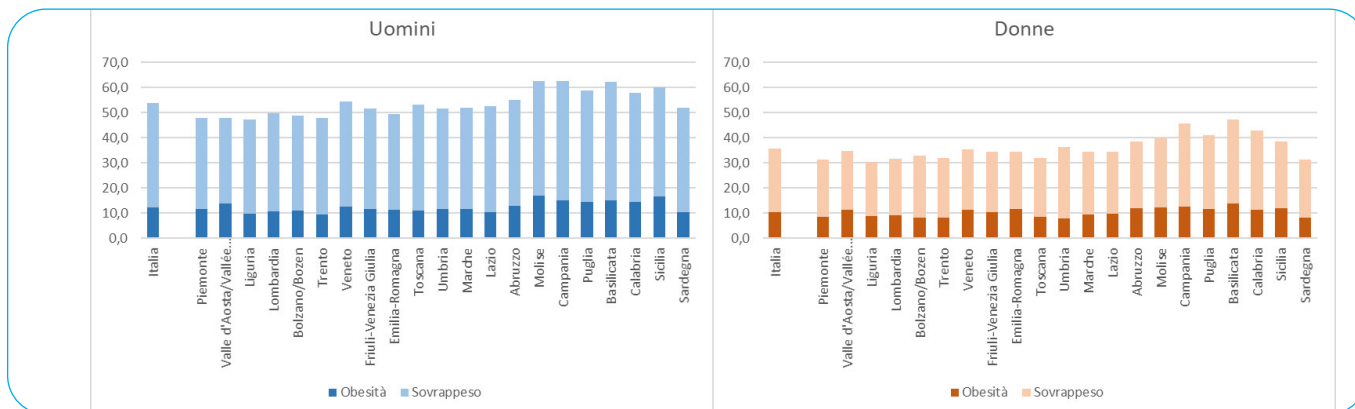
1.1 La geografia dell'eccesso di peso

La quota di popolazione adulta in eccesso di peso nel 2021 varia dal 39,8% del Nord-Ovest al 43,0% circa nel Nord-Est e al Centro, sale al 47,0% nelle Isole e al 51,5% del Sud (tassi standardizzati). Si conferma pertanto il noto gradiente territoriale che vede una maggiore diffusione dell'eccesso di peso nel Meridione del paese.

I dati territoriali per genere presentano per le donne tassi molto più bassi rispetto agli uomini, tuttavia in entrambi i sessi si conferma il gradiente Nord-Sud (Figura 2). Il valore minimo dell'eccesso di peso si registra in Liguria sia negli uomini (47,2%) sia nelle donne (30,3%), mentre il valore

massimo negli uomini si rileva in Campania (62,6%) e nelle donne in Basilicata (47,1%). Il divario di genere è massimo in Toscana (53,0% negli uomini e 31,9% nelle donne) e in Sardegna (51,8% vs. 31,2%). Per l'obesità si osserva una maggiore variabilità territoriale, con il valore minimo per gli uomini adulti nella Provincia autonoma di Trento (9,5%) e per le donne adulte in Umbria (7,8%), mentre i valori massimi si registrano rispettivamente in Molise (16,9%) e in Basilicata (14,0%). Per questo indicatore le differenze di genere sono più elevate in Umbria (11,8% negli uomini e 7,8% nelle donne) e in Sicilia (16,8% vs. 11,9%).

Figura 2. Persone di 18 anni e più in sovrappeso e obesità per genere e regione. Anno 2021 (tassi standardizzati per 100 persone)

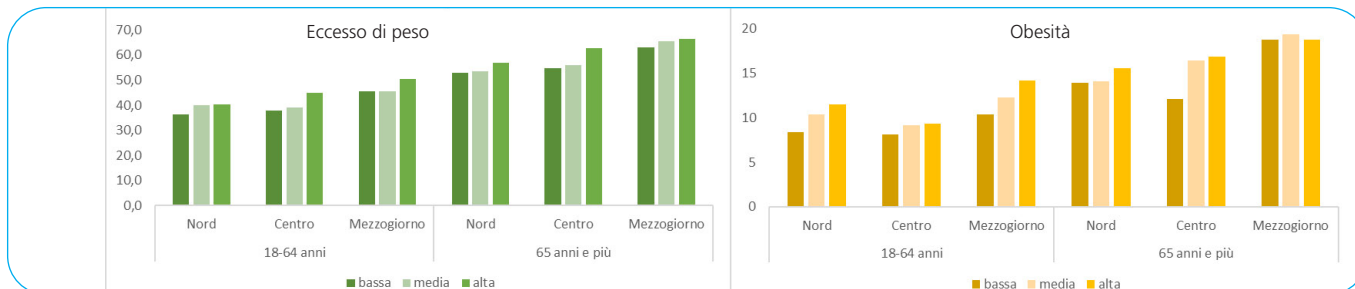


Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

Analizzando il territorio anche rispetto al grado di urbanizzazione, distinguendo i comuni secondo la densità abitativa, si osserva una tendenza ad una maggiore diffusione del problema dell'eccesso di peso nelle aree urbane ad elevata densità, soprattutto tra gli adulti di 18-64 anni (Figura 3). In questa fascia di età la prevalenza è significativamente più alta in tutte le ripartizioni geografi-

che nei comuni ad elevata densità. Mentre per gli anziani di 65 anni e più l'incremento è significativo solo al Centro. Per l'obesità le prevalenze nelle aree a bassa e ad alta densità non presentano differenze significative per la popolazione anziana, mentre lo sono per gli adulti di 18-64 anni residenti al Nord (8,4% nei comuni a bassa densità e 11,5% in quelli ad alta densità) e nel Mezzogiorno (10,4% vs. 14,2%).

Figura 3. Persone di 18 anni e più in eccesso di peso e obesità per classi di età, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione. Anno 2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

1.2 Disuguaglianze sociali

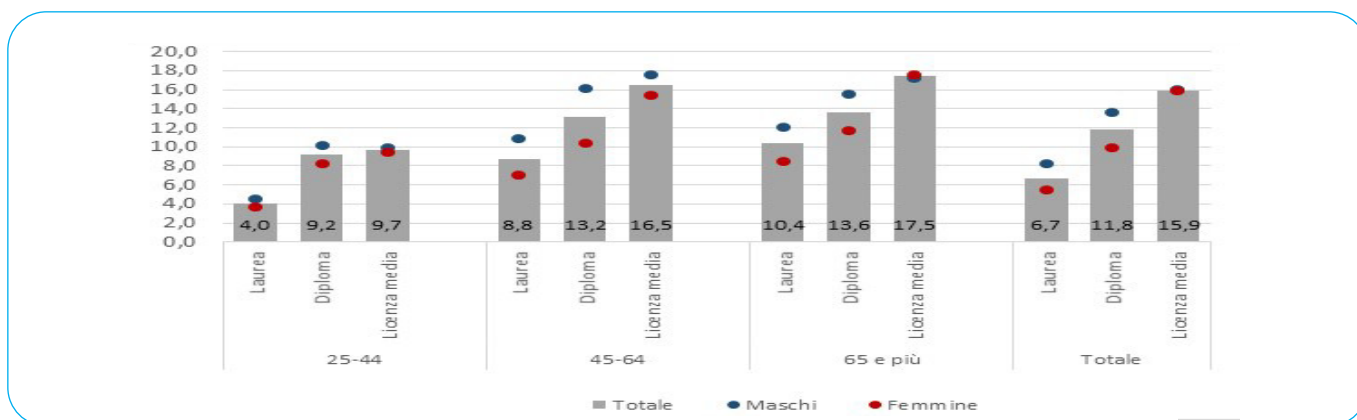
Come è noto, da diversi studi internazionali e da altri realizzati in Italia, i tassi di obesità e sovrappeso sono più elevati nei gruppi sociali maggiormente deprivati o svantaggiati dal punto di vista socio-economico. Infatti, emerge che le persone appartenenti a tali gruppi più vulnerabili hanno una probabilità doppia di diventare obese (EUROTHINE 2007, WHO 2013) e si evidenzia una forte associazione tra condizione di sovrappeso o di obesità e scarse credenziali educative. Il livello di istruzione è spesso utilizzato come proxy dello status socio-economico, per il fatto che resta sostanzialmente invariato nel corso della vita ed è associato alla condizione lavorativa nonché alla capacità di reddito. Un elevato titolo di studio rappresenta pertanto un fattore protettivo per l'insorgenza di obesità. Esso agisce sui livelli di prevenzione primaria, ossia rispetto a comportamenti legati agli stili di vita, aumentando la pro-

pensione ad un'alimentazione sana e bilanciata e alla pratica di un'adeguata attività fisica.

I dati del 2021 confermano che i tassi di obesità delle persone con livello di istruzione più elevato sono nettamente inferiori rispetto a quelli delle persone meno istruite (6,7% vs 15,9%), anche tenendo sotto controllo il fattore età (Figura 4). Le disuguaglianze sociali sono più evidenti tra gli adulti di 25-44 anni (4,0% vs 9,7%) e, pur attenuandosi con l'età, permangono rilevanti anche a 45-64 anni (8,8% vs 16,5%) e tra gli ultrasessantacinquenni (10,4% vs 17,5%).

Lo svantaggio si accentua tra le donne: tra quelle con basso titolo di studio la quota di obesità è quasi tripla rispetto alle laureate nella fascia di età 25-44 anni (9,4% vs 3,6%) e doppia nelle fasce di età successive, mentre tra gli uomini è doppia tra i giovani adulti di 25-44 anni (9,9% vs 4,5%) e si riduce ad una volta e mezzo nelle altre classi di età.

Figura 4. Persone di 25 anni e più con obesità per titolo di studio, classi di età e sesso. Anno 2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

Nell'arco temporale degli ultimi 20 anni (2001-2021), le disuguaglianze sono aumentate complessivamente perché l'obesità è aumentata soprattutto tra le persone con più basso titolo di studio (Istituto auxologico italiano 2021).

Anche per l'eccesso di peso emerge la relazione inversa rispetto al livello di istruzione raggiunto. Tra i giovani adulti, a fronte di una prevalenza di eccesso di peso pari al 44,5% tra chi ha conseguito al massimo la licenza media, tra i laureati la quota riguarda solo una persona su quattro.

1.3 L'evoluzione temporale dell'obesità

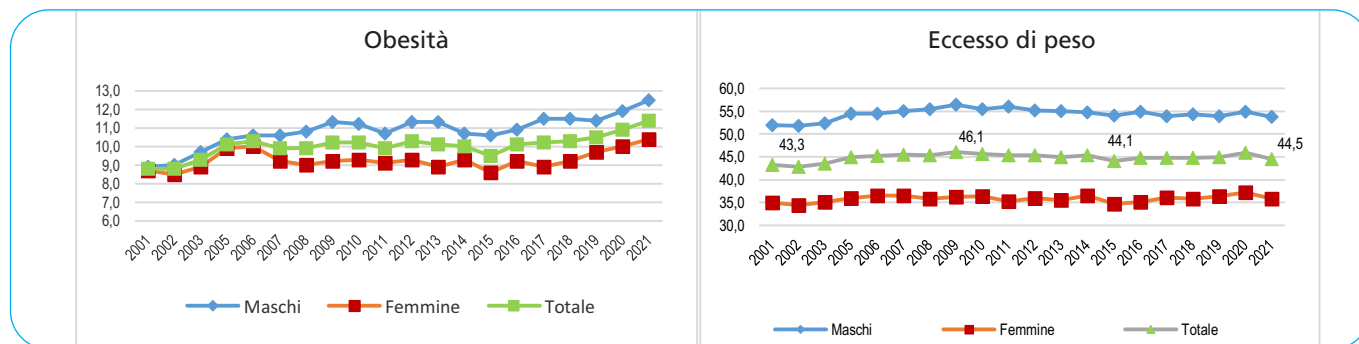
L'incremento della diffusione dell'obesità rappresenta ormai un allarme a livello mondiale, al punto da mobilitare le principali agenzie internazionali sanitarie a monitorare il fenomeno e promuovere programmi e azioni di contrasto efficaci nella maggior parte dei paesi sviluppati e non (OECD, 2021). Nel nostro paese negli ultimi 20 anni l'incremento dell'eccesso di peso nella popolazione adulta è di circa il 10%, ma per l'obesità, sempre conside-

rando i tassi controllati per età tra il 2001 e il 2021, l'incremento supera il 40% (dall'8,8% nel 2001 al 11,4% nel 2021) (Figura 5). Tuttavia non si può disconoscere che, rispetto ad altri paesi, il fenomeno in Italia tra gli adulti appare più contenuto.

Tali incrementi, pur interessando entrambi i generi, sono nettamente superiori tra gli uomini sia per l'eccesso di peso che per l'obesità (Figura 5). In particolare per l'obesità la crescita è molto evi-

dente nel primo quinquennio degli anni 2000 per entrambi i generi; negli anni successivi invece si amplia la forbice tra i sessi, perché l'obesità aumenta tra gli uomini e si stabilizza a livelli un po' più bassi per le donne. Dopo lievi fluttuazioni per entrambi i generi ricomincia a crescere dopo il 2015 e soprattutto in questi ultimi anni di pandemia. Solo tra il 2019 e il 2021 il tasso grezzo di obesità degli uomini adulti cresce dal 11,7% al 12,9% e per le donne dal 10,3% all'11,1%.

Figura 5. Persone di 18 anni e più con obesità e in eccesso di peso per genere. Anni 2001-2021 (tassi standardizzati per 100 persone)



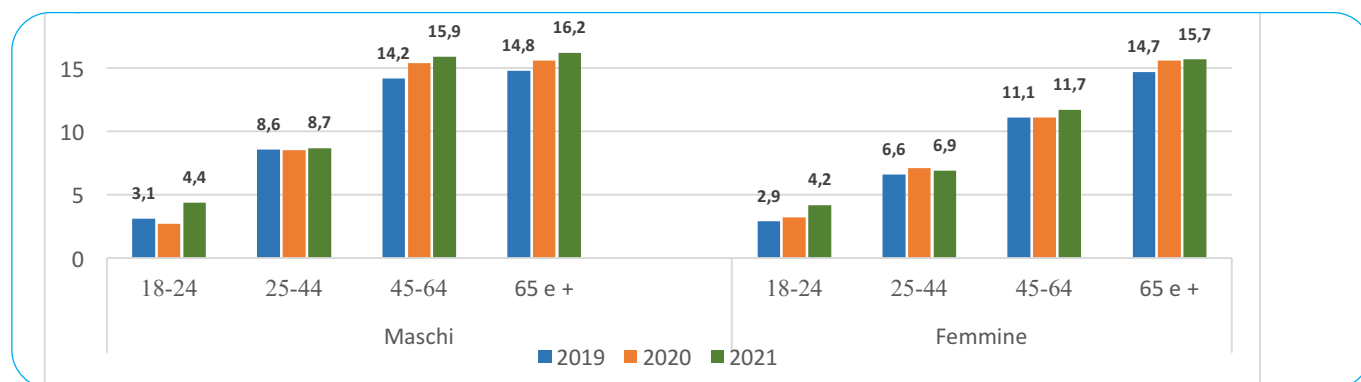
Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

Considerando l'indicatore complessivo dell'eccesso di peso degli adulti (sovrappeso e obesità), che interessa la maggioranza degli uomini e oltre una donna su tre, l'andamento negli ultimi 20 anni oscilla sul totale degli adulti tra il 43% e il 46%, sempre al netto dell'invecchiamento della popolazione. Il lento ma crescente aumento proseguito fino al 2009 (con il valore massimo di 46,1%) si è interrotto nel quinquennio successivo, scendendo al 44,1% nel 2015, ma è risalito al 45,9% nel 2020, con andamenti simili per entrambi i generi (Figura 5). Nel 2020 si è raggiunto il picco massimo degli ultimi 20 anni per le donne, per poi assestarsi nel 2021 sullo stesso valore registrato nel 2018. Anche per gli uomini il tasso è cresciuto di un punto percentuale tra il 2020 e il 2021 e poi si è ridotto. La flessione della prevalenza dell'eccesso di peso, sia per gli uomini che per le donne, tra il 2020 e il 2021 è dovuta però unicamente alla componente del sovrappeso, essendo plausibile che una quota di persone risultata in sovrappeso nel 2020 in parte sia stata riassorbita ritornando in condizione di normopeso e in parte invece abbia

superato il cut-off del sovrappeso incrementando la componente dell'obesità, che infatti ha registrato un ulteriore aumento tra il 2020 e il 2021 (Istat 2021).

La figura 6 analizza l'andamento dell'obesità per età e genere nel triennio 2019-2021, per verificare con maggior dettaglio in quale gruppo di popolazione si rileva il maggior impatto del periodo di pandemia nella diffusione dell'obesità. Si osserva un aumento della prevalenza soprattutto dopo i 45 anni dovuto in particolare all'aumento dell'obesità tra gli uomini, che tra i 45-64 anni registrano un incremento statisticamente significativo di +1,7 punti percentuali (dal 14,2% del 2019 al 15,9% nel 2021) e tra gli over 65 di +1,4 pp. Tra le donne anziane l'incremento è più contenuto, ma è quello che contribuisce maggiormente a rendere statisticamente significativo l'incremento dell'obesità anche tra le donne nel 2021 rispetto al 2019. Un incremento differenziale di oltre un punto percentuale tra i due anni si registra anche tra i più giovani di 18-24 anni, dal 3% al 4,3% senza considerare il genere.

Figura 6. Persone di 18 anni e più con obesità, per genere e classe di età. Anni 2019-2021 (tassi per 100 persone)



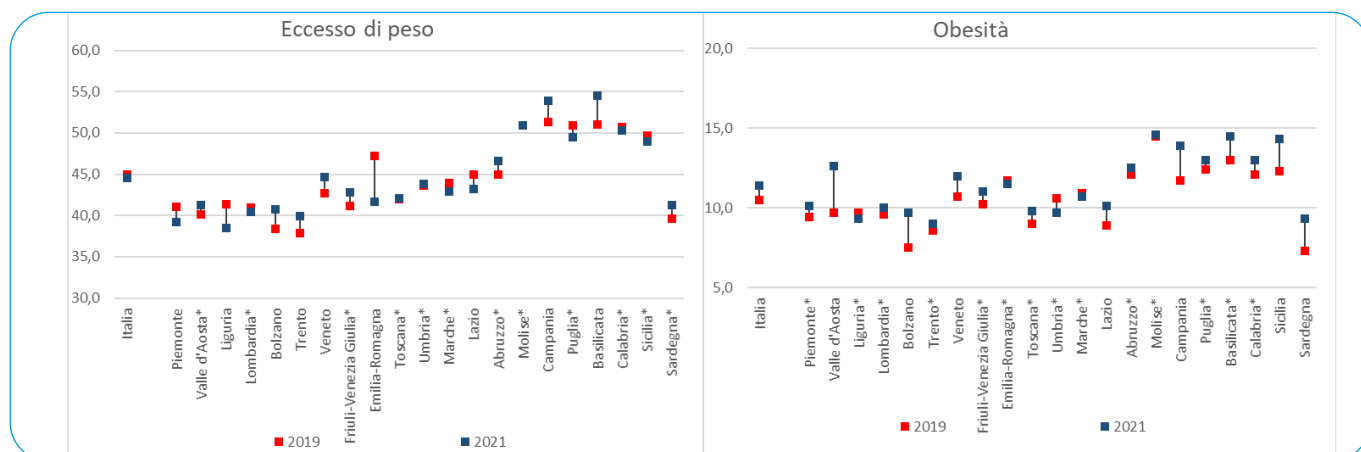
Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

A livello territoriale, la pandemia da Covid-19 ha ampliato il divario geografico, per effetto di andamenti differenziati nel triennio 2019-2021: nel Nord-Ovest, a un incremento dal 40,9% nel 2019 al 42,9% nel 2020 dell'eccesso di peso, ha fatto seguito una diminuzione al 39,8% nel 2021; mentre al Sud negli stessi anni si è passati da 50,4% a 51,6% e nel 2021 il dato è rimasto invariato (51,5%).

Nelle regioni si osservano andamenti differenziati nel periodo pre e post pandemico (Figura 7). La prevalenza dell'eccesso di peso, che rimane sostanzialmente invariata a livello Italia tra 2019 e

2021, aumenta nelle province autonome di Bolzano e Trento, in Veneto, Campania e Basilicata. L'Emilia Romagna, unica regione del Nord nel 2019 con valori dell'eccesso di peso superiori alla media, fa registrare una diminuzione significativa dell'indicatore nel 2021, insieme a Piemonte, Liguria e Lazio. La quota di popolazione, con obesità nel triennio considerato, aumenta in sette regioni, sia in quelle a prevalenza più bassa (Valle d'Aosta, provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Lazio, Sardegna), sia in Campania e Sicilia, caratterizzate da quote di popolazione obesa superiori alla media.

Figura 7. Persone di 18 anni e più in eccesso di peso e obesità per regione. Anni 2019-2021 (tassi standardizzati per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

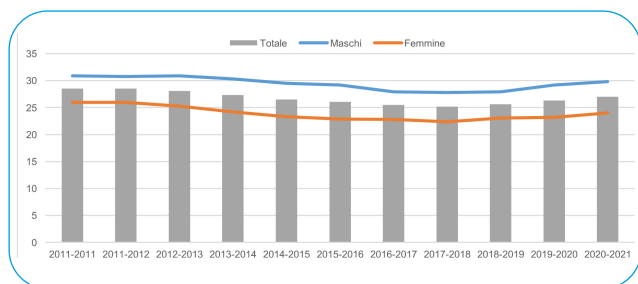
*Variazione statisticamente non significativa.

2 L'eccesso di peso tra bambini e adolescenti

La diffusione dell'eccesso ponderale tra i bambini continua a destare un forte allarme a livello internazionale, considerando la sua notevole diffusione nei diversi Paesi e le forti implicazioni che questa condizione pone in termini prospettici di salute individuale e di sanità pubblica (OECD 2021).

In Italia, nel corso degli ultimi dieci anni, si stima che circa un minore su quattro di 3-17 anni sia in eccesso di peso (sovrappeso o obesità). Nel decennio si è osservata dapprima una lieve riduzione, dal 28,5% del 2010-2011 al 25,5% del biennio 2016-2017, e successivamente una sua stabilità fino al 2018-2019, quando l'eccesso di peso si attestava al 25,6%. Tuttavia, a partire dal 2020 si sono cominciati a registrare segnali di crescita, con l'eccesso di peso che nell'ultimo biennio 2020-2021 si è attestato al 27% (Figura 8). Tale tendenza può essere certamente legata anche all'aumento della sedentarietà, che ha caratterizzato la popolazione giovanile nel biennio pandemico, quando la chiusura forzata per lunghi periodi di palestre, centri sportivi e di tutti i luoghi deputati alla pratica sportiva organizzata hanno reso difficile la pratica di attività sportiva e hanno certamente favorito la diffusione di comportamenti sedentari. I dati del 2021 segnalano un aumento pari a circa 5 punti percentuali della sedentarietà nella fascia 3-17 anni e una riduzione della pratica di sport in modo continuativo tra i giovani di circa il 30% (-15,1 punti percentuali).

Figura 8. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per genere. Media 2010-2011 - 2020-2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat. Indagine aspetti della vita quotidiana.

Analizzando in dettaglio le caratteristiche del fenomeno relativamente al 2020-2021, si osserva come l'eccesso di peso sia maggiormente diffuso tra i bambini di 3-10 anni, dove raggiunge il 34,5%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni (16,8%) (Tavola 1).

Anche nel biennio 2020-2021 si conferma un forte gap di genere, con valori più elevati di eccesso di peso tra i maschi rispetto alle femmine (29,8% contro 24%). Tale distanza si è ampliata rispetto al biennio 2018-2019, per un aumento più consistente dell'eccesso di peso, che è avvenuto principalmente tra i maschi (dal 27,9% del 2018-2019 al 29,8% del 2020-2021) rispetto alle femmine. Le differenze di genere si evidenziano specialmente a partire dalla classe di età 6-10 anni e si incrementano nelle classi di età successive.

Tavola 1. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per genere e classe di età. Media 2018-2019 e 2020-2021 (tassi per 100 persone)

	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	Totale
2018-2019					
Maschi	31,8	33,9	27,9	18,5	27,9
Femmine	32,4	31,8	18,3	10,8	23,1
Maschi e Femmine	32,1	32,8	23,2	14,8	25,6
2020-2021					
Maschi	32,9	36,5	28,2	21,3	29,8
Femmine	33,8	33,6	18,2	12,2	24,0
Maschi e Femmine	33,3	35,1	23,3	16,8	27,0

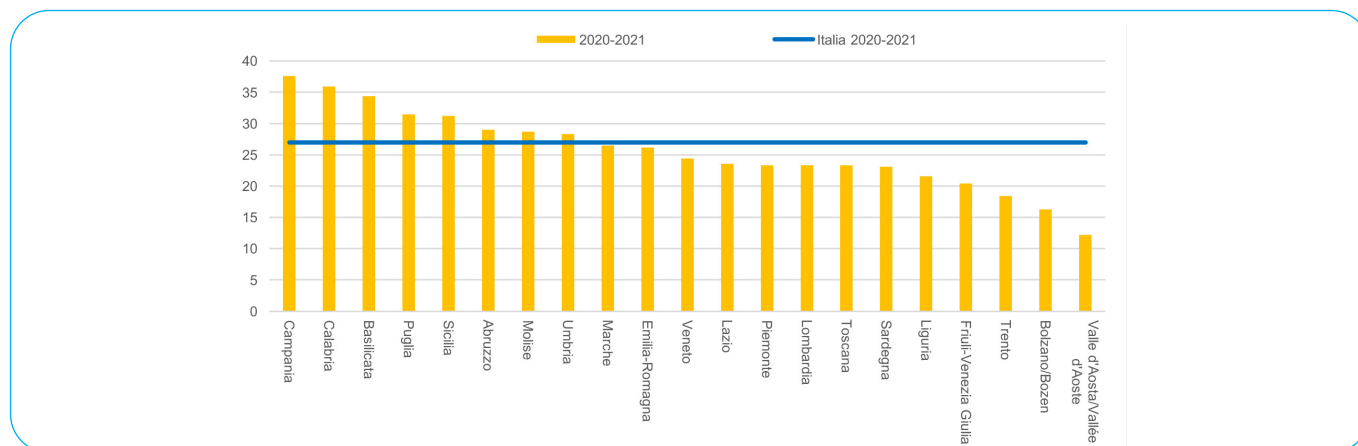
Fonte: Istat. Indagine aspetti della vita quotidiana.

Come per gli adulti, anche per i minori si osserva un forte gradiente territoriale: le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud del Paese (Figura 9). Nel biennio 2020-2021 si osserva nel Mezzogiorno una quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso pari al 33%, contro il 24,2% del Centro e il 23,5% del Nord. I livelli regionali più elevati si registrano in Campania (37,6%), Calabria (35,9%), Basilicata (34,4%),

Puglia (31,5%) e Sicilia (31,2%). Tra il 2018-2019 e il 2020-2021 si segnala un aumento significa-

tivo nella prevalenza di eccesso di peso nel Nord-ovest del Paese che passa dal 20% al 23%.

Figura 9. Graduatoria delle regioni secondo l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi di 3-17 anni. Media 2018-2019 e 2020-2021 (tassi per 100 persone)



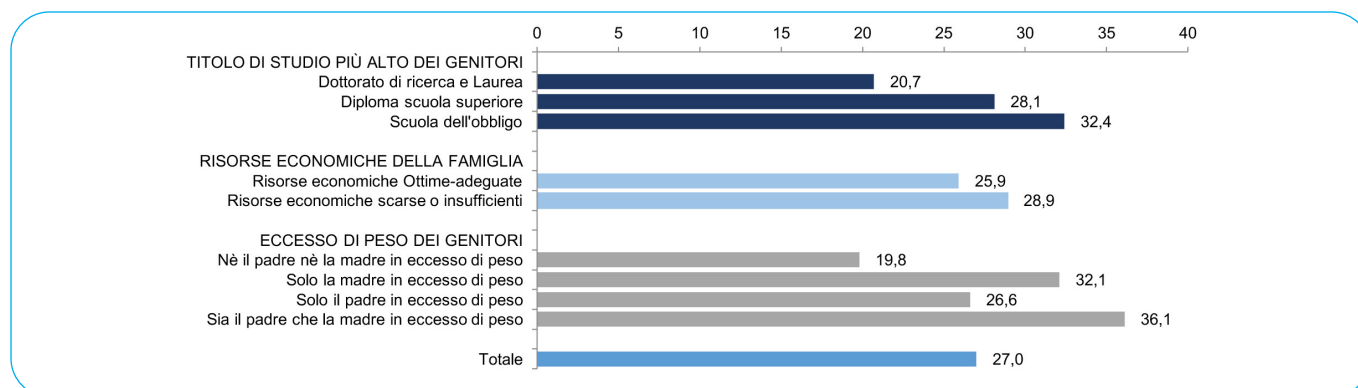
Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

2.1 Eccesso ponderale e familiarità

È noto come il contesto familiare di riferimento sia di fondamentale importanza nell'adozione di stili di vita più o meno salutari, specialmente nel periodo della crescita, quando i ragazzi si trovano ad apprendere i comportamenti individuali anche attraverso l'osservazione dei modelli familiari. I bambini e ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso generalmente hanno livelli di eccesso ponderale più elevati rispetto al caso di genitori senza problemi di peso. In particolare, nel biennio 2020-2021

l'eccesso ponderale ha raggiunto i livelli più elevati pari al 36,1% se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, al 32,1% quando è solo madre in eccesso di peso e al 26,6% se è solo il padre in eccesso di peso, mentre è pari al 19,8% quando entrambi i genitori sono normopeso (Figura 10). Inoltre, le prevalenze di eccesso di peso sono più elevate tra quanti vivono in famiglie che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti o quando i genitori non raggiungono livelli di istruzione superiori alla licenza media (32,4%) rispetto a quelli con almeno una laurea (20,7%).

Figura 10. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per genere, titolo di studio più alto dei genitori, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori (*). Media 2020-2021 (tassi per 100 persone)



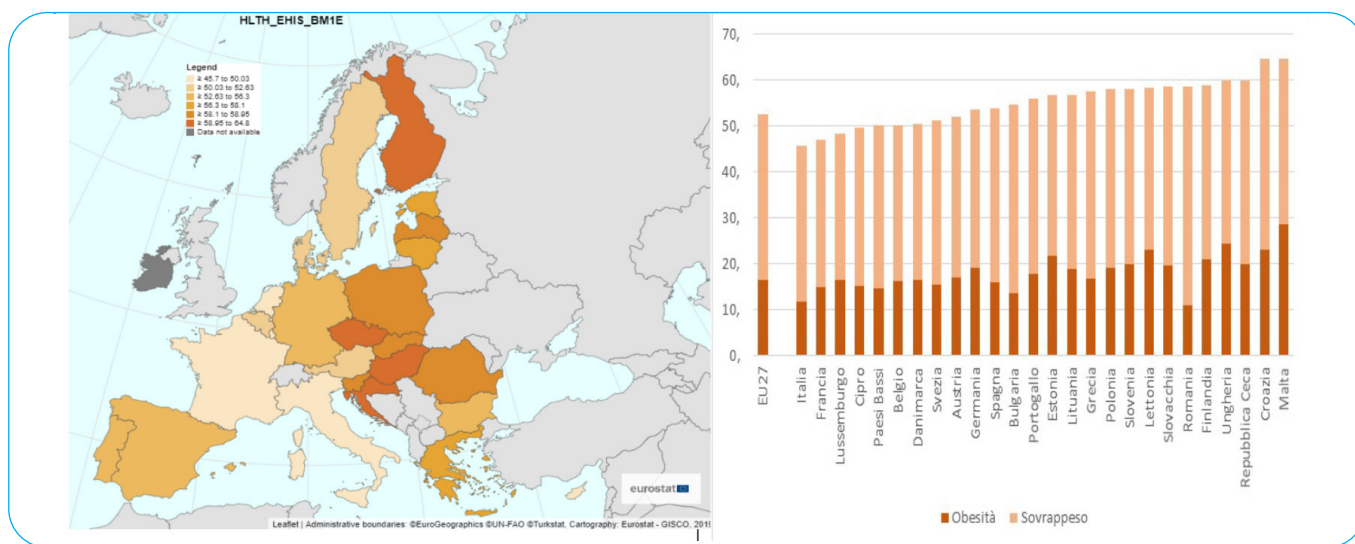
*Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore
Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

3 L'Italia nel contesto europeo

L'Italia, in ambito europeo, è il paese con la più bassa quota di persone adulte in eccesso di peso (45,6% vs 52,7% media UE27), seguita nella graduatoria da Francia (47,1%), Lussemburgo

(48,4%), Cipro (49,8%) e Paesi Bassi (50,1%)². Sensibilmente più alte le quote di eccesso di peso in Finlandia (59%), Ungheria (59,9%), Repubblica Ceca (59,9%), Croazia (64,7%) e Malta (64,8%) (Figura 11).

Figura 11. Persone di 18 anni e più in eccesso di peso nei paesi dell'Unione europea. Anno 2019 (tassi per 100 persone)

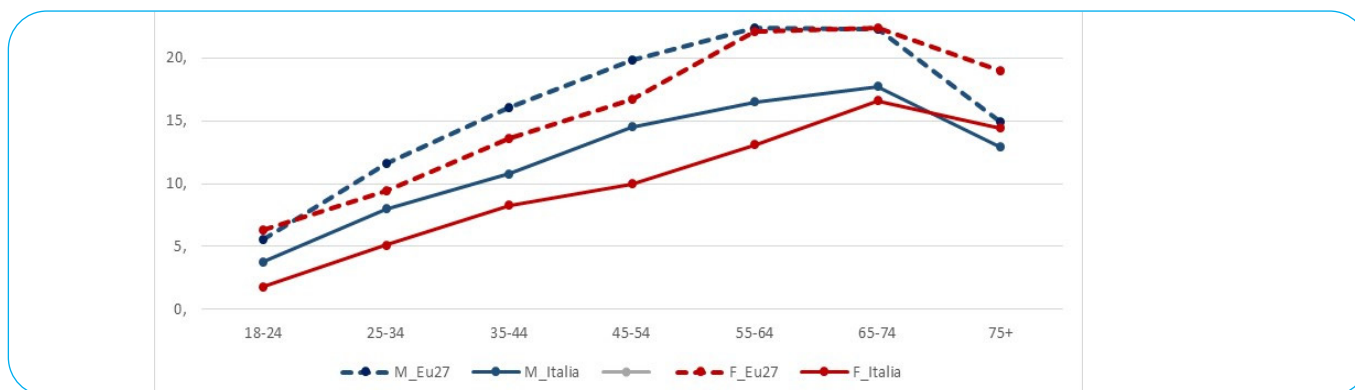


Fonte: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS).

Anche i livelli di obesità sono tra i più bassi: 11,7% vs 16,5% della media UE27, sia per gli uomini (12,9% vs 16,8%) che per le donne (10,7% vs 16,3%). Tra le donne il vantaggio rispetto agli altri Paesi UE27 si mantiene pressoché costante

in tutte le classi di età mentre per gli uomini tende a ridursi tra i giovani di 18-24 anni (3,8% vs 5,6%) e gli anziani ultrasettantacinquenni (12,9%) (Figura 12).

Figura 12. Persone di 18 anni e più con obesità per classe di età e genere. Italia e media UE27. Anno 2019 (tassi per 100 persone)



Fonte: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS).

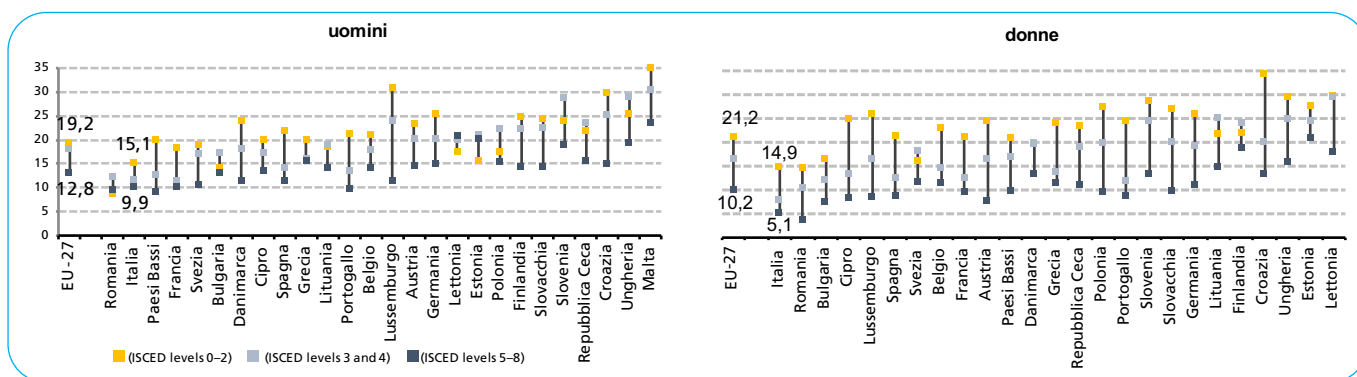
² Stime Eurostat dall'indagine europea sulla salute (Ehis) basate sul calcolo dell'indicatore per tutti i paesi con dati autoriferiti.

Le disuguaglianze sociali nella diffusione dell'obesità in Italia sono sostanzialmente simili a quanto si rileva in media nei paesi UE: le persone adulte (18 anni e più) con basso titolo di studio presentano quote di obesità di circa 9 punti percentuali più alte rispetto ai laureati (in media UE27 19,5% vs 10,9% per laureati) (Figura 13). Le differenze dei tassi di obesità rispetto al titolo di studio risultano più ampie in Croazia (+19 pp) e Lussemburgo (+18pp), dove per i meno istruiti si registrano livelli di obesità molto alti (rispettivamente 32,8% e 28,1%). Il gap è più contenuto laddove l'obesità è tendenzialmente bassa anche tra le persone meno istruite (Romania, Bulgaria, Svezia). Mentre risulta elevato quando l'obesità è

diffusa anche tra i laureati (Finlandia, Lituania, Lettonia, Estonia). In particolare in Lettonia (+4,9 pp) e Estonia (+1,9 pp) gli uomini laureati hanno tassi di obesità più alti di quelli con basso titolo di studio.

Nella maggior parte degli stati membri UE27 il differenziale di obesità tra meno istruiti e più istruiti è più ampio tra le donne (+11 punti percentuali vs +6 pp per gli uomini), similmente all'Italia (+10 per le donne e +5 per gli uomini). Si osservano invece disuguaglianze più ampie per gli uomini in Svezia (+5 per le donne, +8 per gli uomini), Danimarca (+7 per le donne, +12 per gli uomini), Lussemburgo (+17 per le donne, +19 per gli uomini) e Finlandia (+3 per donne, +10 per gli uomini).

Figura 13. Persone di 18 anni e più con obesità per titolo di studio, genere e paese dell'Unione europea. Anno 2019 (tassi per 100 persone)



Fonte: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS).

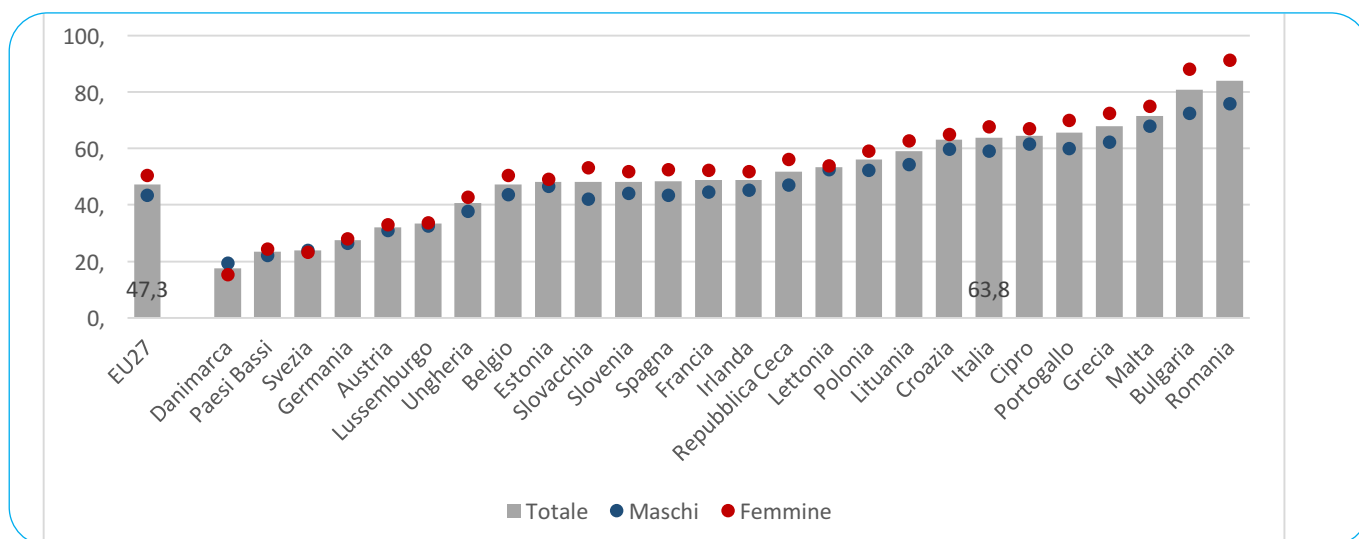
3.1 Alcuni fattori di rischio associati all'obesità nel contesto europeo

Gli squilibri tra introito calorico e spesa energetica, in soggetti predisposti, possono determinare accumuli di depositi adiposi, ma una dieta adeguata combinata ad un esercizio fisico aerobico regolare possono costituire comportamenti efficaci per il controllo del peso corporeo, bilanciando energia introdotta e consumata.

Secondo l'OMS una persona adulta, per ottenere comunque vantaggi in salute, indipendentemente dal bilanciamento energetico, dovrebbe svolgere su base settimanale almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata o almeno 75 minuti di attività fisica di intensità vigorosa (WHO 2020). In Italia, solo una persona su 5 rispetta i livelli di attività fisica raccomandata - a fronte di 1 su 3 nella media europea - mentre ben il 63,8% non svolge affatto attività fisica aerobica su base

settimanale - a fronte del 47,3% nella media europea (Figura 14). Queste ultime percentuali sono decisamente più basse in Danimarca (17,5%), Paesi Bassi (23,4%) e Svezia (23,8%), dove non si rilevano neppure le note differenze di genere a svantaggio delle donne fisicamente meno attive (+7pp in media eu27, +9 in Italia). In Italia i livelli di scarsa o nulla attività fisica, pur manifestandosi in tutte le classi di età, sono più elevati tra i giovani di 15-24 anni: la quota supera del 50% la media europea (39,6% in Italia, 27,7% in media UE27). Tra le persone con obesità, la percentuale di persone che non svolge attività aerobica su base settimanale è sempre più alta (58% media UE27) rispetto a chi è normopeso (47,3% media UE27). In Italia permangono questi differenziali, ma con livelli maggiori: 3 persone su 4 con obesità non svolgono regolarmente attività fisica aerobica nell'arco della settimana (74,6%) a fronte del 58,6% tra i normopeso.

Figura 14. Persone di 15 anni e più che non svolgono alcuna attività fisica aerobica con cadenza settimanale per paese dell'Unione europea e sesso. Anno 2019 (tassi per 100 persone)

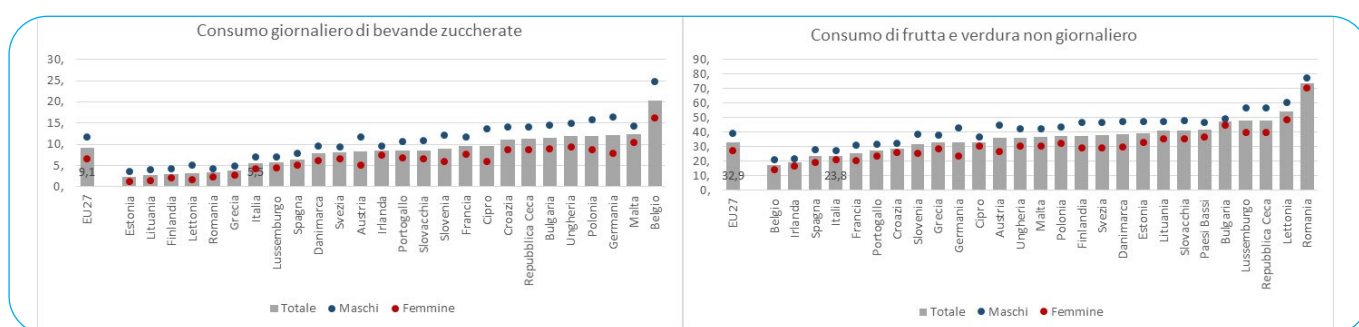


Fonte: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS).

Per una dieta orientata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e dell'obesità, si raccomanda, nel computo del fabbisogno energetico giornaliero, di mantenere al di sotto del 35% le calorie provenienti dai grassi e del 15% quelle derivanti dagli zuccheri semplici. Si raccomanda inoltre di mangiare almeno 5 porzioni al giorno (circa 400 gr.) di frutta e verdura (CREA 2019). In Italia il consumo giornaliero di bevande zuccherate, vale a dire di bevande analcoliche con l'aggiunta di zuccheri (cola, aranciata, limonata, ecc.), è inferiore alla media europea (5,5% vs 9,1% in media UE27) (Figura 15). I consumatori giornalieri sono maggiormente gli uomini (+5 pp in media UE27, +2,8 pp in Italia) e le quote tendono a diminuire al crescere dell'età. Tra i giovani di 15-24 anni infatti la quota di consumatori abituali di bevande zuccherate (14,2% in media UE27, 9,5% in Italia) è tripla rispetto agli ultrasessantacinquenni (5% in media UE27, 3,4% in Italia). Nel contesto europeo emerge che tra le persone con obesità l'abitudine di consumare ogni giorno bevande zuccherate è sempre più frequente rispetto ai normopeso fino ai 54 anni. In Italia, invece, tra i giovani con obesità di 15-24 anni non si osservano rilevanti differenze di consumo rispetto ai coetanei normopeso.

Anche riguardo al consumo giornaliero di frutta e verdura, indipendentemente dalle quantità, l'Italia ha comportamenti più virtuosi rispetto ai paesi europei nel complesso: il mancato consumo giornaliero riguarda infatti circa una persona su quattro a fronte di una persona su tre in media europea (Figura 15). Quote analoghe all'Italia si registrano in Francia (25,2%) e Spagna (23,4%). Molto meno diffuso il consumo abituale di frutta e verdura in Romania dove ben il 73,6% non le consuma quotidianamente; segue la Lettonia con oltre la metà della popolazione che non consuma questi alimenti su base giornaliera. Questa abitudine poco salutare è più diffusa tra gli uomini (in media UE27 39,0% vs 27,1% nelle donne; in Italia 27,1% vs 20,9%) e tende ad attenuarsi con l'età per entrambi i generi. In Italia la quota si dimezza passando dal 39,1% tra i giovani di 15-24 al 15,6% tra gli ultrasessantacinquenni. Complessivamente in Europa i giovani e gli adulti con obesità si astengono dal consumo giornaliero di frutta e verdura in misura maggiore rispetto a chi è normopeso, mentre in Italia la diffusione del mancato consumo non si modifica rispetto all'indice di massa corporea.

Figura 15. Persone di 15 anni e più che consumano bevande zuccherate almeno una volta al giorno e che non consumano frutta e verdura giornalmente per paese dell'Unione europea e genere. Anno 2019 (tassi per 100 persone)



Fonte: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS).

4 L'impatto della pandemia su abitudini alimentari e pratica di attività fisica

4.1 Abitudini alimentari

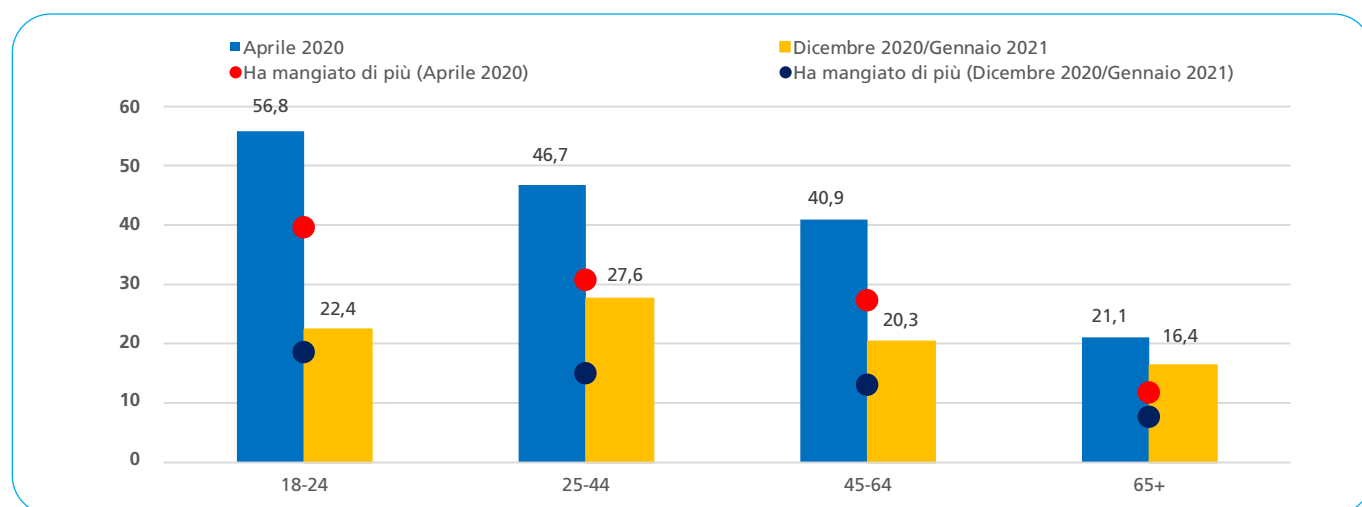
Tra i comportamenti individuali che possono aver determinato l'incremento dell'obesità nel periodo della pandemia, meritano senz'altro attenzione il mutamento delle abitudini alimentari, come anche dei livelli di attività fisica che si è evidenziato essere molto bassi nel nostro paese.

Nel biennio 2020-2021 una parte cospicua della popolazione, abituata a pranzare fuori casa per motivi professionali o scolastici, ha consumato pasti prevalentemente a casa, anche in modo obbligato nei periodi di lockdown. Si tratta soprattutto di ragazzi che, più di altri gruppi di popolazione, hanno sperimentato sia nel 2020 che nel 2021 vari periodi di permanenza a casa anche per le attività di studio. Infatti l'incremento maggiore registrato nel 2021 del pranzo a casa rispetto al periodo pre-pandemico riguarda prevalentemente i bambini e ragazzi fino a 10 anni (+5,4 punti percentuali nel 2021 rispetto al 2019) e i giovani di 18-24 anni (+11,4 punti percentuali tra 2021 e 2019), a fronte di un incremento medio sulla popolazione di 3 anni e più di 3 punti percentuali (nel 2021 il dato si attesta al 75,5%). La situazione pandemica, però, se da una parte ha favorito il consumo di pasti preparati in casa, generalmente più salutari – infatti ad es. nel 2020 si è riscontrato un lieve aumento di consumatori giornalieri di frutta e verdura (dall'80,3% all'81,3%), e nel 2021 soprattutto dei consumatori di ortaggi (+ 7,2%) -, dall'altra ha favorito

anche un consumo di maggiori quantità di cibo, a volte anche poco salutare, per sopperire allo stress psicologico di cui molti hanno sofferto. Dai dati dell'indagine Istat "Il diario degli italiani al tempo del Covid" emerge che ad aprile 2020, nel periodo del primo lockdown, il 38,5% delle persone ha riferito di aver modificato le proprie abitudini alimentari in termini di quantità (ha mangiato di più o di meno) e/o di qualità (ha mangiato cibi più o meno salutari), con una percentuale affatto trascurabile di quanti dichiarano di aver aumentato le quantità: un quarto della popolazione di 18 anni e più ha riferito di aver mangiato di più durante il primo lockdown (25%), con quote particolarmente elevate tra i più giovani (39,5% tra i 18-24enni) (Figura 16) (Istat 2022). A dicembre 2020/gennaio 2021 la percentuale di quanti hanno dichiarato di aver mangiato di più rispetto al periodo pre-Covid si è dimezzata (12,5%), segnale di un graduale ritorno ai ritmi di vita pre-pandemici, ma è rimasta comunque elevata la percentuale di giovani di 18-24 anni che hanno riferito di aver mangiato più di prima (18,5%).

Le limitazioni alla mobilità e la conseguente maggiore sedentarietà, insieme ai cambiamenti nelle abitudini alimentari nei mesi del lockdown, sono probabilmente all'origine dell'incremento di peso dichiarato dal 28,8% della popolazione adulta (solo per il 12,2% invece la variazione di peso è stata di segno opposto). Questo incremento ha riguardato soprattutto le persone fino a 64 anni (per i più anziani la percentuale scende al 12,6%).

Figura 16. Persone di 18 anni e più che hanno cambiato abitudini alimentari rispetto a una giornata simile, prima che iniziasse la pandemia da Covid-19, per classe di età. Aprile 2020 e Dicembre 2020/Gennaio 2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Il diario degli italiani al tempo del Covid.

Riguardo ai minori, nel biennio 2020-2021 la quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni che dichiara di iniziare la giornata con una colazione "adeguata"³ resta elevata (86,9%). Tuttavia, l'abitudine a saltare la prima colazione mostra un andamento in crescita negli ultimi 10 anni (era pari al 7,8% nel 2010-2011) - con quote più elevate tra gli adolescenti di 11-17 anni (14%)-, a fronte di circa il 10% nel 2020-2021, biennio che mostra comunque una lieve flessione rispetto al biennio pre-Covid, plausibilmente per i ritmi meno pressanti nell'uscire di casa (Figura 17).

Parallelamente a questo andamento, si osserva negli ultimi 10 anni una forte riduzione del consumo di latte a colazione che passa dal 68,4% al 53,5%, con punte di riduzione più elevate tra i bambini di 3-10 anni (circa 17 punti percentuali), sebbene vengano inseriti altri prodotti alternativi (yogurt, cereali, succhi di frutta). Tra i bambini di 3-5 anni aumenta la quota di chi a colazione con-

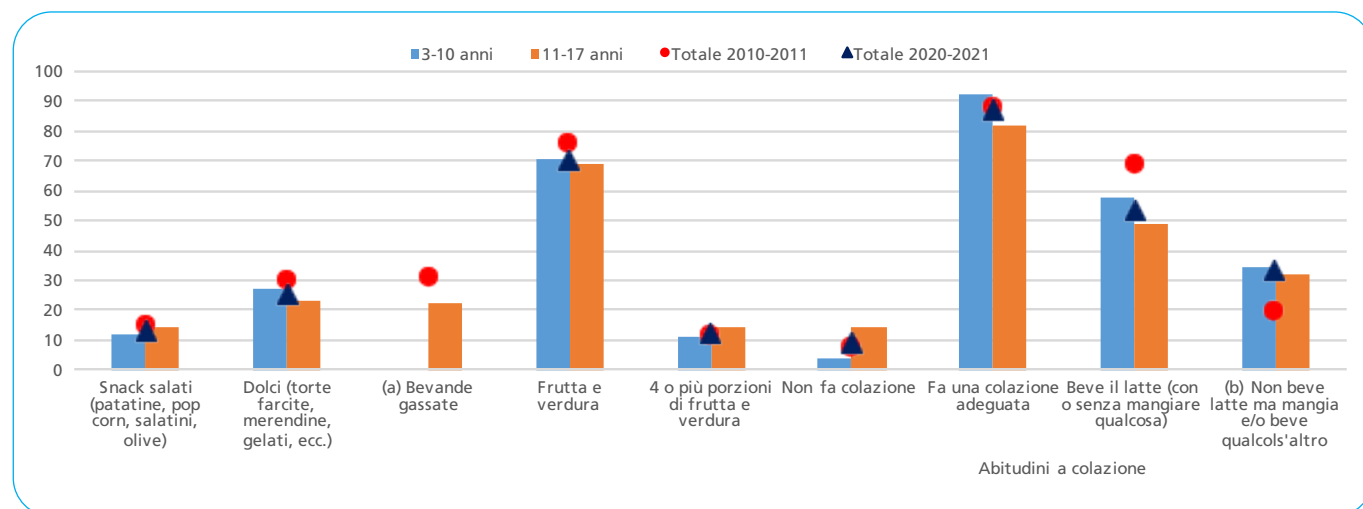
suma yogurt, cereali, ecc. (dal 7,8% del 2010-2011 al 17,6% del 2020-2021).

Tra gli altri comportamenti alimentari relativi al 2020-2021, si registra che il 70% dei minori (3-17 anni) consumano quotidianamente frutta e/o verdura, in diminuzione rispetto al 2010-2011 (75,8%), ma solo il 12,7% ne consuma 4 o più porzioni. Elevata la quota di chi consuma ogni giorno dolci (25,1%), bevande gassate (22,3%) e snack salati (13,1%).

Negli ultimi anni si osserva comunque un trend in diminuzione sia del consumo giornaliero di bevande gassate (che passano dal 31,0% del biennio 2010-2011 al 22,3% del 2020-2021), sia di dolci (da 29,7% a 25,9%), mentre il consumo giornaliero di snack salati registra una riduzione più lieve (dal 15,1% al 13,1%).

³ Non limitata a bevande come tè, orzo o caffè, ma nella quale vengono assunti alimenti più ricchi di nutrienti come latte e cibi solidi (biscotti, pane, ecc.).

Figura 17. Bambini e ragazzi di 3-17 anni per consumo giornaliero di snack, dolci, bevande gassate, frutta e verdura, abitudini alimentari durante la prima colazione e classe di età. Media 2020-2021 e totale 2010-2011 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

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

(b) Sono escluse in questa categoria le persone che dichiarano di bere solo bevande come tè o caffè (escluso il latte) senza mangiare niente.

Sul territorio emerge il Mezzogiorno con i dati più critici per il consumo quotidiano di snack salati e di bevande gassate (rispettivamente il 14,9% e il 26,7%), seguito dal Nord (13,1% e 20,9%) e dal Centro (9,8% e 17,4%). Per il consumo di dolci le prevalenze più elevate si registrano al Nord (27,8%) e meno nelle altre zone del Paese (Centro 22,4%, Mezzogiorno 22,9%). Non si osservano particolari differenze territoriali riguardo alle percentuali di consumatori giornalieri di frutta e verdura, ma al Nord (15,7%) e al Centro (13,9%) è più frequente il consumo di almeno 4 porzioni al giorno, rispetto al Mezzogiorno (8,1% Sud; 8,6% Isole).

4.2 Come cambia la pratica dell'attività fisica

Un potenziale cofattore dell'incremento dell'obesità può essere anche costituito dalla forzata sedentarietà sperimentata nel periodo della pandemia.

Nel 2021 il 34,5% della popolazione (persone di 3 anni e più) ha praticato sport nel tempo libero (23,6% in modo continuativo e 10,9% in modo saltuario), mentre è pari al 31,7% la quota di quanti hanno svolto almeno qualche attività fisica come nuotare o fare una passeggiata di almeno 2 km. Si stima, invece, pari al 33,7% la quota di persone sedentarie, ossia che non hanno praticato né sport né attività fisica.

Permane anche nel 2021 un forte gap di genere: le donne presentano livelli di pratica sportiva inferiori rispetto agli uomini (39,8% contro 29,6%), anche se nel tempo la distanza tra i due sessi è andata riducendosi (era pari a 7,8 punti percentuali nel 2010 e scende a 4,3 punti percentuali nel 2021).

Analizzando la pratica sportiva durante l'intero ciclo di vita, si osserva una maggiore tendenza a praticare sport specialmente tra la popolazione giovanile, mentre nelle età centrali decresce tale abitudine ma aumenta la frequenza di qualche attività fisica. Anche la sedentarietà aumenta al crescere dell'età: riguarda due persone su dieci tra gli adolescenti e i giovani fino a 24 anni e quasi sette su dieci tra la popolazione di 75 anni e più.

La popolazione che pratica sport è significativamente più bassa nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare rispetto alle regioni del Centro-Nord (circa il 25% contro circa il 40%). In particolare, nel 2021 la distanza nella pratica sportiva tra Nord-Est e Sud è pari a quasi 17 punti percentuali. Nel trend temporale il forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno si conferma con una tendenza al peggioramento: il numero degli sportivi in 20 anni è aumentato in misura maggiore nel Nord.

Nel biennio 2020-2021 le disposizioni applicate al fine di contenere la diffusione del COVID-19,

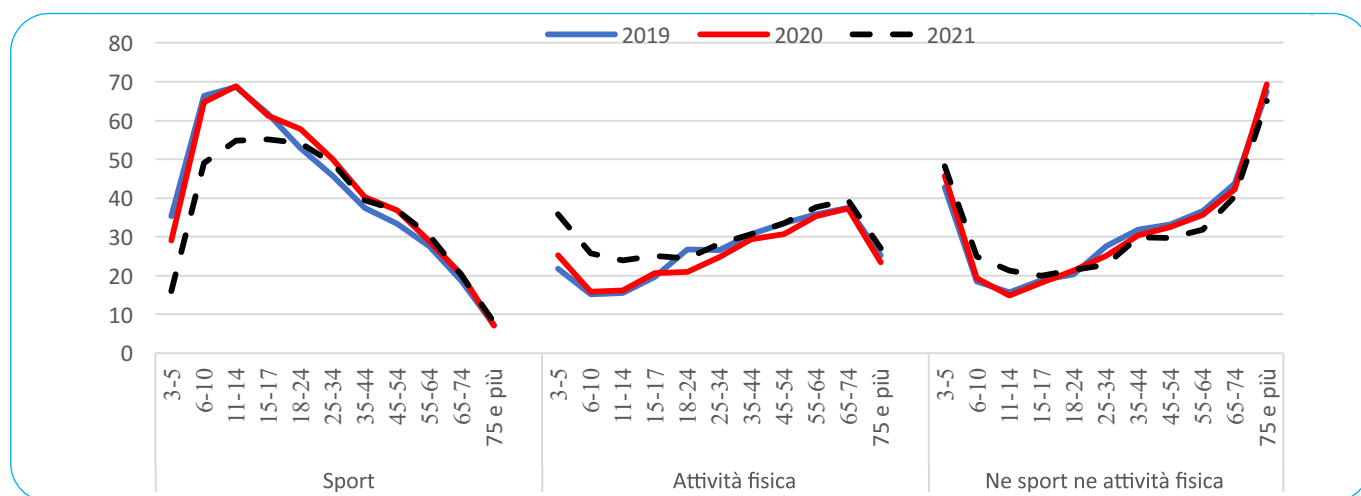
tra cui i periodi di lockdown, hanno inciso su molte abitudini della vita quotidiana. La chiusura di palestre e impianti sportivi, tuttavia, non ha costituito per tutti un ostacolo alla pratica sportiva: nel 2020, primo di anno di pandemia, infatti, è aumentata la percentuale di donne giovani e adulte di 18-54 anni che hanno dichiarato di praticare discipline sportive (che è passata dal 35,5% del 2019 al 40,5% del 2020) e la quota si è mantenuta allo stesso livello anche nel 2021. Per quanto riguarda, invece, gli uomini adulti, nel biennio pandemico, si evidenzia una sostanziale stabilità rispetto ai livelli del 2019.

Tali andamenti, osservati tra la popolazione adulta, sono stati certamente favoriti dal diffondersi di pratiche sportive casalinghe ed indoor che specialmente nel primo periodo pandemico hanno avuto il boom di diffusione. Anche la pratica all'aperto in parchi e spazi all'aperto ha senz'altro agevolato l'abitudine a mantenersi fisicamente attivi. I dati dell'indagine Istat "Il diario degli italiani al tempo del Covid" confermano quanto osservato e indicano come ad aprile 2020, in un giorno medio settimanale del lockdown della Fase 1 della pandemia il 22,7% dei cittadini ha svolto attività fisico-sportiva prevalen-

temente presso la propria abitazione (94%), sfruttando anche gli eventuali spazi aperti disponibili come terrazzi, balconi, giardini privati o spazi condominiali esterni e senza significative differenze di genere (21,9% delle donne e 23,5% degli uomini). Inoltre, il 37,3% di quanti hanno praticato sport gli ha dedicato più tempo del solito. In particolare, le donne sono riuscite a incrementare il tempo dedicato all'attività fisica più degli uomini (45,6% contro il 29%) (Istat, 2022).

Tuttavia, se nel biennio pandemico tra la popolazione adulta la pratica sportiva si è mantenuta ai livelli pre-pandemia, ciò non è avvenuto tra bambini e adolescenti (3-17 anni), tra cui in modo particolare nel 2021 si è osservato il crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, che è diminuita di circa 15 punti percentuali (dal 51,3% al 36,2%). Parallelamente alla decrescita della pratica sportiva è cresciuta in queste classi di età la pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), anche per il fatto di poter essere svolta in modo destrutturato e quindi al di fuori delle palestre e dei centri sportivi che sono stati interessati dalle chiusure. Tuttavia, tale crescita non ha compensato il decremento della pratica sportiva - soprattutto di tipo continuativo - e si è accompagnata ad un aumento della sedentarietà dal 22,3% al 27,2% (Figura 18).

Figura 18. Persone di 3 anni e più che nel tempo libero praticano sport (in modo continuativo o saltuario), svolgono qualche attività fisica o non praticano né sport né attività fisica per classe di età. Anni 2019, 2020 e 2021 (tassi per 100 persone)

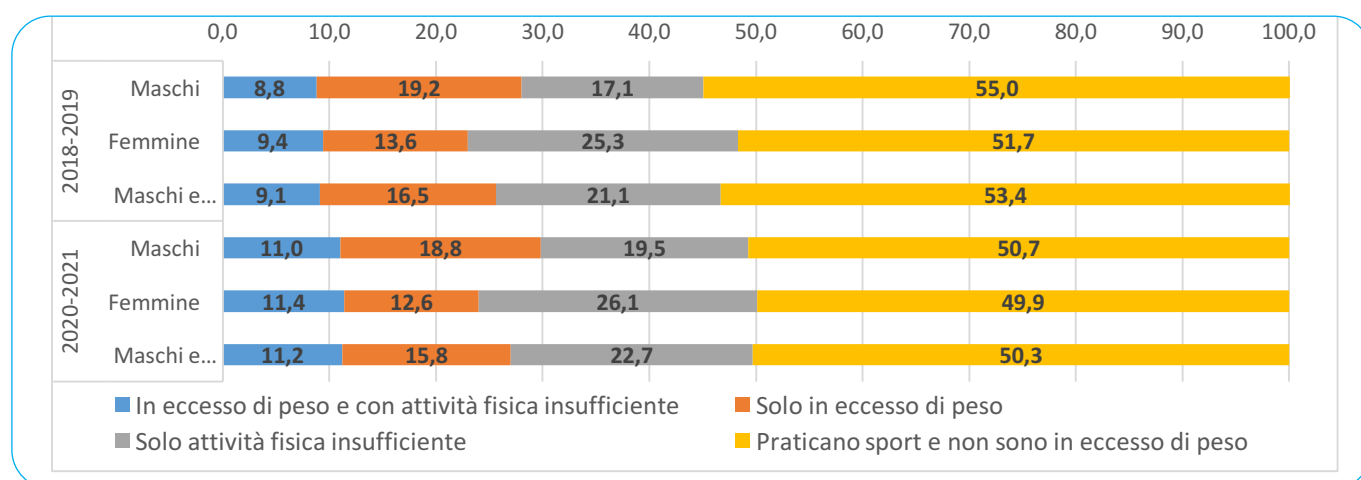


Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

La scarsa attività fisica, ossia chi svolge raramente solo qualche attività fisica o è del tutto sedentario, o l'eccesso di peso riguardano circa il la metà dei bambini e ragazzi di 3-17 anni (49,7%): l'11,2% presenta la situazione più critica perché associa entrambi i fattori di rischio, il 15,8% presenta solo la condizione di eccesso di peso e il 22,7% non ha problemi di peso ma è sedentario o svolge solo qualche attività fisica in modo saltuario (Figura 19).

Rispetto al genere la prevalenza è simile riguardo entrambi i fattori di rischio (maschi 11%; femmine 11,4%), mentre i ragazzi si caratterizzano maggiormente per essere in eccesso di peso ma non sedentari (maschi 18,8%; femmine 12,6%) e, viceversa, le ragazze sono più spesso normo-peso ma con bassi livelli di attività fisica (maschi 19,5%; femmine 26,1%).

Figura 19. Bambini e ragazzi di 3-17 anni per eccesso di peso associato alla scarsa o nulla attività fisico-sportiva praticata per genere. Media 2018-2019 e 2020-2021 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine aspetti della vita quotidiana.

L'associazione di eccesso di peso e scarsa attività fisica è più elevata nella fascia dei bambini di 3-10 anni (16,2%).

Dal punto di vista territoriale è soprattutto al Sud che sono più diffusi questi fattori di rischio: la frequenza dell'associazione di eccesso di peso e scarsa attività fisica quasi raddoppia.

Nel tempo, a partire dal 2014 e fino al biennio 2018-2019, si era osservato un trend in miglioramento, con la diminuzione di entrambi i fattori di rischio considerati, specialmente tra i bambini fino a 10 anni (-4,3 punti percentuali). Tale andamento si è però interrotto nel biennio pandemico 2020-2021, in cui si è osservato un aumento della diffusione dei due fattori di rischio in tutte le fasce di età dei minori, sia presi singolarmente che in associazione.

Bibliografia:

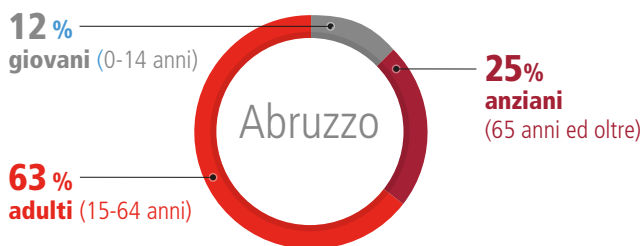
1. CREA 2019 Linee guida per una sana alimentazione – revisione 2018
2. EUROTHINE. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE final report. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre, 2007
3. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised metaanalysis of data from 850 060 participants. *Br J Sports Med.* 2019;53:886–94
4. Gargiulo L, Bologna E, Iannucci L. Capitolo 1 Epidemiologia dell'obesità in Italia in 9° Rapporto sull'obesità in Italia. Ricerca clinica e terapia: lo stato dell'arte. Il pensiero scientifico editore. Istituto auxologico italiano. Luglio 2021
5. IBDO Foundation. Obesity is a disease and a risk factor. *Obesity Monitor*, Numero speciale marzo 2021
6. ISTAT RAPPORTO BES 2021: il benessere equo e sostenibile in Italia
7. ISTAT 2022 Tempo libero e partecipazione culturale. Tra vecchie e nuove pratiche (a cura di Bologna E. Savioli M.).
8. ISTAT RAPPORTO ANNUALE 2022 - LA SITUAZIONE DEL PAESE
9. Ministero della salute 2022 Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità
10. OECD 2021 Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sa TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response metaanalysis. *Eur J Epidemiol.* 2018;33(9):811–29.
11. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2013: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-healthdivide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf (accessed 4 December 2013)
12. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003;88:748-52.
13. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Guillaud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984;39:129-35.
14. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? *Prev Med* 1993;22:167-77.
15. WHO 2020 Guidelines on physical activity and sedentary behaviour
16. WHO 2013 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: <https://www.who.int/nmh/publications/ncdaction-plan/en/>
17. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight Fact sheet, 9 June 2021.
18. World Obesity. COVID-19 and obesity: the 2021 Atlas: <https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/COVID-19-and-Obesity-The-2021-Atlas.pdf>



*Dati regionali
sull'obesità*

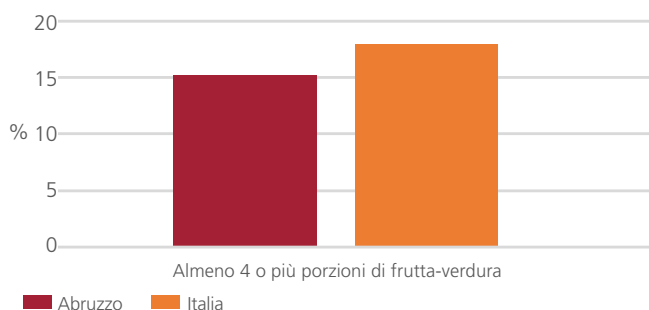
I dati dell'obesità in Abruzzo (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

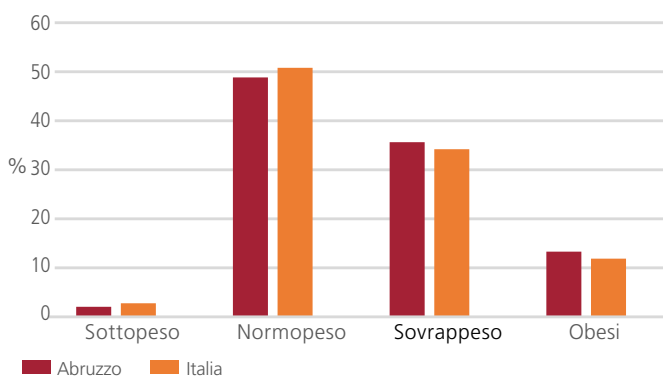


	Abruzzo	Italia
Popolazione residente	1.281.012	59.236.213
Età media	46,8	45,9
Speranza di vita (M/F)	80/85,7	80.1/84,7
Pop. Straniera residente	6,4%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

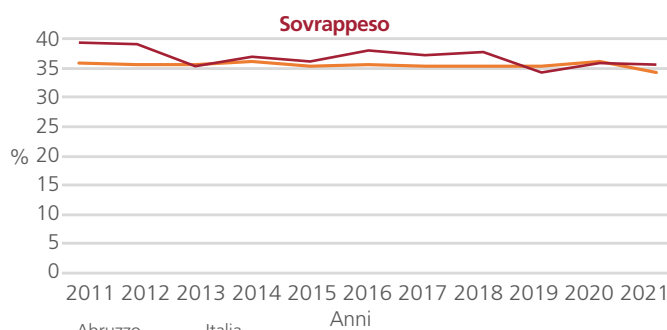


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021

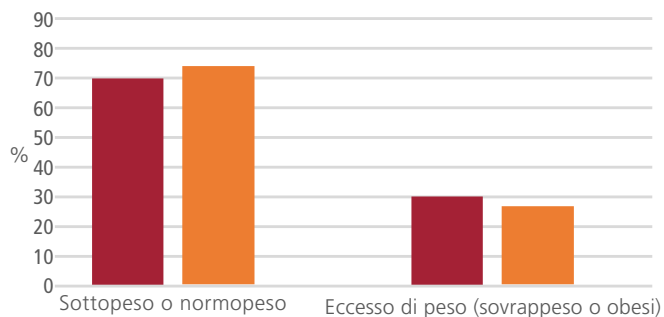


Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 390.000 e 147.000 Obese in Abruzzo nel 2021

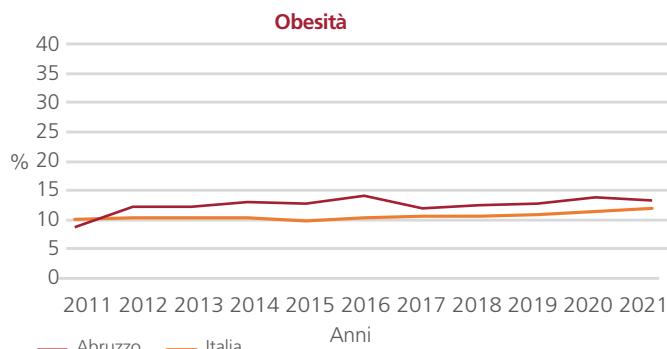
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

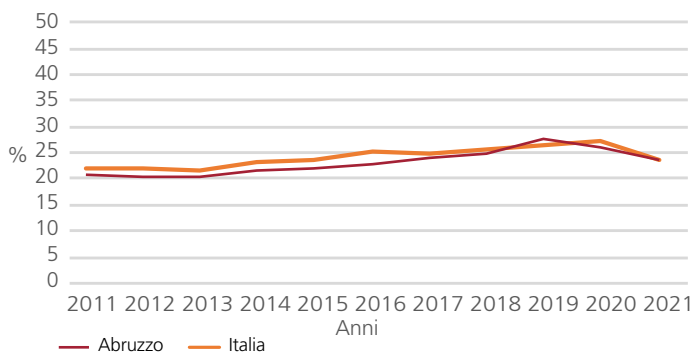


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 53.000 in Abruzzo (2019-2020)

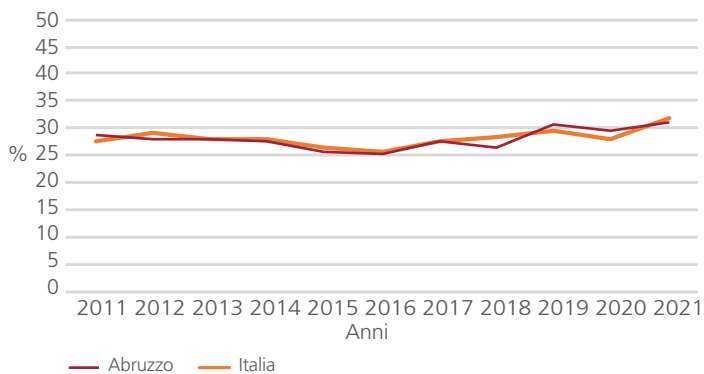


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

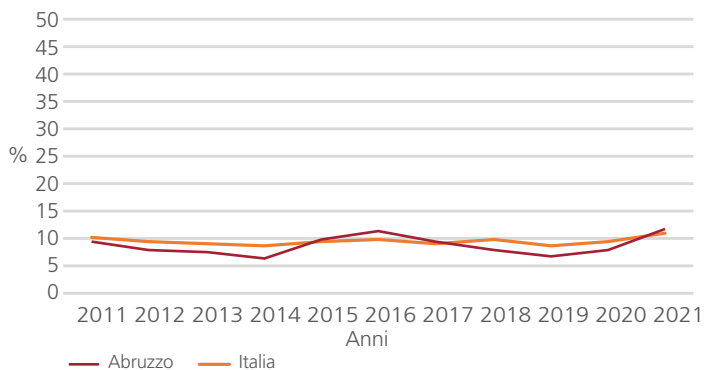
Praticano sport in modo continuativo



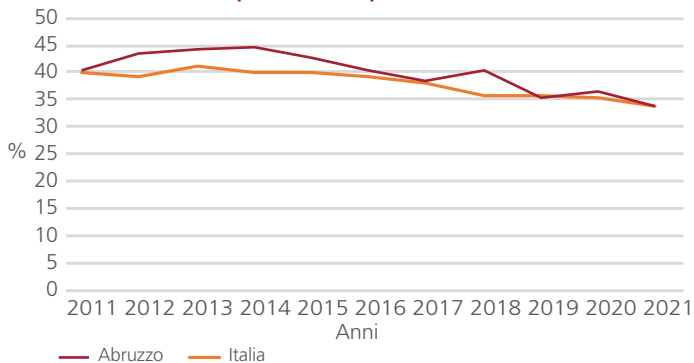
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario

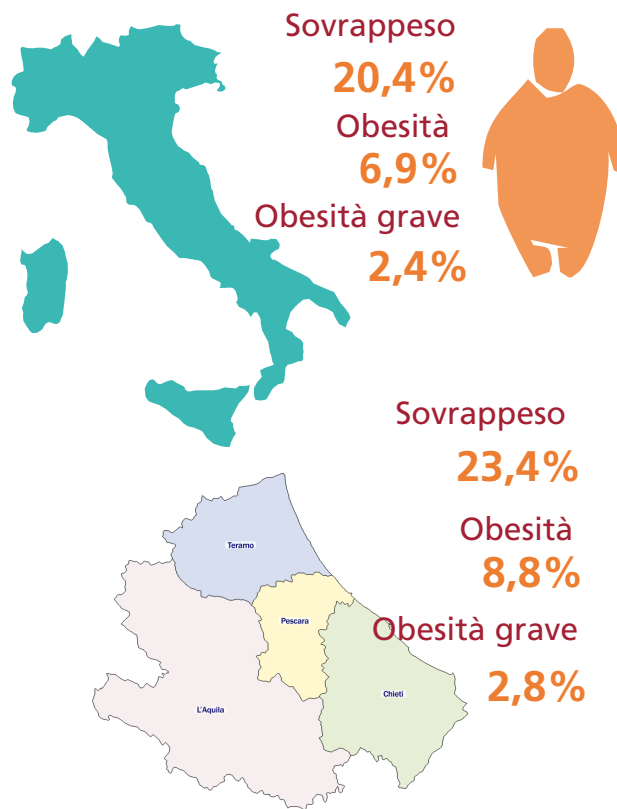


Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - ABRUZZO

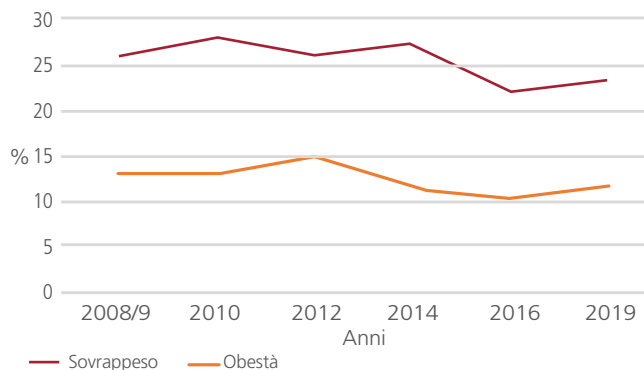
35% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 24.060, di cui obesi 7.974.



CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2019

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella regione Abruzzo si assiste ad un leggero aumento della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Abruzzo, OKKio alla Salute



OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ABITUDINI ALIMENTARI, ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	90	91	93	93,1	93	92,4	91,3
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	61	63	66	61,1	61	59	55,7
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	18	17	18	30,7	32	20	41,2
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2	6	5	5,3	5,9	2,9	8,5
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	40	46	43	37,6	34,3	23,7	25,4

OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ATTIVITÀ FISICA, ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che circa la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 2 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare). Rispetto alle precedenti rilevazioni il dato risulta sostanzialmente invariato

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	49	38	44	38,9	45,7	50,7	44,5%
Bambini con televisore in camera	50	46	46	44,7	45,9	44,1	43,5%

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

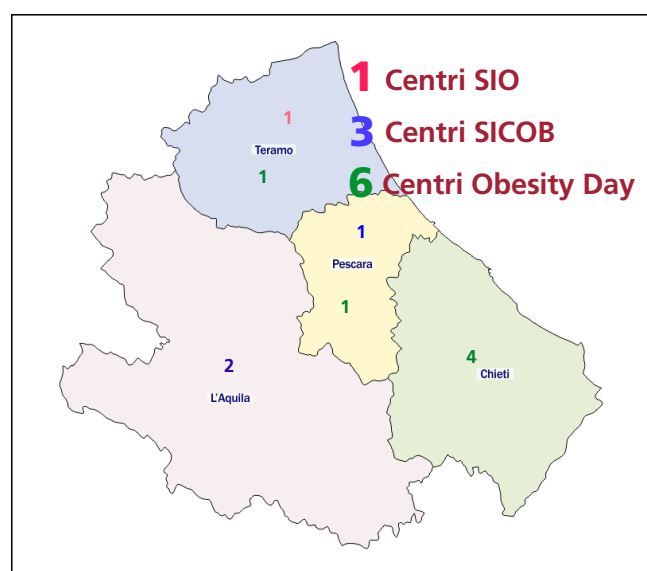
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

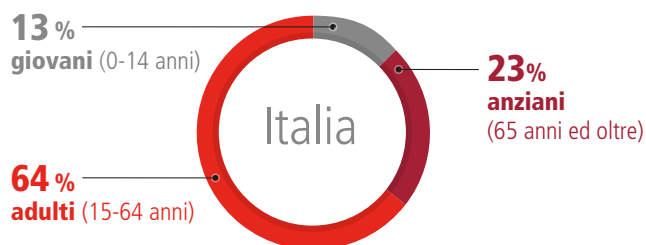
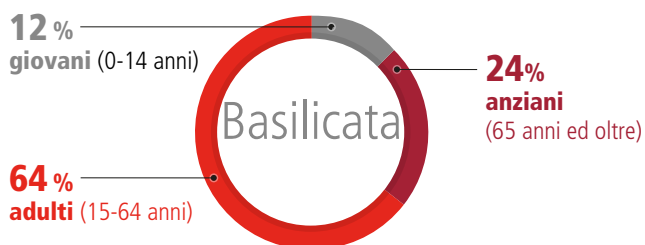
		Abruzzo			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	62,1	54,6	69,1	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	45,7	38,2	53,4	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	33,1	29,2	37,3	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	28,7	24,8	32,9	31,3	30,1	32,6

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, ABRUZZO



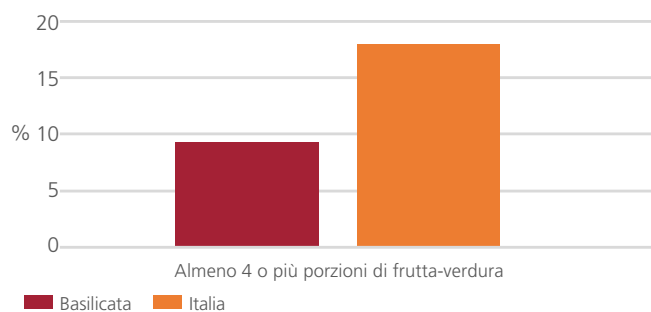
I dati dell'obesità in Basilicata (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021



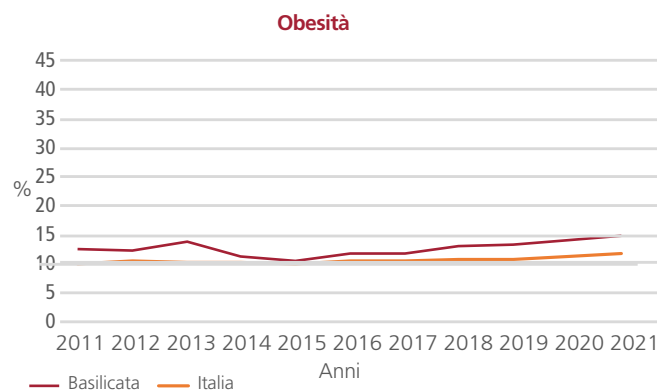
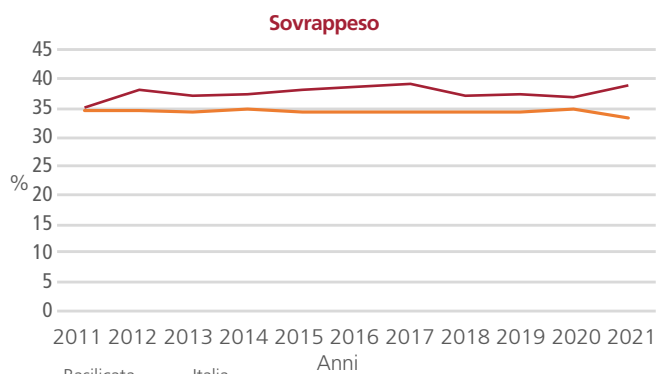
	Basilicata	Italia
Popolazione residente	545.130	59.236.213
Età media	46,5	45,9
Speranza di vita (M/F)	79,7/84,4	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	4%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

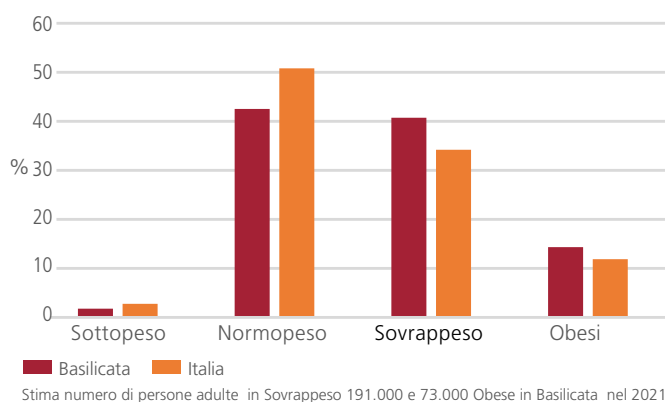


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 24.000 in Basilicata (2019-2020)

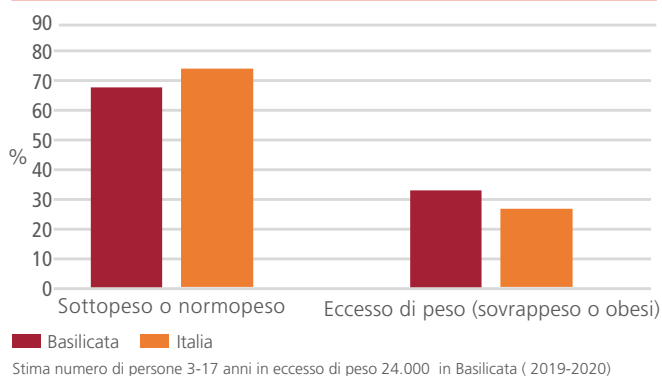
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021

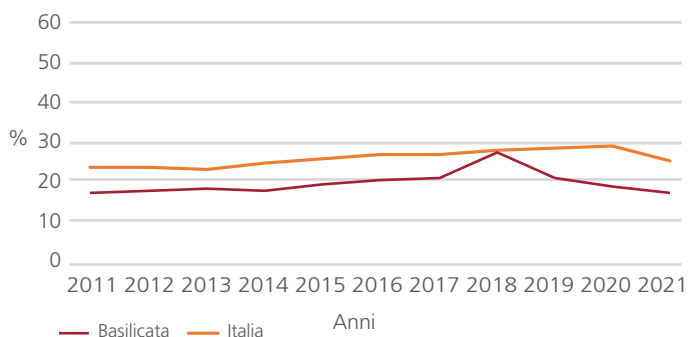


PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

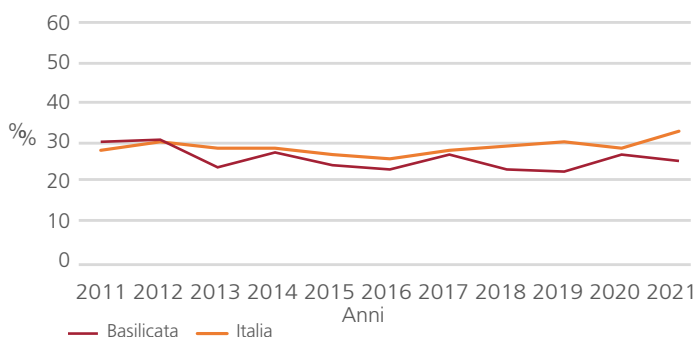


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

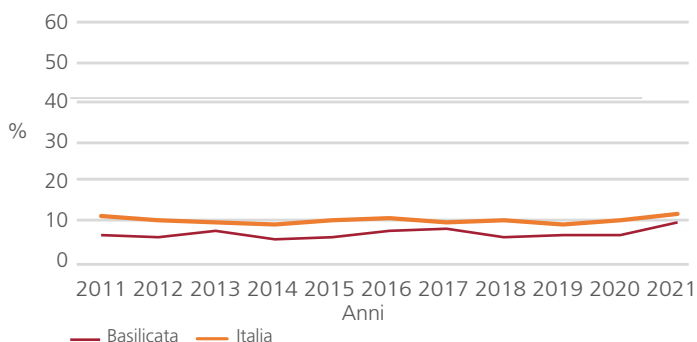
Praticano sport in modo continuativo



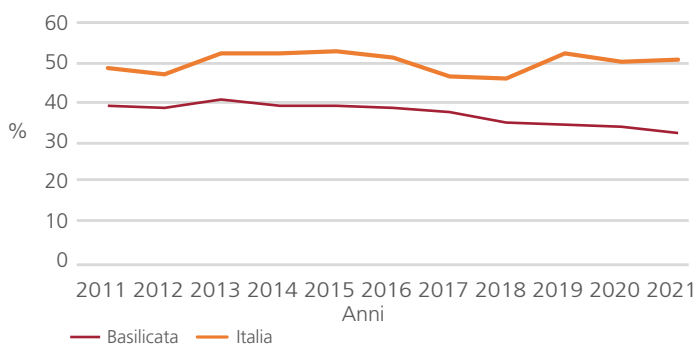
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



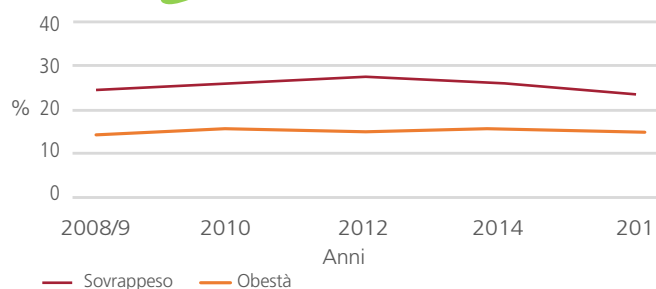
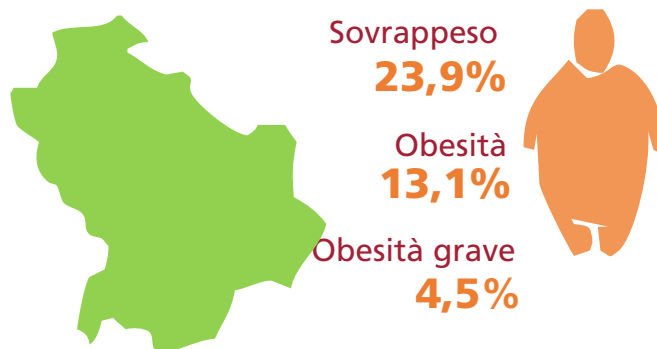
Non praticano nè sport nè attività fisica



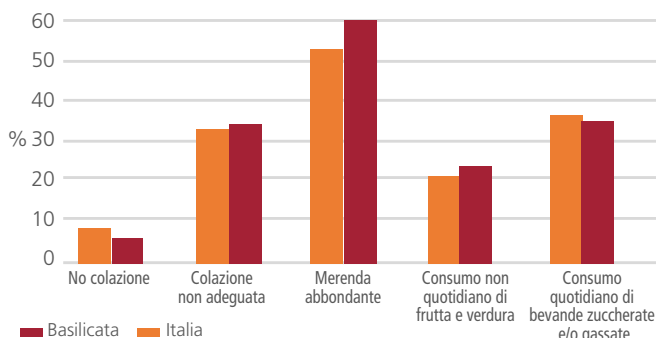
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - BASILICATA

Sovrappeso e obesità nei bambini

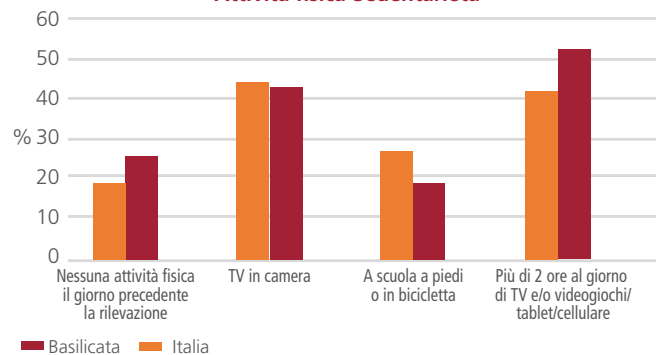
Nel 2016 i bambini in sovrappeso sono il 23,9% e gli obesi sono il 13,1%, compresi i gravemente obesi che rappresentano il 4,5%.



Cattive abitudini alimentari



Attività fisica-Sedentarietà



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Basilicata			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	69,7	61,3	77,0	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	52,9	44,1	61,5	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	39,0	34,2	44,0	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	38,5	33,8	43,5	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, BASILICATA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

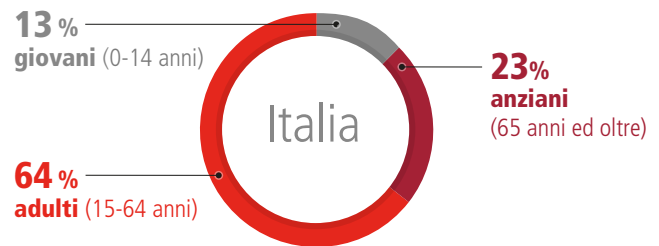
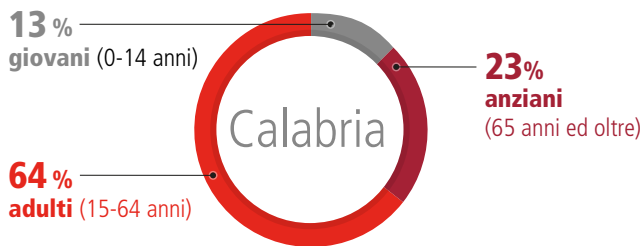
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

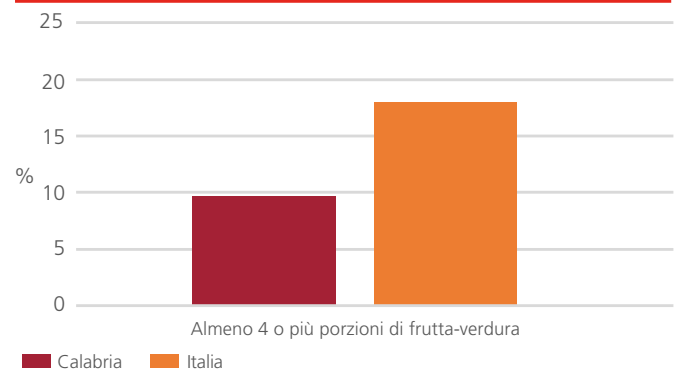
I dati dell'obesità in Calabria (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

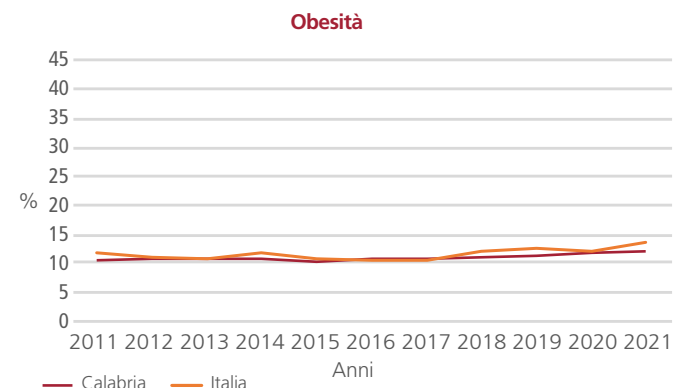
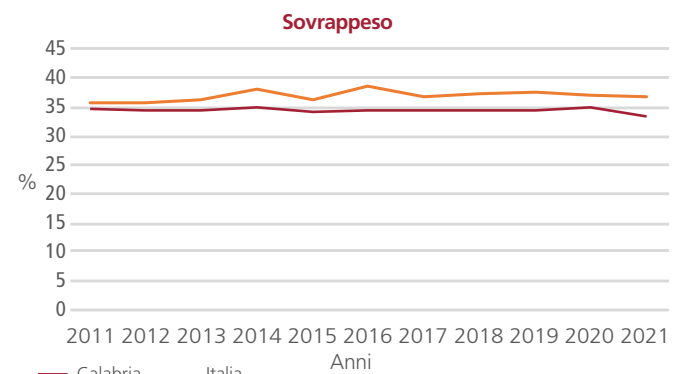


	Calabria	Italia
Popolazione residente	1.860.601	59.236.213
Età media	45,2	45,9
Speranza di vita (M/F)	79/83,6	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	5,0%	8,7%

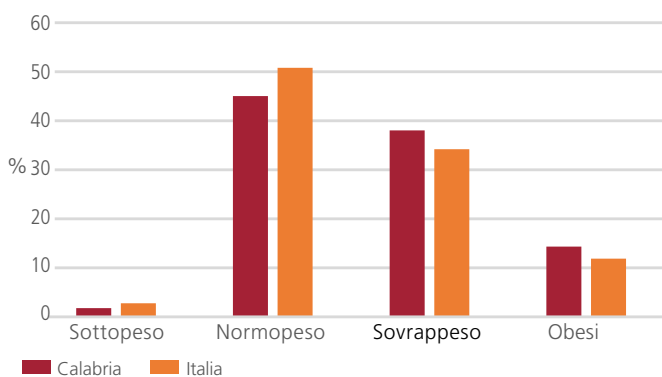
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

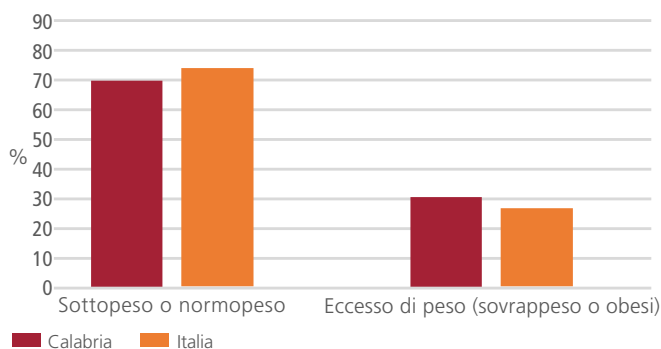


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 608.000 e 217.000 Obese in Calabria nel 2021

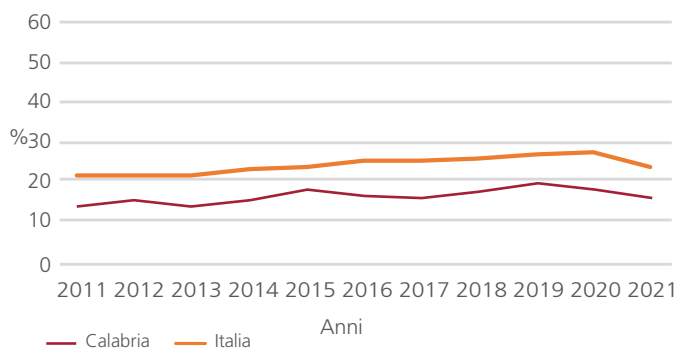
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



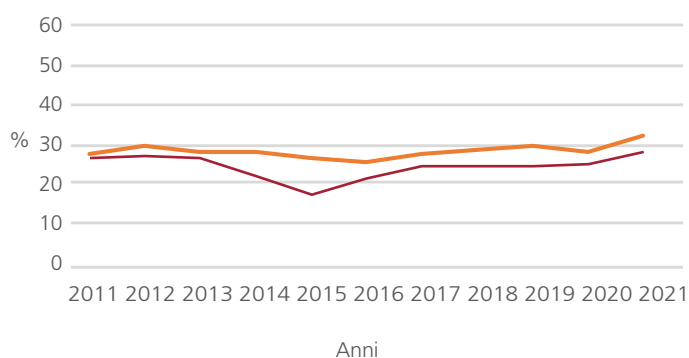
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 81.000 in Calabria (2019-2020)

ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

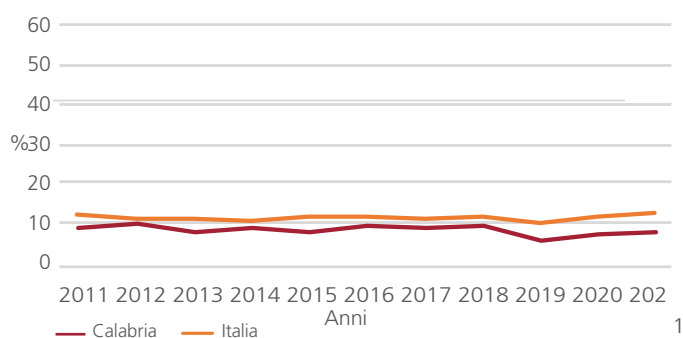
Praticano sport in modo continuativo



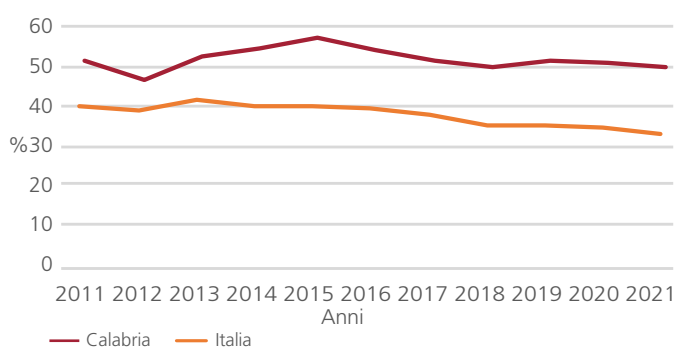
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



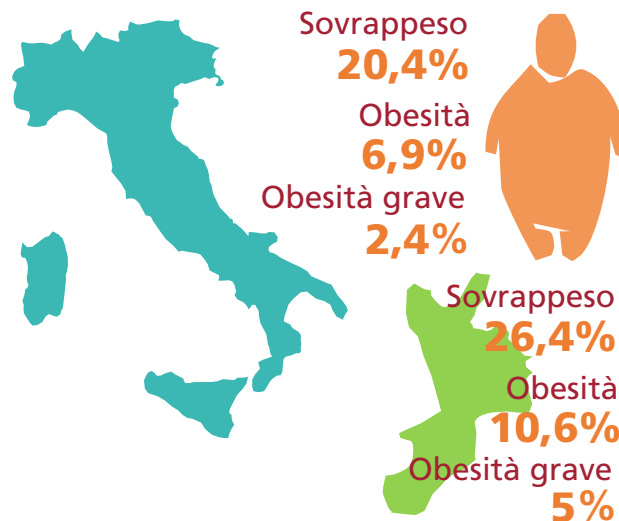
Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - CALABRIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

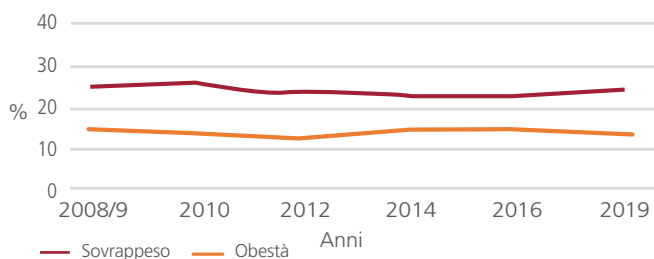
Nel 2019 complessivamente il 42,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità, con valori che vanno benkltr la media nazionale.



Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

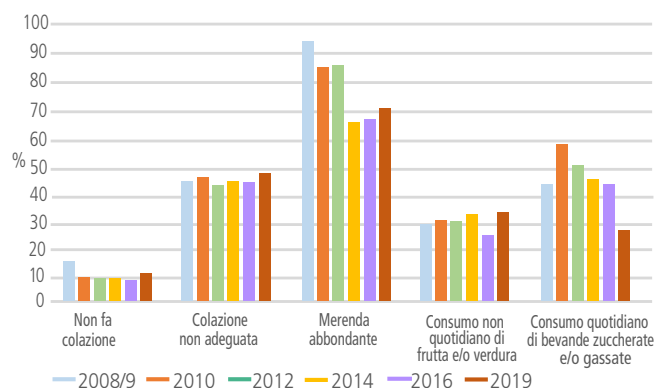
SOVRAPPESO - OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni permane il problema dell'eccesso di di peso nella popolazione infantile. Non si assiste infatti a grandi variazioni nella prevalenza di bambini in sovrappeso (26,4% nel 2019 versus 25,8% nel 2008/9) e obesi (15,7% nel 2019 versus 15,9% nel 2008/9).



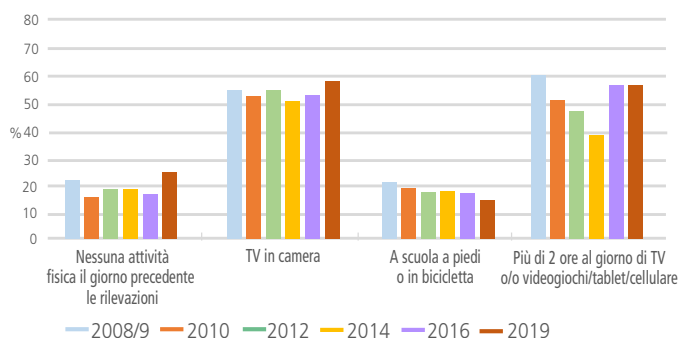
Cattive abitudini alimentari

Confrontando gli ultimi dati con quelli della rilevazione precedente si nota l'aumentata diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Unica nota positiva è la sensibile diminuzione della percentuale di bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno. Si è passato da un 45% nel 2016 al 28% nel 2019.



Attività fisica e sedentarietà

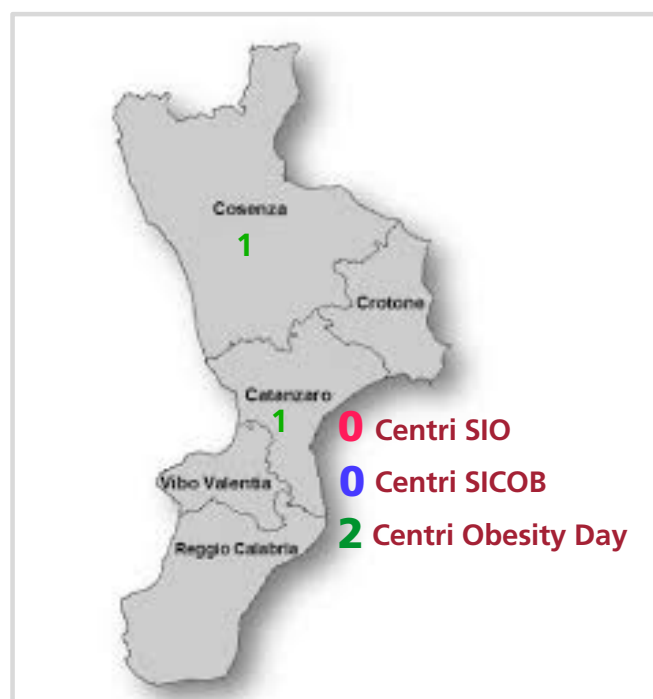
Vi è un preoccupante peggioramento generale delle variabili in studio. I bambini impegnano molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi e fanno poca attività fisica, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Calabria			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	72,3	65,4	78,2	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	49,8	42,31	57,3	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	39,2	34,6	44,0	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	28,2	24,2	32,7	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, CALABRIA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

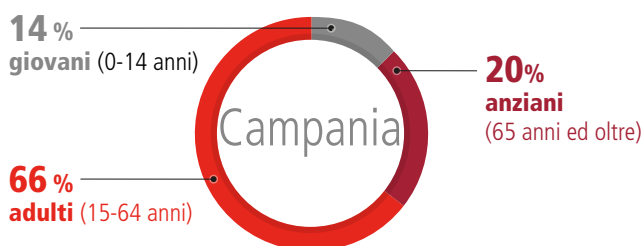
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

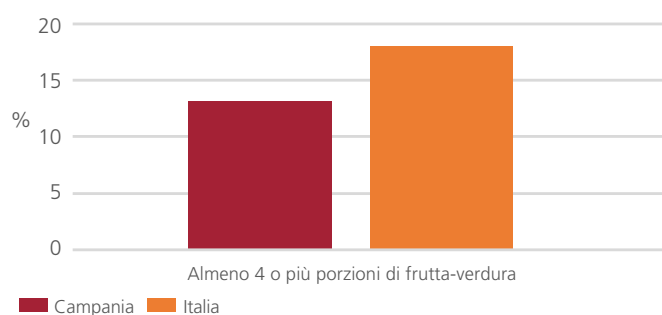
I dati dell'obesità in Campania (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

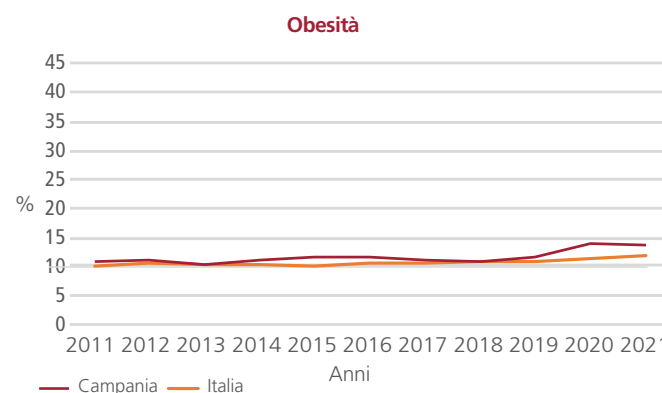
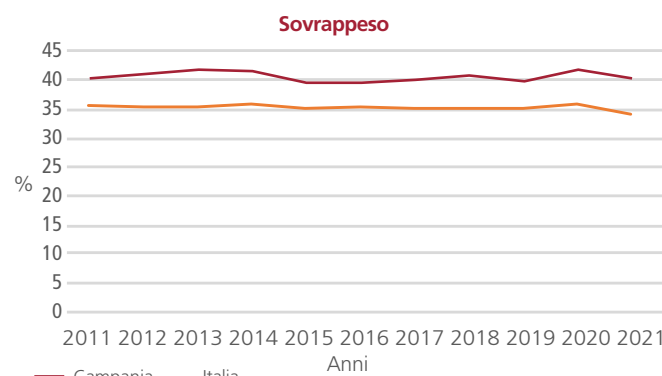


	Campania	Italia
Popolazione residente	5.624.260	59.236.213
Età media	43,3	45,9
Speranza di vita (M/F)	78,3/82,9	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	4,4%	8,7%

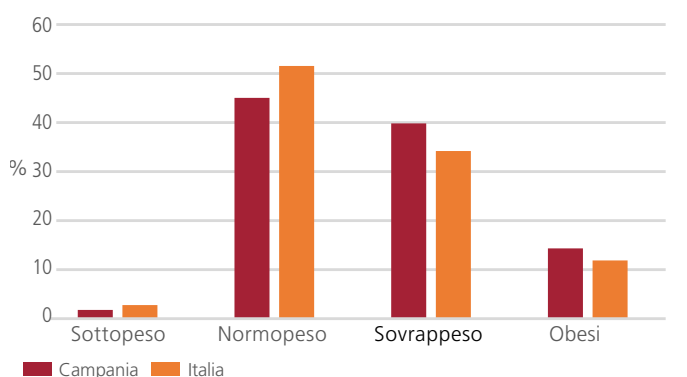
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

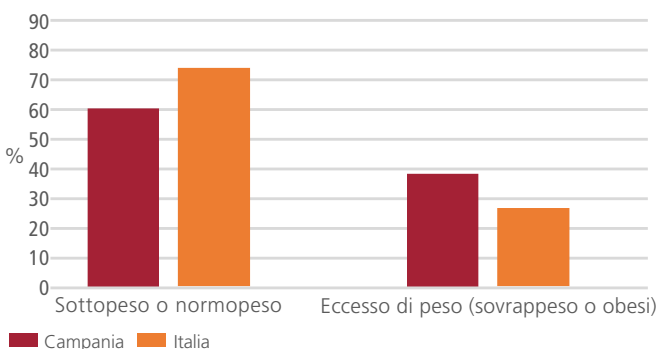


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.903.000 e 668.000 Obese in Campania nel 2021

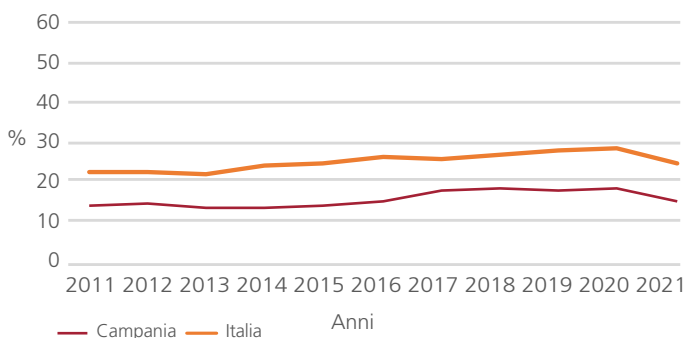
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



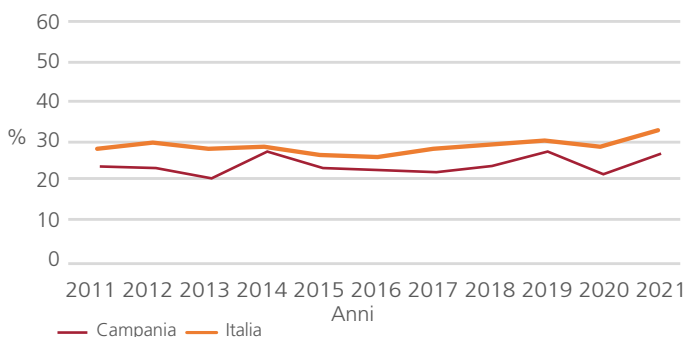
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 357.000 in Campania (2019-2020)

ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

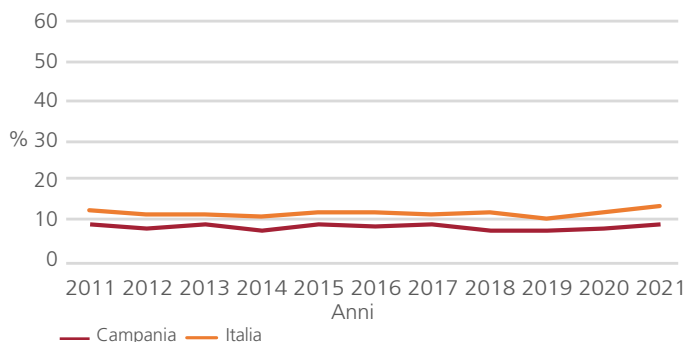
Praticano sport in modo continuativo



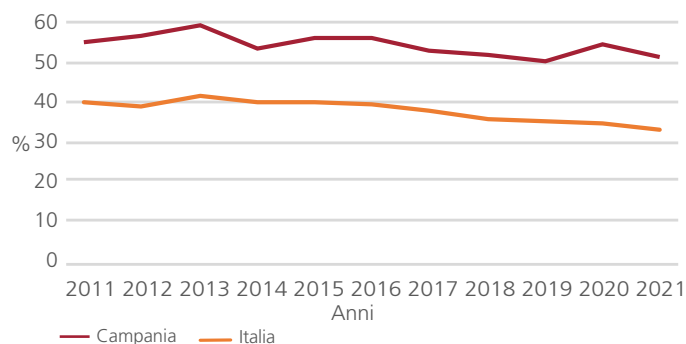
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



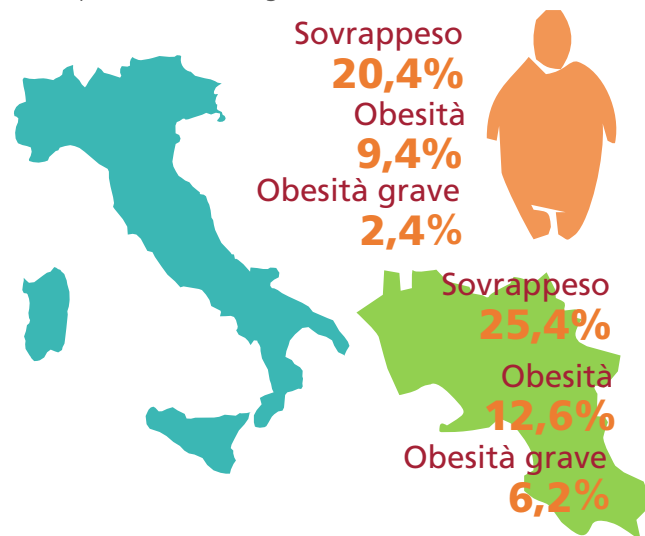
Non praticano né sport né attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - CALABRIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 la prevalenza dell'eccesso ponderale nei bambini della Regione Campania è rimasta stabile rispetto al 2016. Rispetto alle altre regioni italiane la Campania continua a mostrare la più alta prevalenza di obesità e, dato ancor più preoccupante, di obesità grave



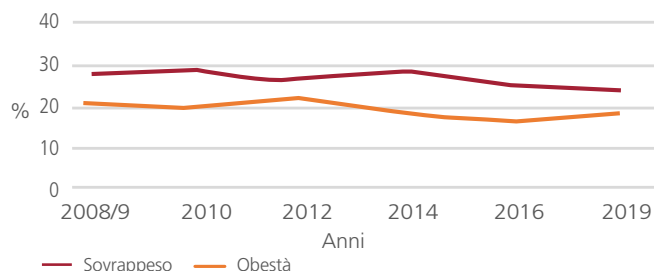
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

La prevalenza del sovrappeso si è lievemente ridotta in 10 anni.

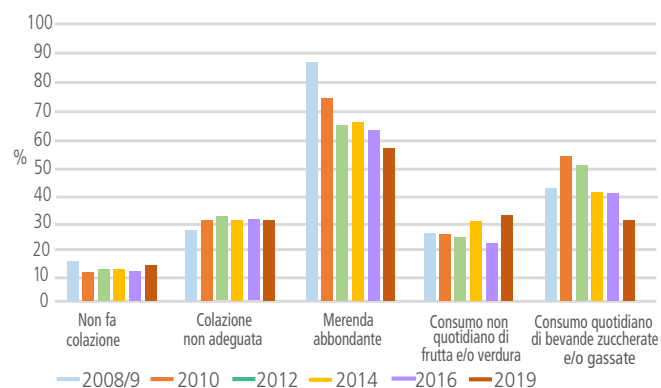
OBESITÀ

La prevalenza dell'obesità ha registrato un iniziale sensibile decremento ma negli ultimi 5 anni sembra essere abbastanza stabili.



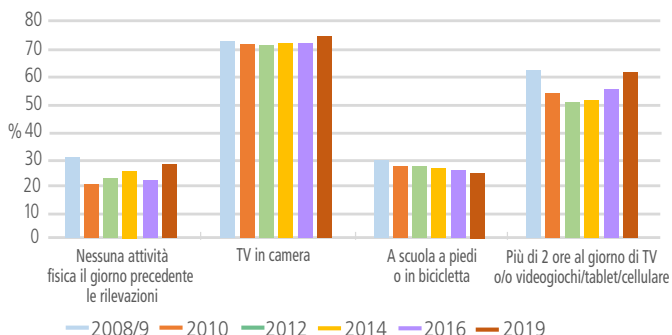
Cattive abitudini alimentari

L'unica abitudine che è costantemente e sensibilmente migliorata è quella merenda inadeguata consumata a scuola, tale risultato è verosimilmente associato a una maggiore efficacia delle azioni degli operatori sanitari del personale della scuola. Anche il consumo di bibite gassate/zuccherate tende a ridursi.



Attività fisica e sedentarietà

Non si apprezzano miglioramenti di rilievo relativamente a tutti i dati relativi all'attività fisica. Tale situazione risente molto della scarsa disponibilità di spazi verdi, strutture pubbliche per lo sport. Anche la situazione poco favorevole dei trasporti (contesto urbano, assenza di piste ciclabili traffico) influisce molto negativamente.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Campania			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	66,6	60,6	72,1	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	40,2	34,2	46,4	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	31,9	28,7	35,3	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	26	23,1	29,1	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, CAMPANIA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

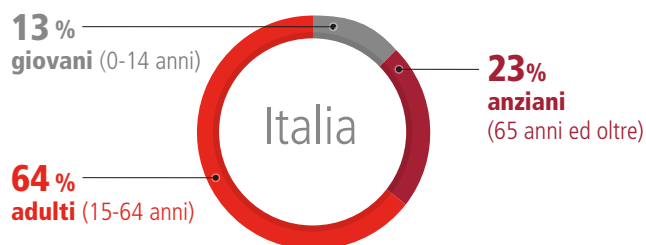
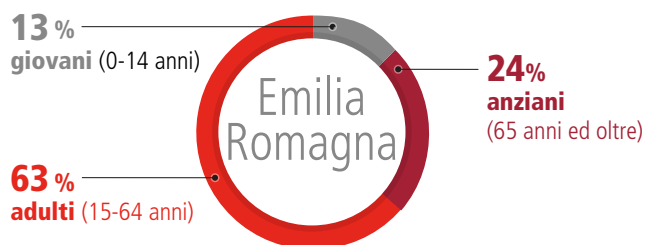
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

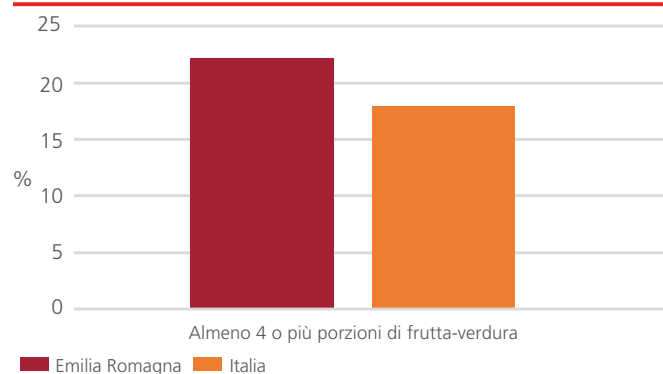
I dati dell'obesità in Emilia Romagna (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

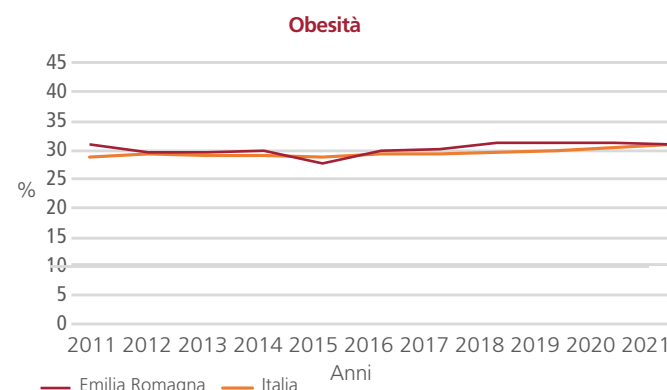
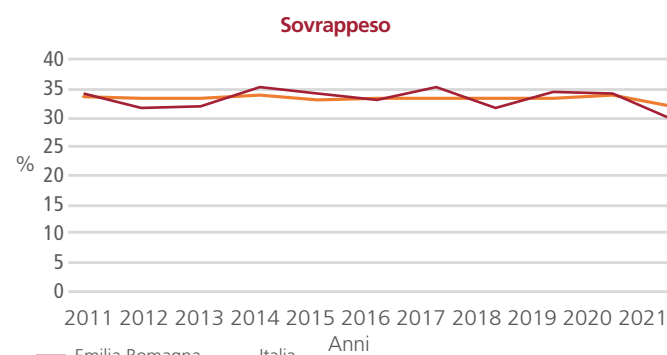


	Emilia Romagna	Italia
Popolazione residente	4.438.937	59.236.213
Età media	46,5	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,8/85,1	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	12,7%	8,7%

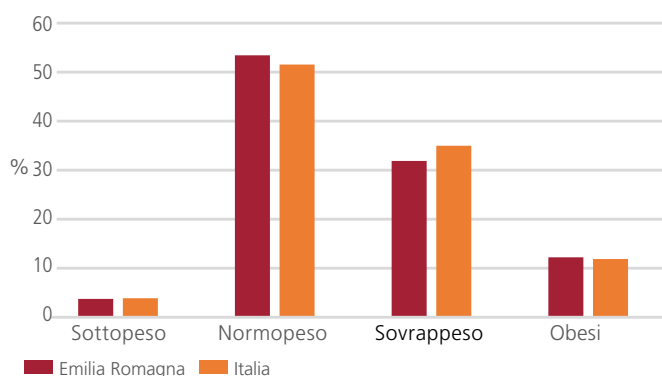
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

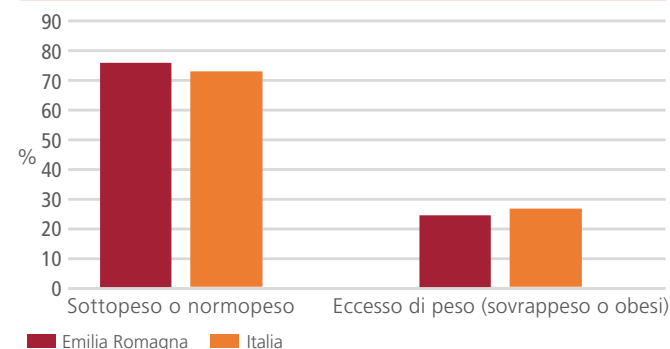


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.187.000 e 447.000 Obese in Emilia Romagna nel 2021

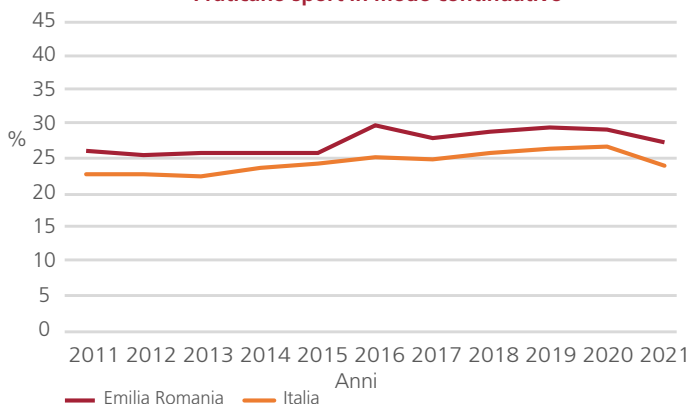
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



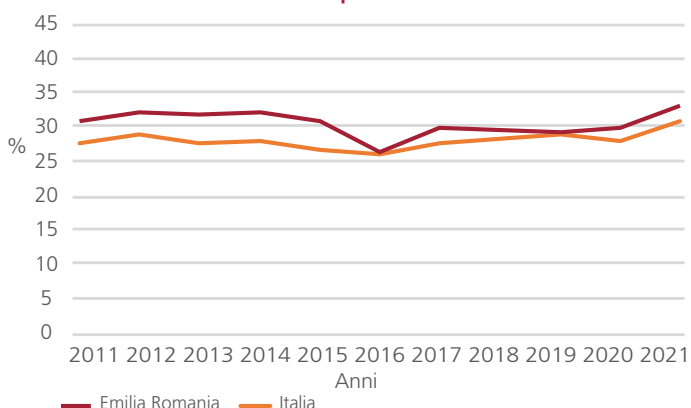
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 156.000 in Emilia Romagna (2019-2020)

ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

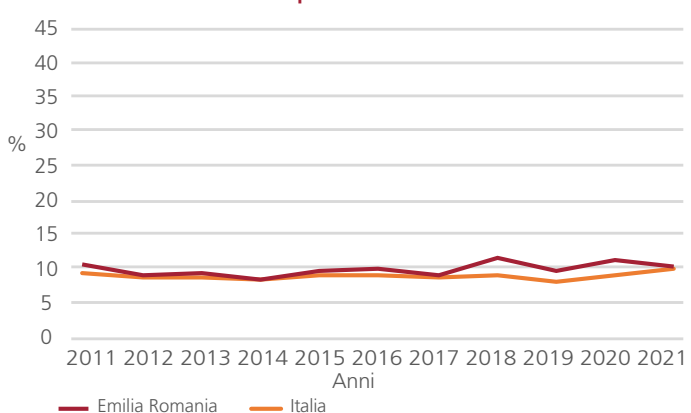
Praticano sport in modo continuativo



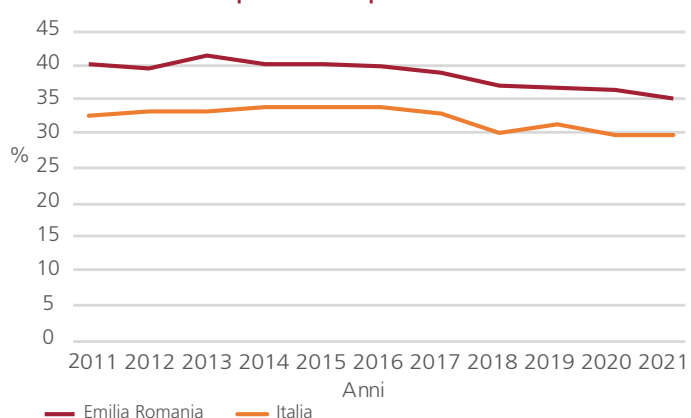
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - EMILIA ROMAGNA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 si conferma il trend in lieve discesa per quanto riguarda la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini delle Regione Emilia-Romagna.

Confrontando i dati nazionali con i regionali, si evidenzia una minor tendenza al sovrappeso e all'obesità in Regione rispetto all'Italia



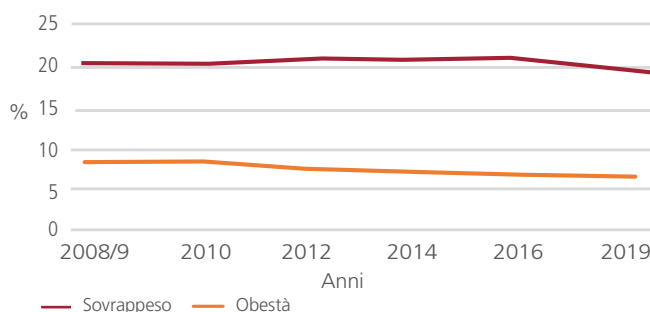
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Nel corso degli anni il sovrappeso è **diminuito**, passando dal 20,5% nel 2008/9 al 19,2% nell'ultima rilevazione del 2019.

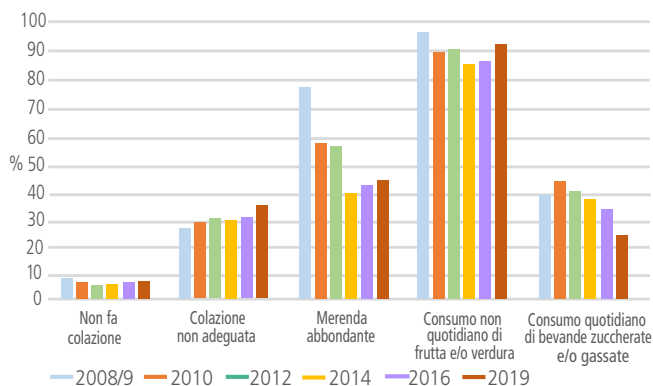
OBESITÀ

La prevalenza dell'obesità in generale è **diminuita** negli anni: dall'8,6% nel 2008/9 al 7,2% nell'ultima rilevazione del 2019



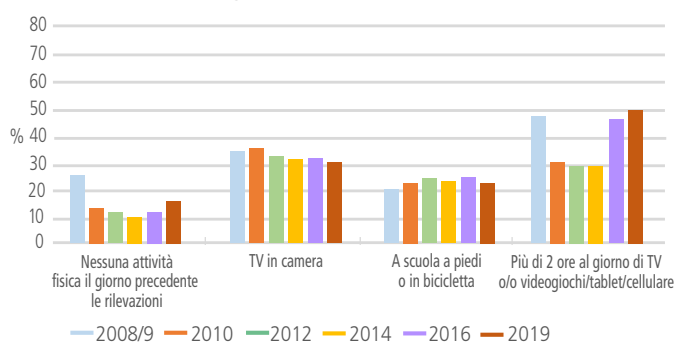
Cattive abitudini alimentari

L'abitudine a non consumare la prima colazione o a consumarla in maniera inadeguata persiste negli anni, così come la fruizione di una merenda abbondante di metà mattina. Il basso consumo quotidiano (meno di 5 porzioni) di frutta e/o verdura dei bambini rimane troppo elevato; diminuisce, invece, l'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate.

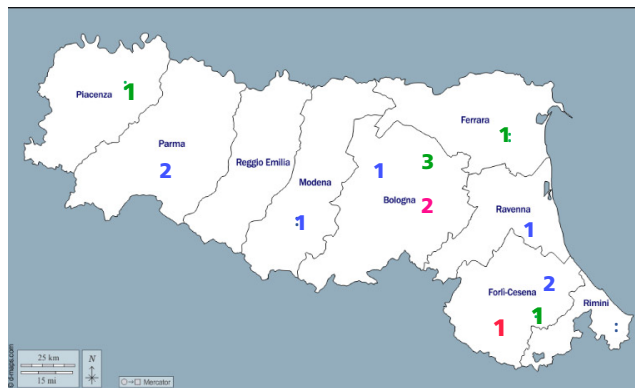


Attività fisica e sedentarietà

Nella nostra Regione i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi anche se in misura minore rispetto alla media nazionale. Solo 6 bambini su 10 trascorrono meno di due ore al giorno davanti a TV o videogiochi/tablet/cellulare.



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, EMILIA ROMAGNA



3 Centri SIO
8 Centri SICOB
6 Centri Obesity Day

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Emilia Romagna			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	77	71,2	81,9	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	59,3	52,6	65,7	50,5	48,2	52,7
Sovrap-peso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	41,4	37,7	45,3	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	36,8	33,1	40,7	31,3	30,1	32,5

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

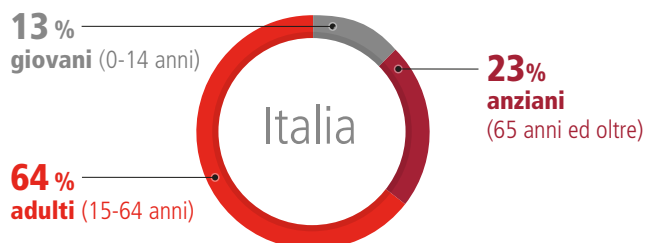
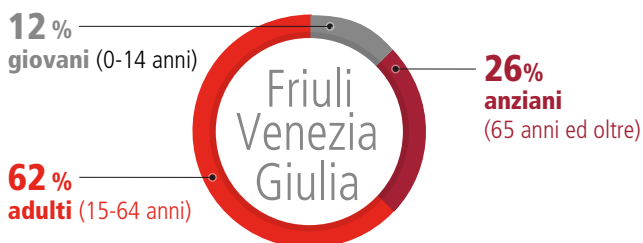
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

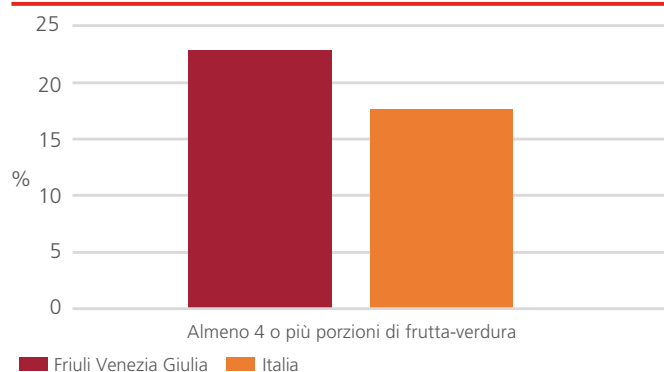
I dati dell'obesità in Friuli Venezia Giulia (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

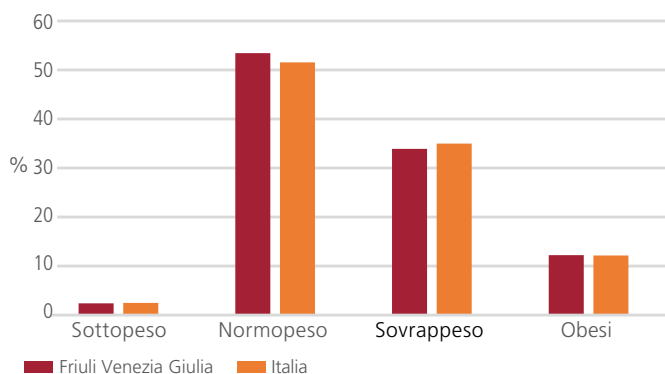


	Friuli Venezia Giulia	Italia
Popolazione residente	1.201.510	59.236.213
Età media	46,5	45,9
Speranza di vita (M/F)	79,6/84,8	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	9,6%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

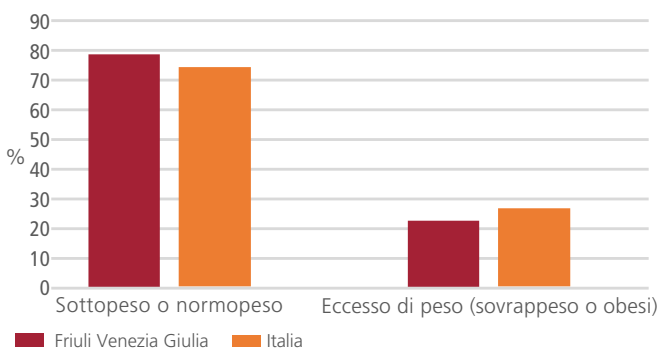


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



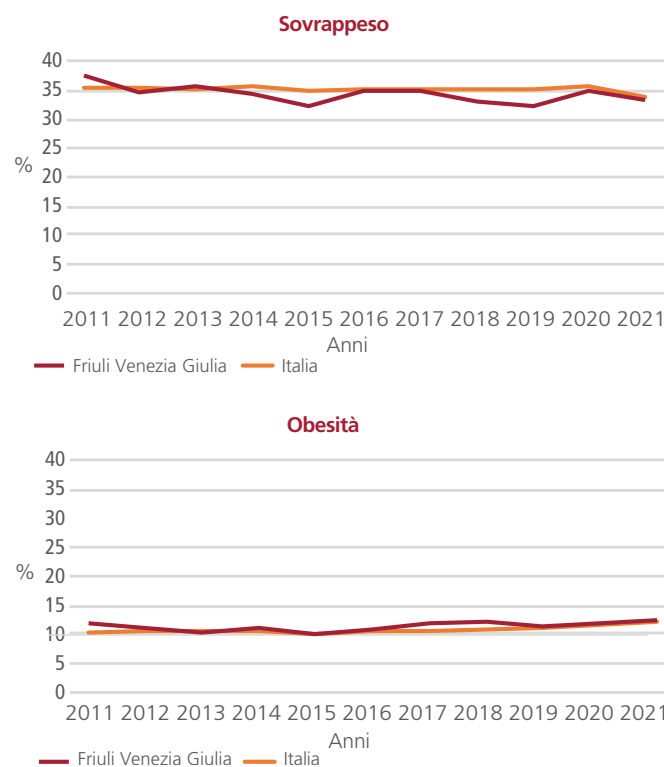
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 342.000 e 125.000 Obese in Friuli Venezia Giulia nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



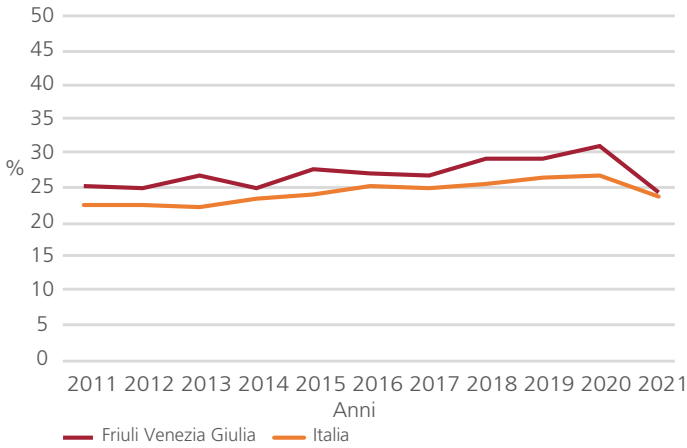
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 32.000 in Friuli Venezia Giulia (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

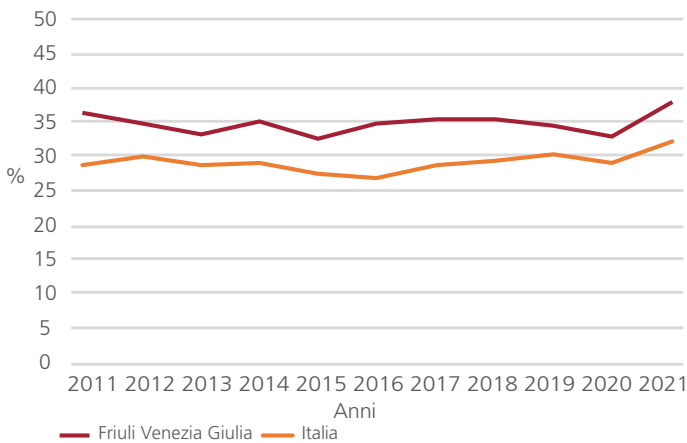


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

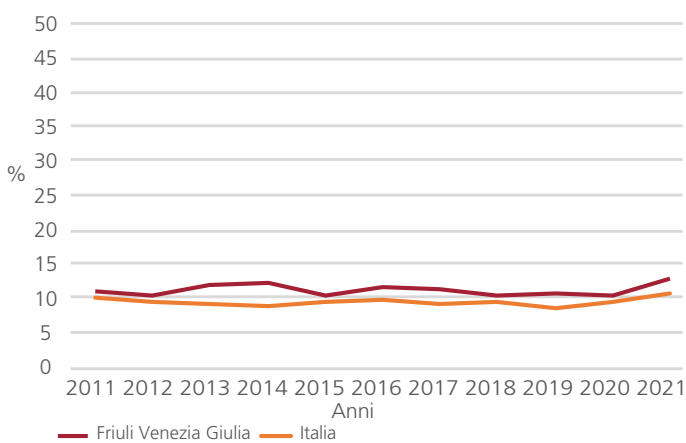
Praticano sport in modo continuativo



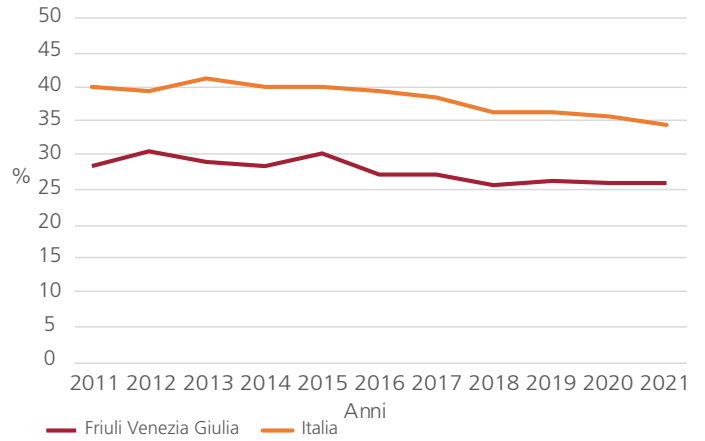
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano né sport né attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - FRIULI VENEZIA GIULIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Tra i bambini della Regione Friuli Venezia Giulia l'1,7% risulta in condizioni di obesità grave, il 4,9% risulta obeso, il 19,1% sovrappeso. Questi dati sono inferiori rispetto alla media Italiana.

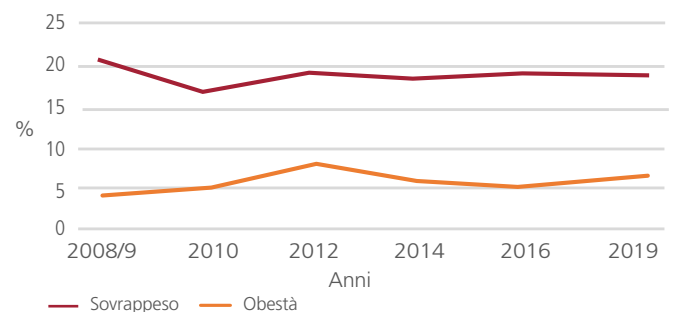


Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)
Sovrappeso e obesità nei bambini

SOVRAPPESO - OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni si assiste ad una generale situazione di stallo della prevalenza di bambini in sovrappeso, mentre si osserva un aumento dei bambini obesi.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Friuli Venezia Giulia
OKKio alla SALUTE



Okkio alla SALUTE ANNO 2019, FRIULI VENEZIA GIULIA, Abitudini alimentari

La raccolta dati conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari scorrette che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

Si osservano tuttavia dei piccoli miglioramenti rispetto alle rilevazioni precedenti, ad esempio per quel che riguarda la diminuzione nel consumo giornaliero di bevande zuccherate e/o gassate, probabilmente attribuibile anche ai numerosi progetti attivati dalle aziende sanitarie della regione. Unica eccezione è l'assunzione di 5 porzioni di frutta e/o verdura che mostra un trend in netto peggioramento.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93%	95%	94%	95%	96%	96%	91%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine**	70%	69%	68%	67%	62%	62%	56%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	25%	35%	45%	50%	51%	50%	41%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera	2%	9%	11%	12%	11%	8%	6%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	43%	45%	39%	34%	31%	20%	25%

Okkio alla SALUTE ANNO 2019, FRIULI VENEZIA GIULIA, Attività fisica e sedentarietà

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini fanno poca attività fisica. È possibile stimare che 1 bambino su 10 risulti fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Solo 4 bambini su 10 hanno un livello di attività fisica raccomandato per la loro età. Questo dato può essere legato anche al fatto che molti bambini si recano a scuola con mezzi motorizzati, giocano poco all'aperto e non fanno sufficiente attività sportiva strutturata. La percentuale di bambini fisicamente inattivi è risultata leggermente in crescita rispetto alle 2 precedenti rilevazioni. Il dato della nostra Regione si posiziona comunque al di sotto della

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

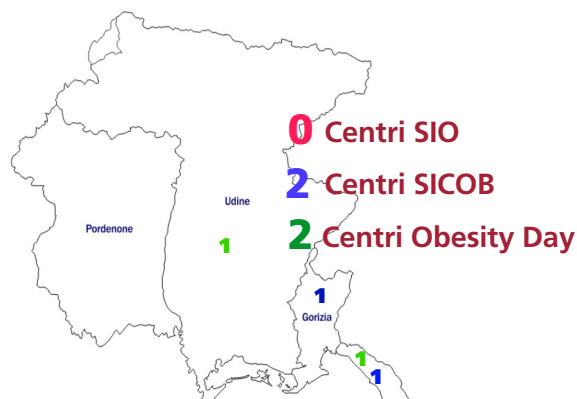
media nazionale. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	19%	14%	12%	8%	10%	13%	20%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	67%	75%	79%	84%	81%	71%	61%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	40%	41%	49%	52%	48%	51%	44%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	26%	19%	21%	24%	25%	22%	26%

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		FVG			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	71,7	64	78,4	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	55,3	47,4	62,9	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	35,1	30,6	39,8	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	36,7	32,2	41,5	31,3	30,1	32,5

Centri medici e chirurgici Friuli Venezia Giulia



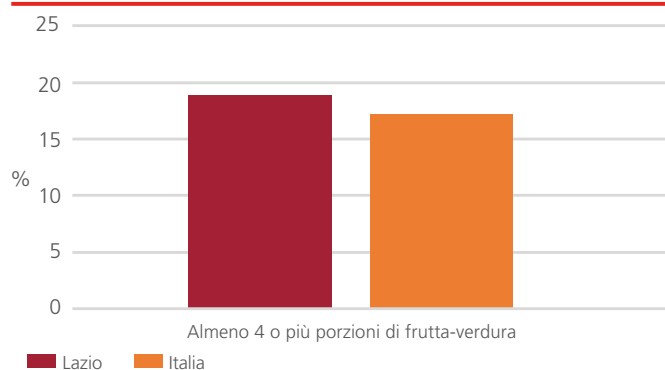
I dati dell'obesità nel Lazio (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

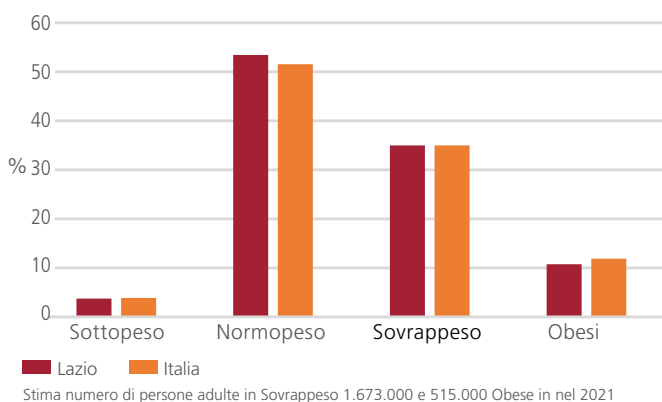


	Lazio	Italia
Popolazione residente	5.730.399	59.236.213
Età media	45,7	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,4/84,9	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	11,1%	8,7%

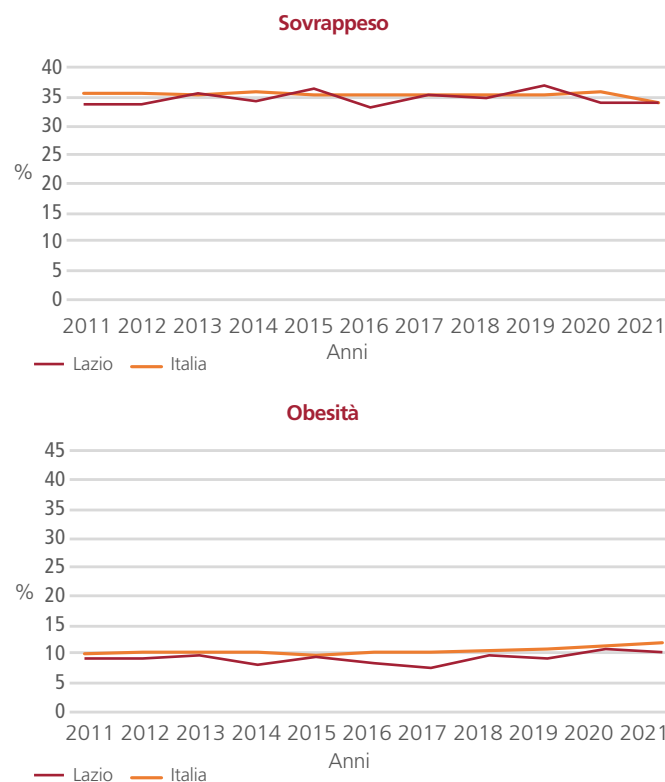
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



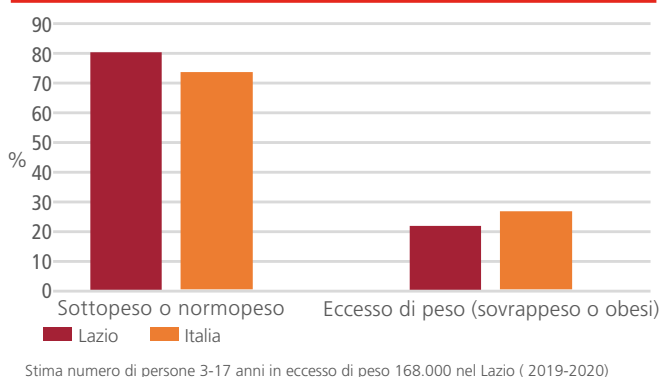
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



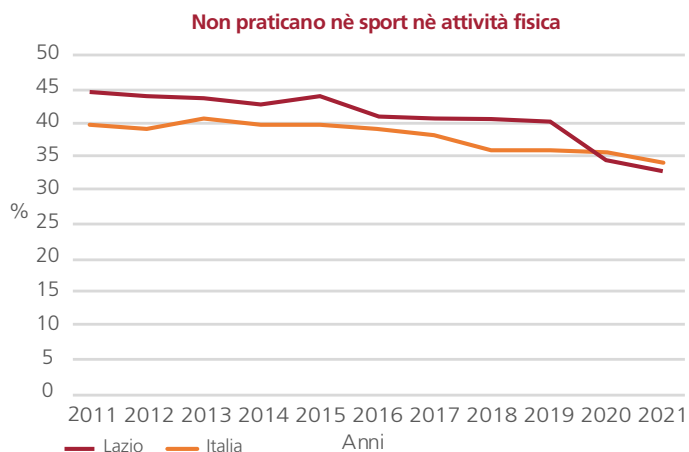
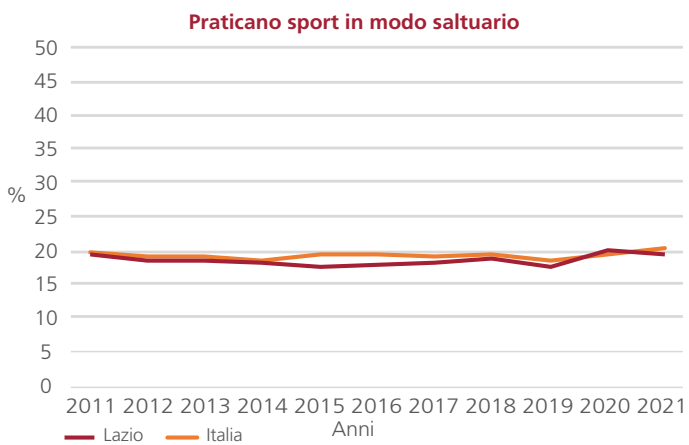
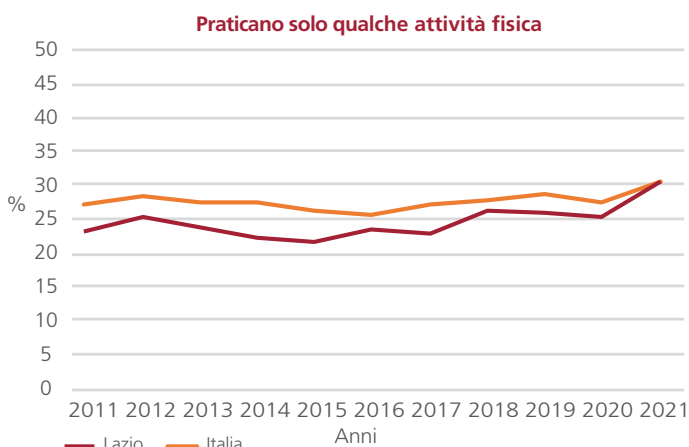
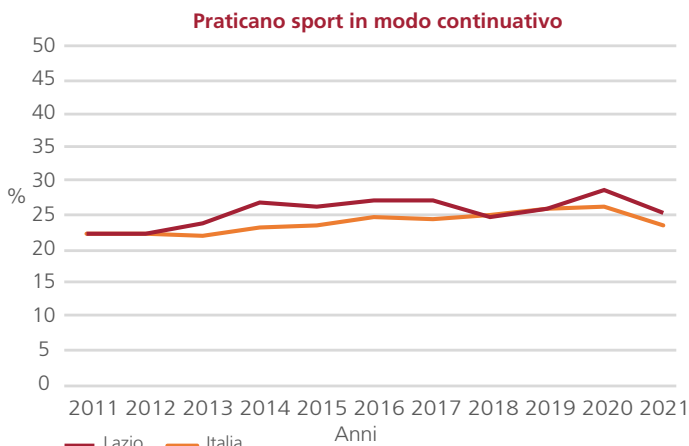
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



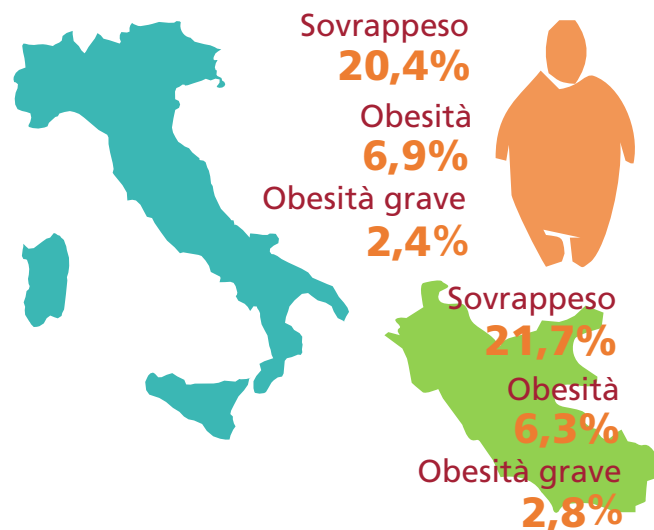
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - LAZIO

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 i valori regionali di sovrappeso e obesità sono stati tra i più bassi riscontrati dall'inizio delle rilevazioni (2008) e simili alla media nazionale italiana; i significativi risultati raggiunti confermano l'importanza degli interventi di prevenzione realizzati nell'ambito del piano regionale di Prevenzione.



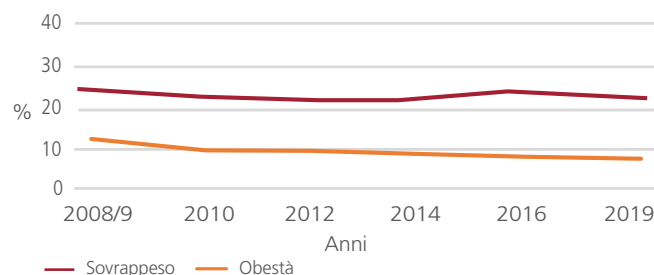
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

La prevalenza del sovrappeso si è ridotta del 5% circa in 10 anni

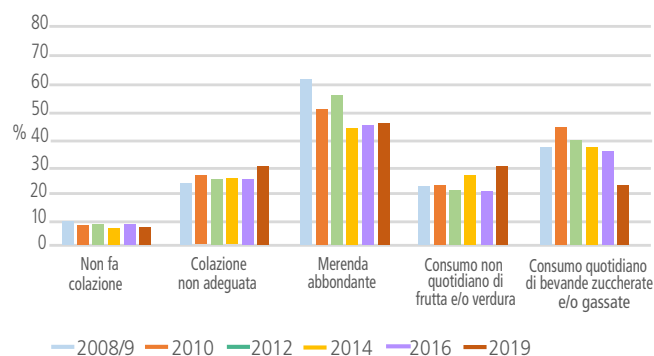
OBESITÀ

La prevalenza di obesità si è ridotta 4% in circa 10 anni..



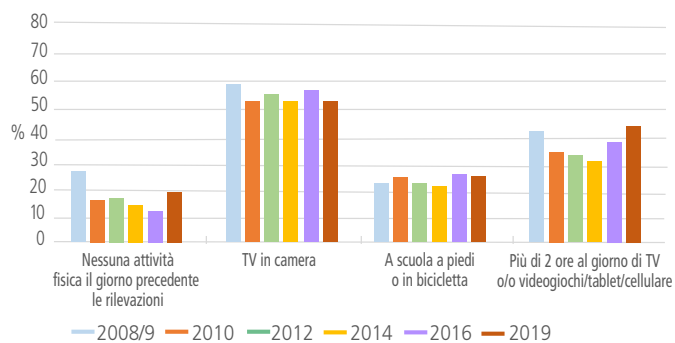
Cattive abitudini alimentari

Continua a diminuire il consumo giornaliero di bevande gassate e zuccherate ma 1 bambino su 3 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 su 2 consuma una merenda abbondante. Gli interventi di prevenzione in collaborazione con la famiglia e la scuola devono essere di supporto alla modifica di questi comportamenti.

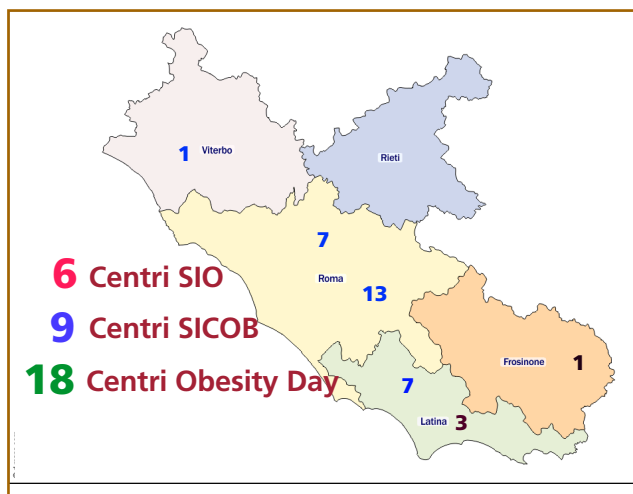


Attività fisica e sedentarietà

Non si apprezzano miglioramenti di rilievo relativamente a tutti i dati relativi all'attività fisica ed aumenta la percentuale di bambini che trascorre più di due ore al giorno con TV e videogiochi/tablet/cellulare. L'organizzazione urbana deve favorire opportunità per l'attività motoria in sicurezza; le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, LAZIO



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Lazio			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	76,3	70,7	81,1	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	53,7	47,4	59,8	50,5	48,2	52,7
Sovrap-peso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	39,3	35,9	42,7	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	33,3	30,1	36,7	31,3	30,1	32,5

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

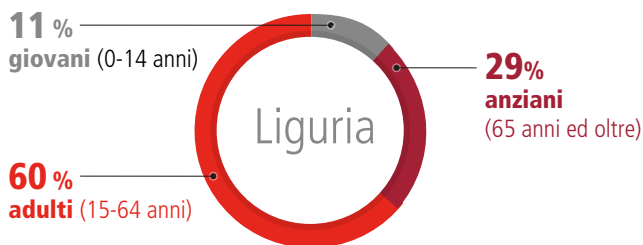
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

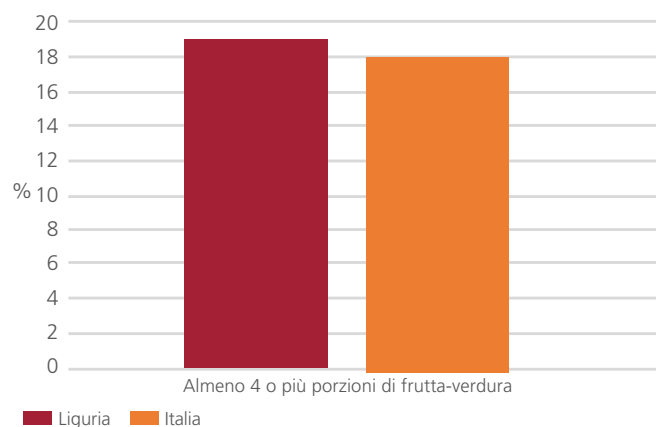
I dati dell'obesità nella Liguria (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

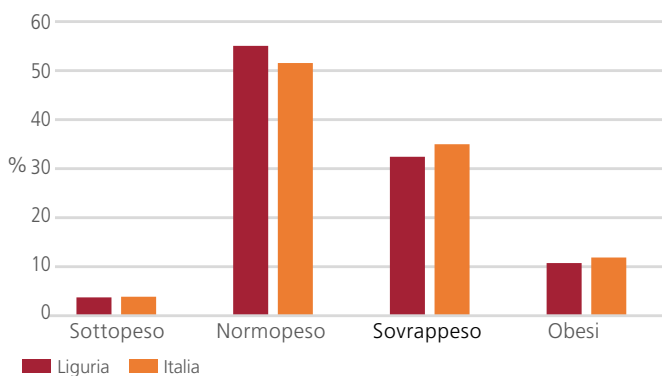


	Liguria	Italia
Popolazione residente	1.518.495	59.236.213
Età media	49,2	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,4/85	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	9,9%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

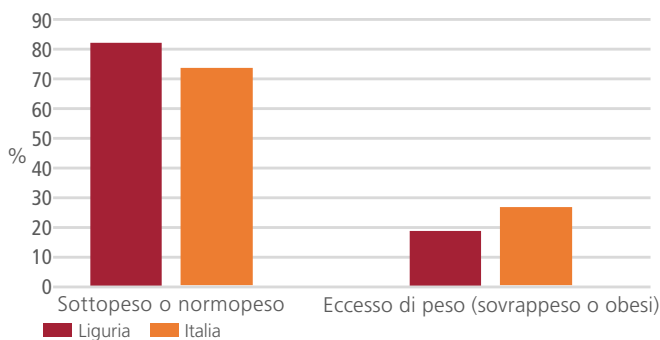


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



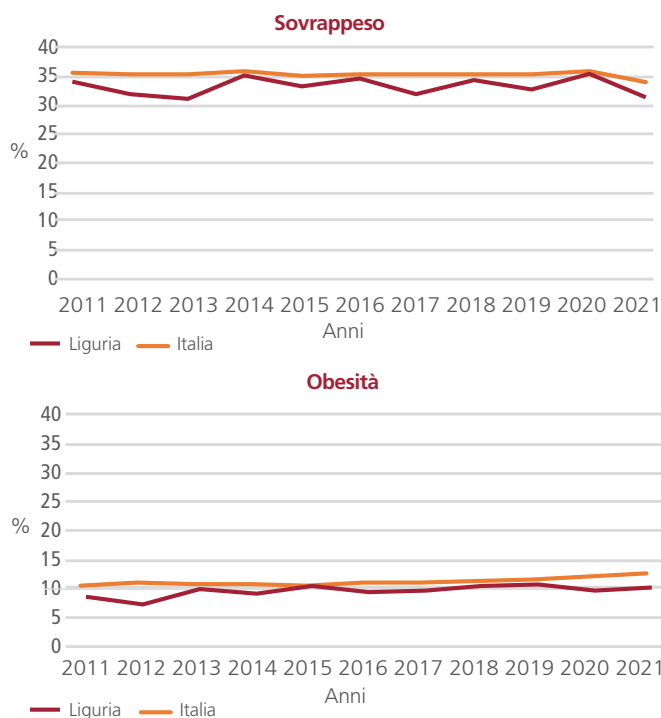
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 414.000 e 130.000 Obese in Liguria nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

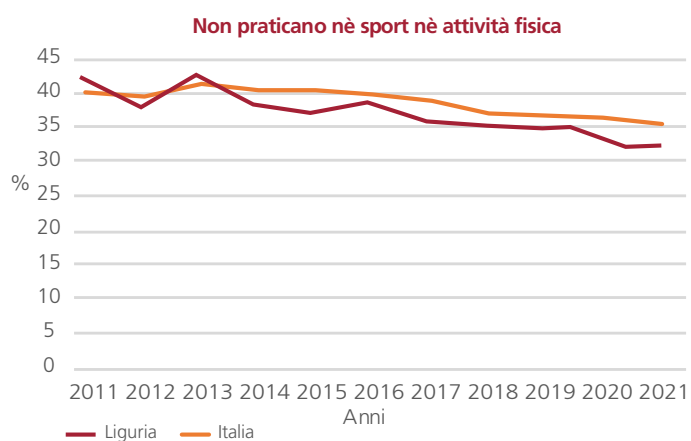
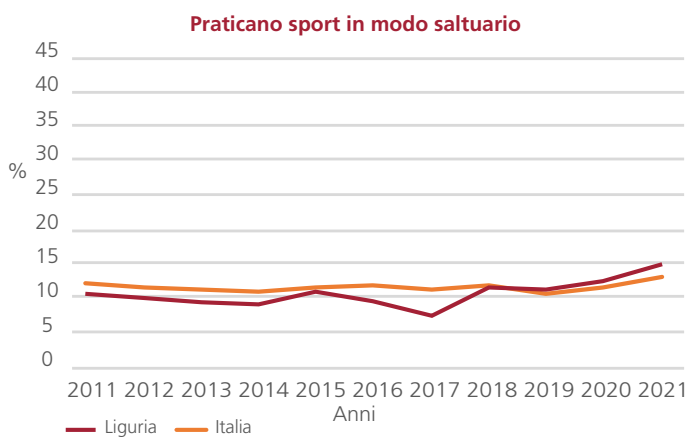
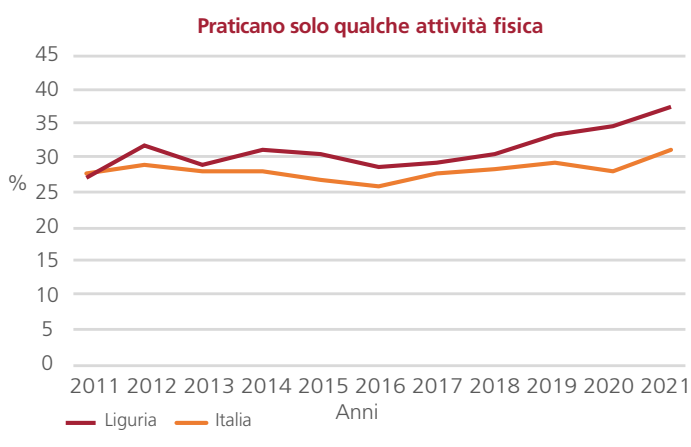
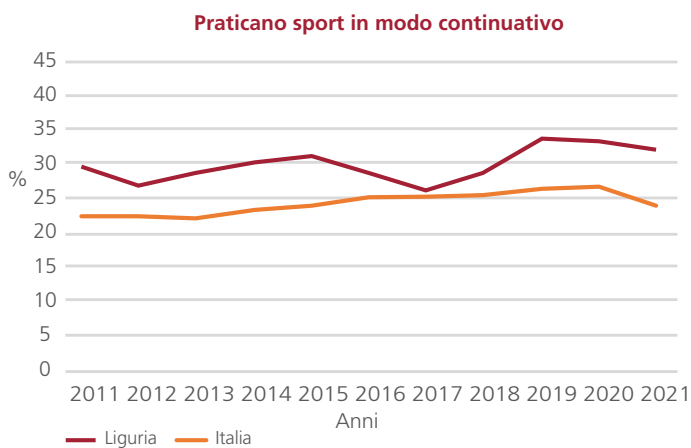


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 35.000 in Liguria (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



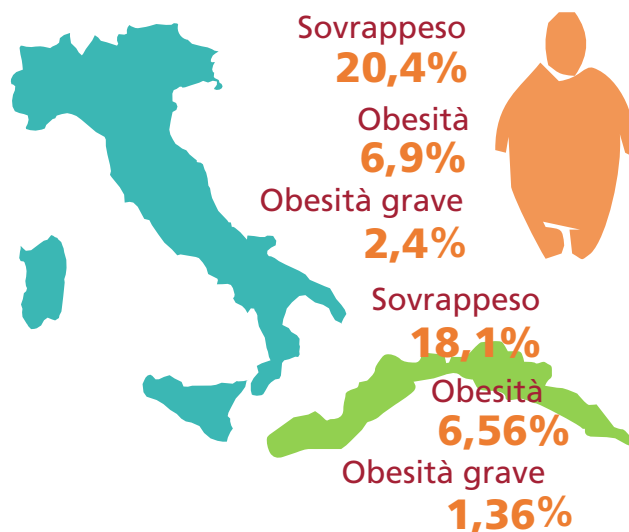
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - LIGURIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 I valori di sovrappeso sono stati i più bassi dall'inizio delle rilevazioni mentre i valori dell'obesità rimangono costanti è comunque entrambi al di sotto della media italiana. Tali risultati testimoniano comunque la necessità e l'importanza delle azioni di prevenzioni nella scuola.



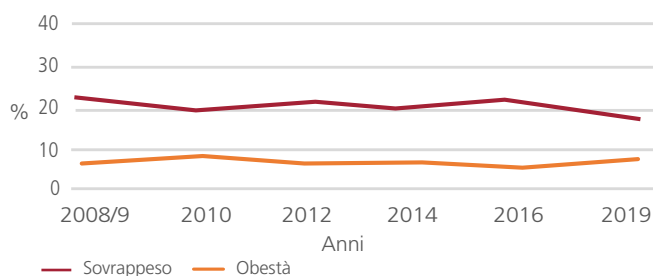
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Rispetto alle precedenti rilevazioni della nostra regione si assiste ad una diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso.

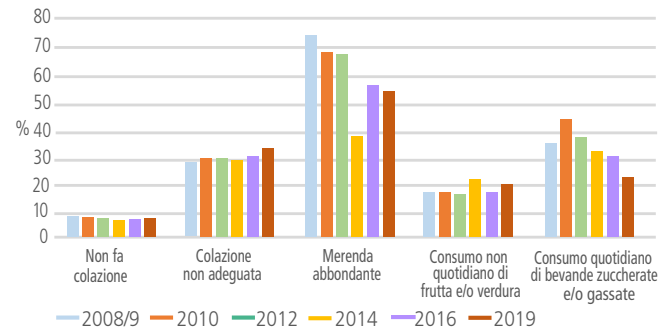
OBESITÀ.

La prevalenza dei bambini obesi/gravemente obesi rimane fondamentalmente costante.



Cattive abitudini alimentari

Continua a diminuire il consumo giornaliero di bevande zuccherate, ma rimane sempre elevata. seppur in decrescita, la percentuale di bambini che fanno una merenda abbondante ed una colazione adeguata. Gli interventi di prevenzione che coinvolgono la famiglia e la scuola sono fondamentali nella modifica di tali comportamenti.

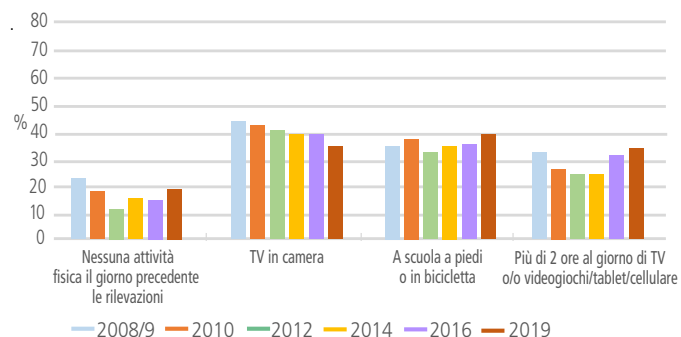


Attività fisica e sedentarietà

preoccupante peggioramento generale delle variabili in

Non si rilevano cambiamenti significativi nei confronti dell'attività fisica e della sedentarietà, si registra però una lieve crescita della percentuale di bambini che trascorrono più di due ore al giorno davanti a TV e/o videogiochi/tablet/cellulare.

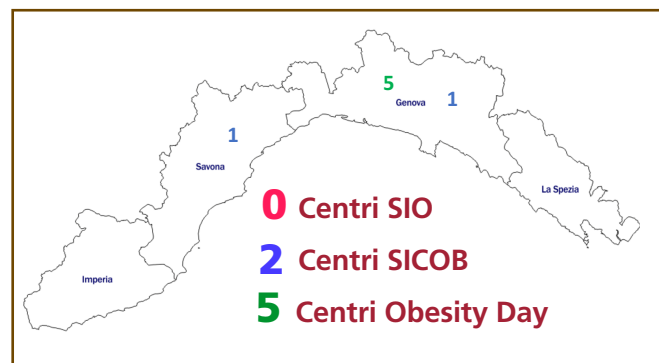
L'unico valore in decremento è la presenza della TV in camera.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Liguria			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	64,4	52,1	75,1	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	37,1	26,1	49,7	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	28,8	22,9	35,6	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	19,6	15,6	23,5	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, LIGURIA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

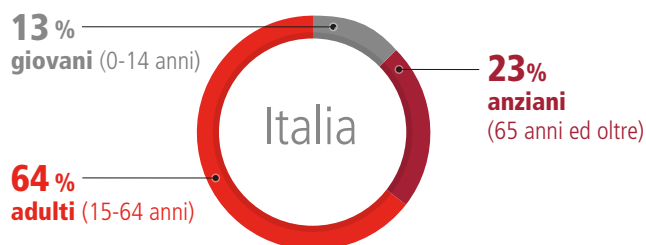
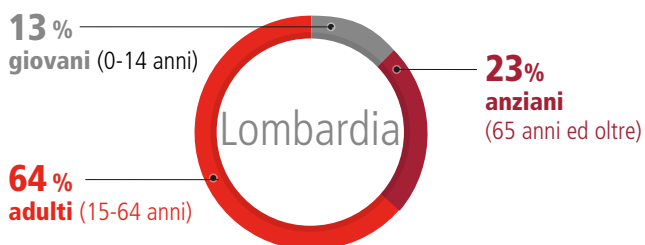
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

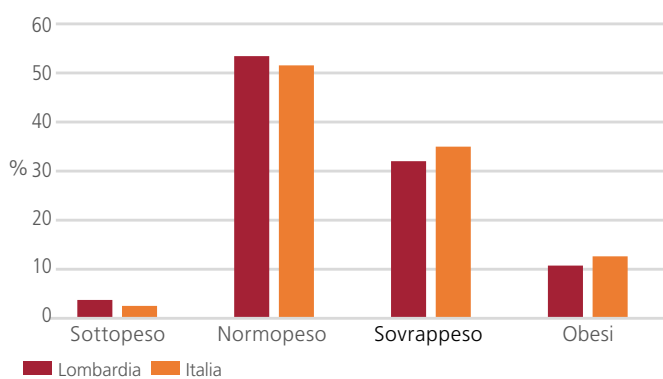
I dati dell'obesità nella Lombardia (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021



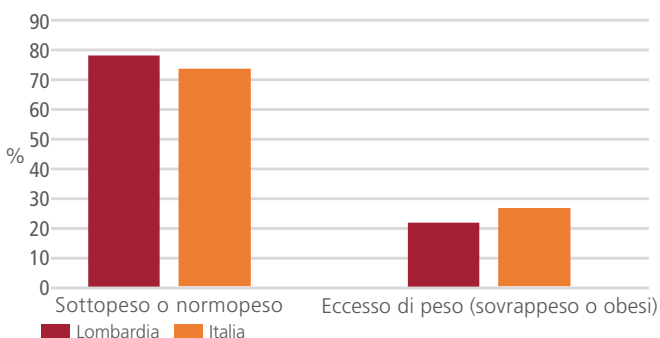
	Lombardia	Italia
Popolazione residente	9.981.554	59.236.213
Età media	45,6	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,8/85,4	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	11,9%	8,7%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



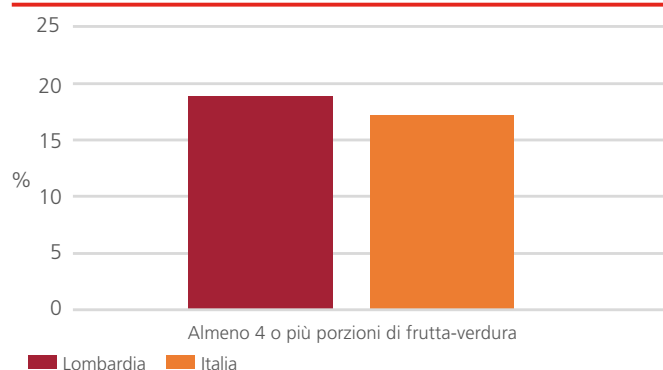
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 2.617.000 e 883.000 Obese in Lombardia nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

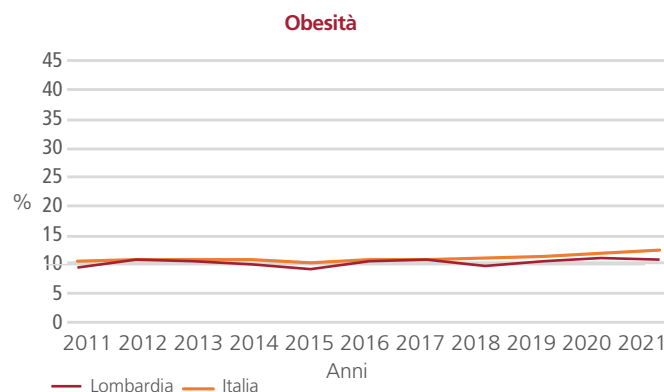
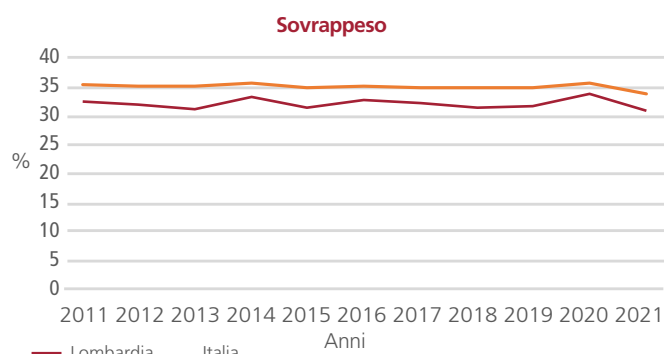


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso in Lombardia 310.000 (2019-2020)

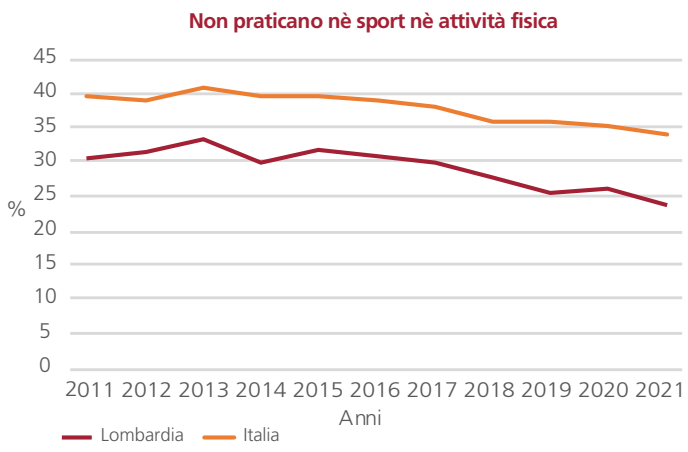
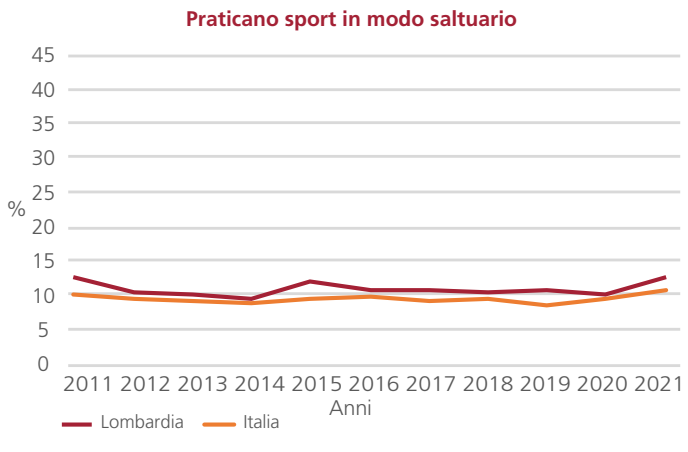
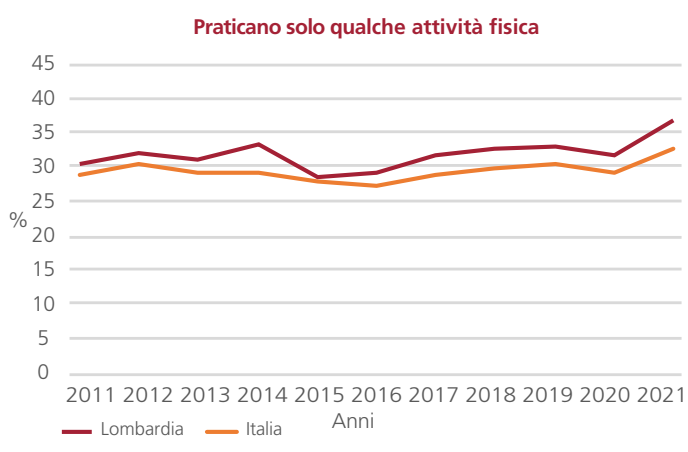
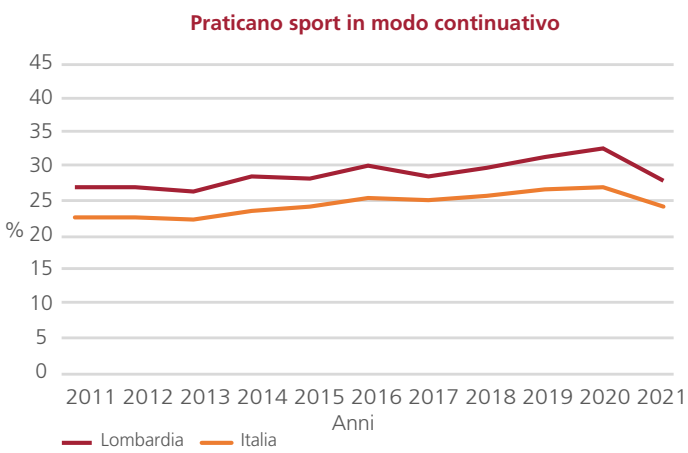
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



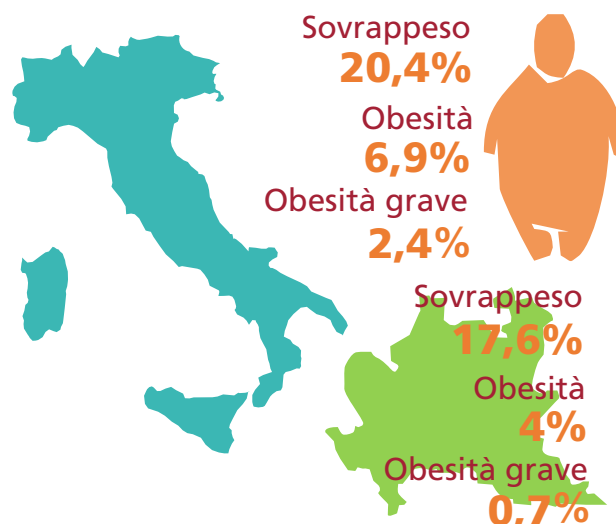
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - LOMBARDIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 il 75,4% dei bambini lombardi è risultato normopeso. Sovrappeso e obesità sono inferiori alla media nazionale e la Lombardia, nella classifica delle regioni con i valori ponderali più salutarì, si posiziona al quarto posto.



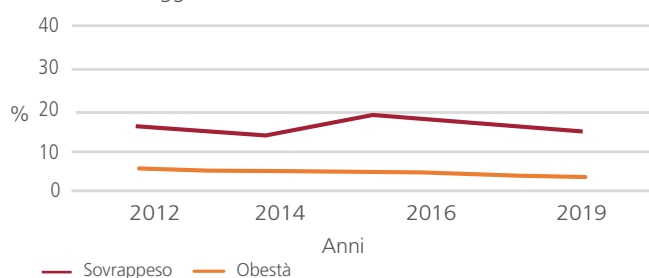
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

I dati raccolti dal 2012 ad oggi sul sovrappeso in Lombardia mostrano un andamento discontinuo ma si registra un calo nel 2019.

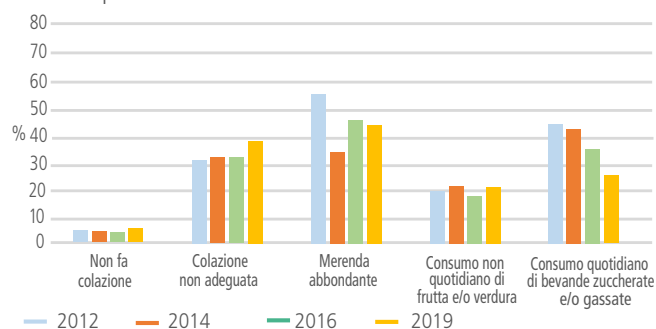
OBESITÀ

Dal 2012 ad oggi il trend dell'obesità in Lombardia è in calo



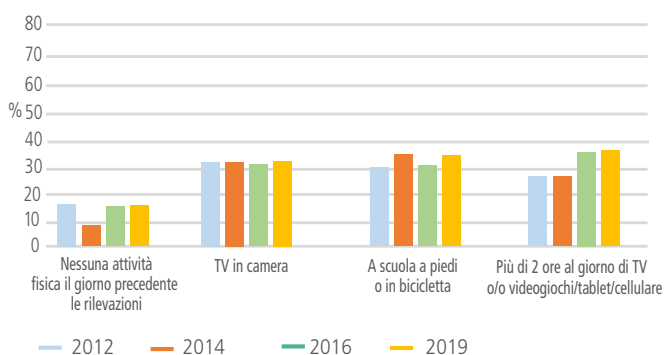
Cattive abitudini alimentari

Il trend positivo più evidente in Lombardia è il calo del consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gasate. Gli altri profili mostrano andamenti discontinui che suggeriscono la necessità di incrementare ulteriormente gli sforzi per favorire l'adozione di un'alimentazione salutare. In particolare servono strategie più efficienti per migliorare la qualità della prima colazione che mostra un peggioramento costante nel corso del tempo.



Attività fisica e sedentarietà

La percentuale di chi passa più di 2 ore al giorno davanti a uno schermo (TV, Table, e videogiochi) è in costante aumento. La crescente disponibilità di device per i più piccoli rischia di far peggiorare ulteriormente questa abitudine per cui è necessario che le figure educative che accompagnano i bambini mettano in campo strategie efficaci per offrire loro alternative più salutari. Ulteriori sforzi devono essere profusi anche per sostenere l'abitudine di recarsi a scuola a piedi e per aumentare il movimento quotidiano.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Lombardia			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	75,4	53,4	89,1	72,5	71,5	73,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	65	43,7	81,7	50,9	49,8	52,1
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	37,1	28,6	43,6	33,1	32,5	33,8
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	34,3	26,2	43,6	33,1	32,5	33,8

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

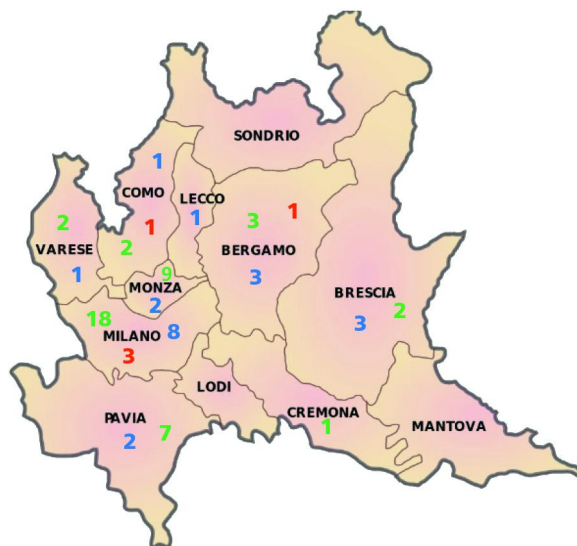
Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

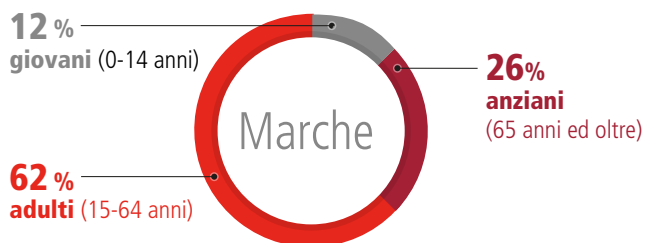
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, LOMBARDIA



5 Centri SIO
21 Centri SICOB
36 Centri Obesity Day (ADI)

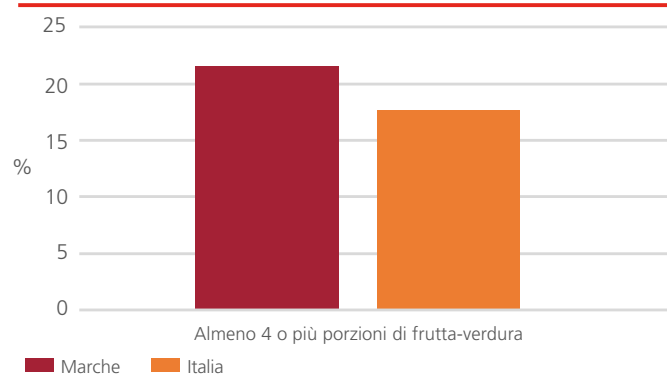
I dati dell'obesità nelle Marche (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

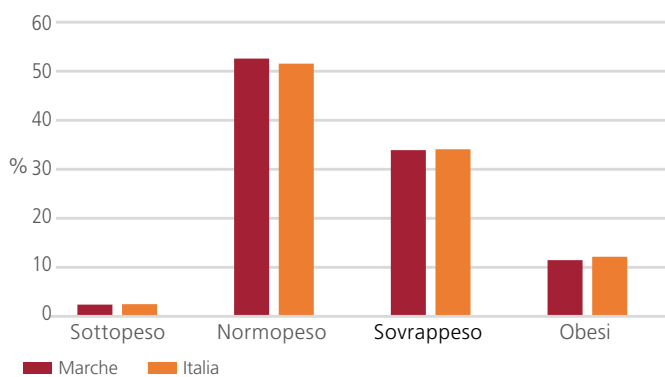


	Friuli Venezia Giulia	Italia
Popolazione residente	1.498.236	59.236.213
Età media	47,1	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,9/85,1	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	8,7%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

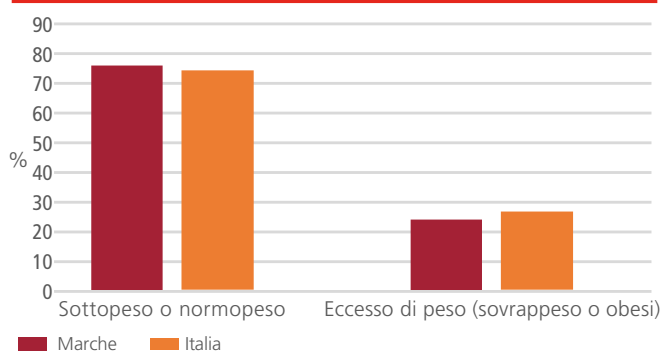


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



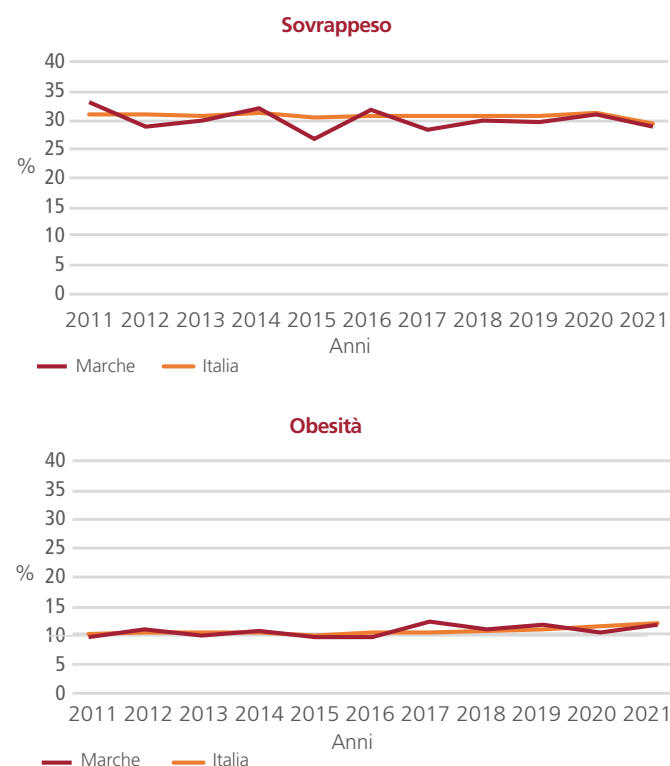
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 430.000 e 148.000 Obese nelle Marche nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



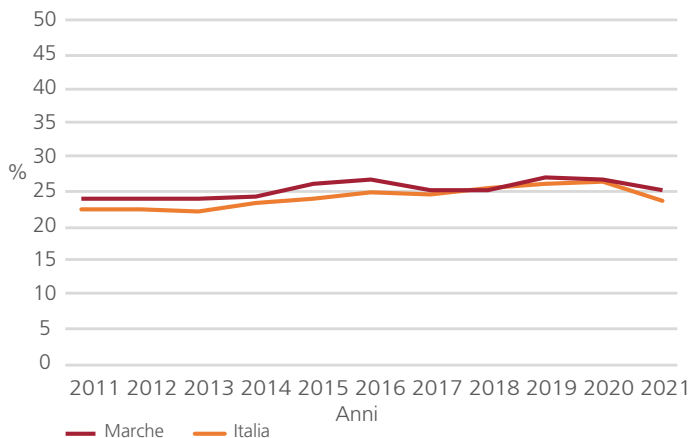
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 52.000 nelle Marche (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

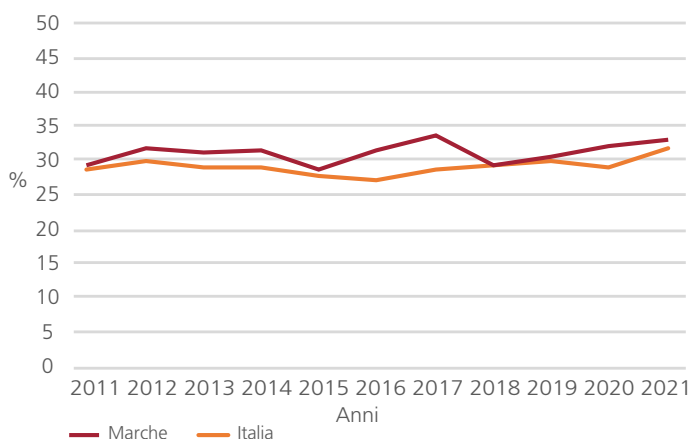


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

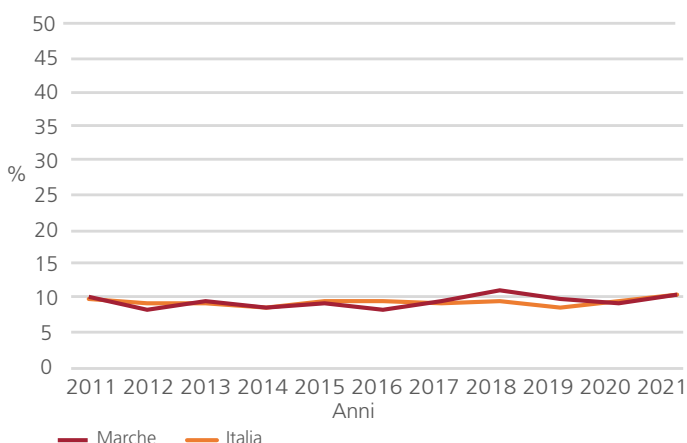
Praticano sport in modo continuativo



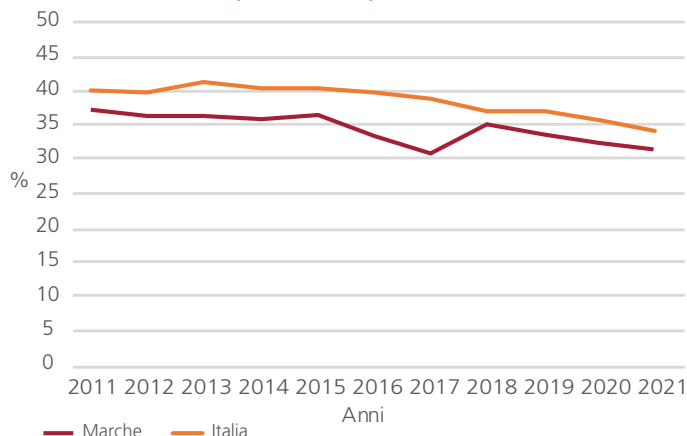
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



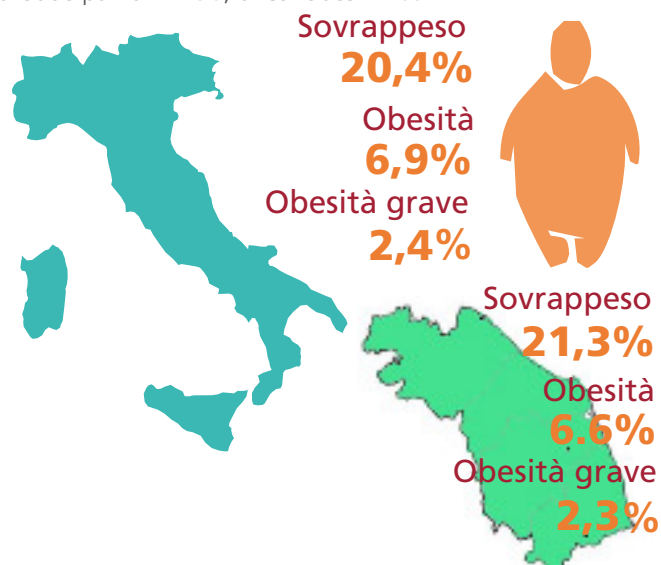
Non praticano né sport né attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - MARCHE

Sovrappeso e obesità nei bambini

il 30% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 11430, di cui obesi 2109.

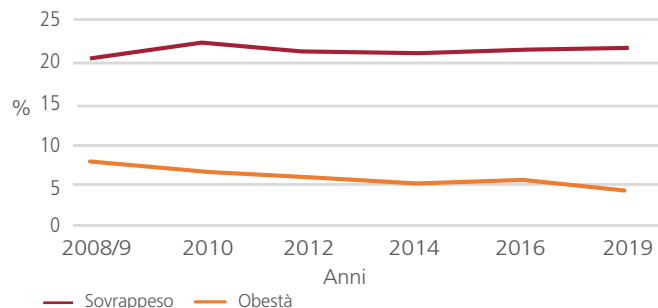


Sovrappeso e obesità nei bambini Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO - OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

Trend sovrappeso e obesità



Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Marche OKkio alla SALUTE

Okkio alla SALUTE ANNO 2019, Abitudini alimentari, Marche

Nella Regione Marche con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
[§] hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	91%	90,9%	92,6%	93%	92,4%	91,7%	91,3%
[§] hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine**	66%	64,1%	64,2%	63,5%	61,3%	56,4%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	7%	17,3%	21%	40,1%	27%	36,3%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	1,5%	7%	1%	8,1%	1,4%	4,5%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	40%	48%	23%	37,5%	33,3%	20,1%	25,4%

Okkio alla SALUTE Anno 2019 Attività fisica, Marche

Il dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della Regione Marche fanno poca attività fisica. Si stima che un bambino su 5 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Meno della metà dei bambini ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Rispetto alle precedenti rilevazioni si rileva un aumento della sedentarietà.

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza Sorveglianza PASSI <https://www.wv.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

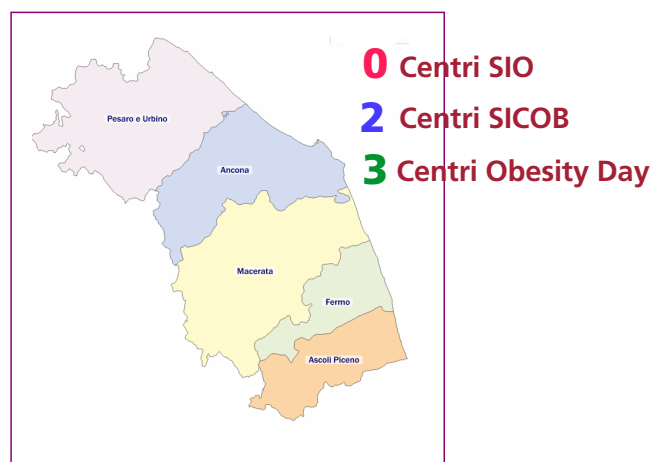
Dati scaricati nel Luglio 2022

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	23%	16,6%	19%	16,6	17%	25,8%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	56%	66,7%	64,5%	63,9%	67%	50,3%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	38%	45,4%	45,7%	47,1%	43%	43,3	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	23%	16,6%	19%	16,6	17%	18%	26,4%

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

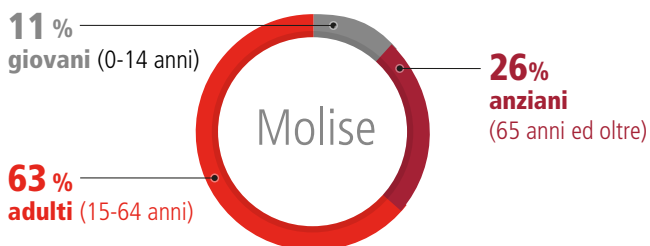
		Marche			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	73,5	60,9	83,2	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	61,8	50,3	72,3	50,5	48,2	52,7
Sovrap-peso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	38,7	32,1	45,7	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	31,6	25,5	38,4	31,3	30,1	32,5

Centri medici e chirurgici Marche



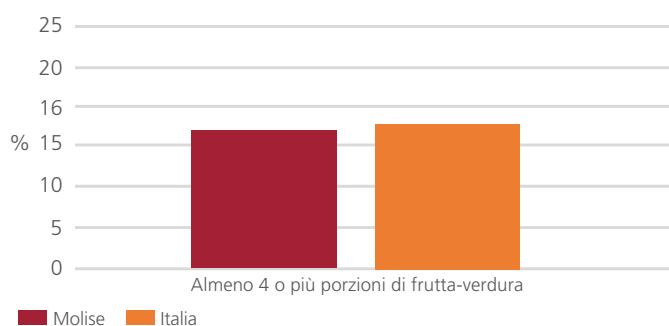
I dati dell'obesità nel Molise (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

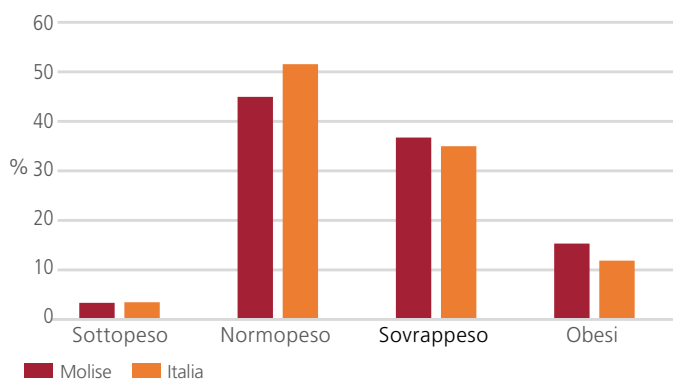


	Molise	Italia
Popolazione residente	294.294	59.236.213
Età media	47,6	45,9
Speranza di vita (M/F)	78,3/84	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	3,9%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

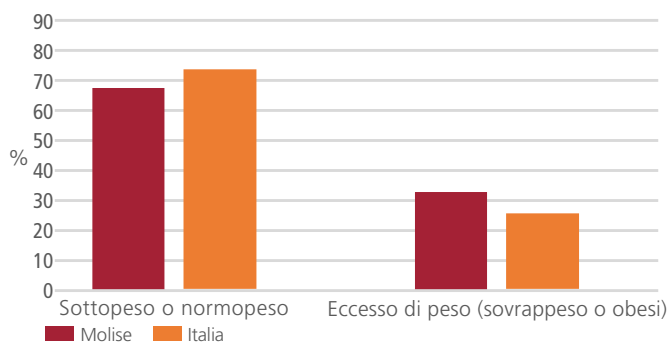


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



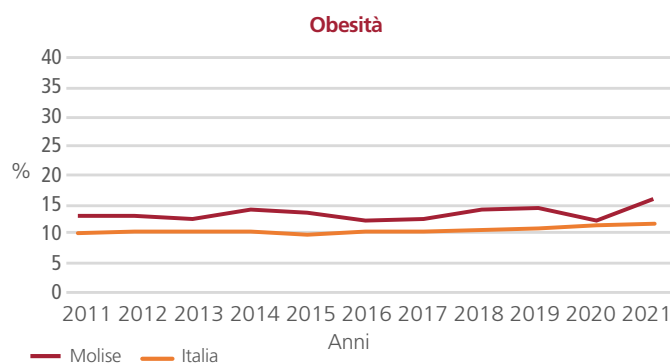
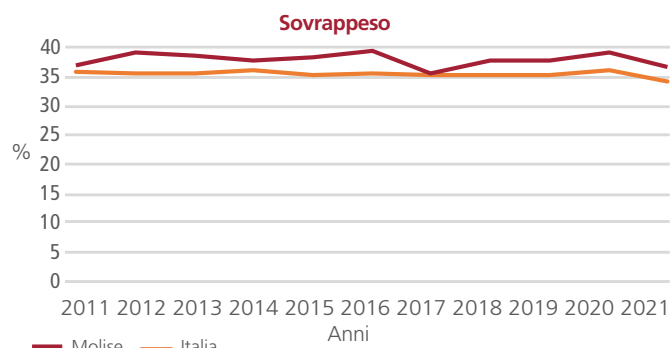
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 93.000 e 40.000 Obese in Molise nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



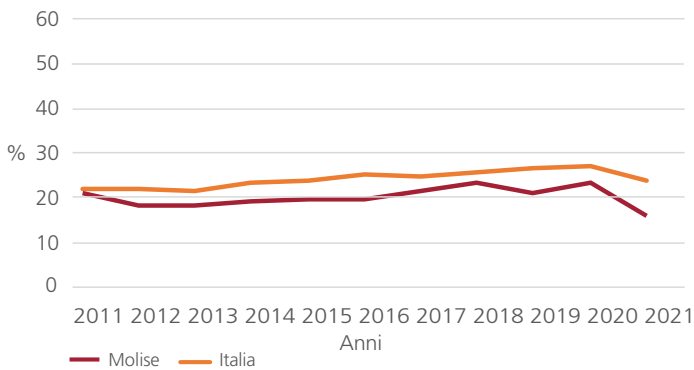
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 12.000 in Molise (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

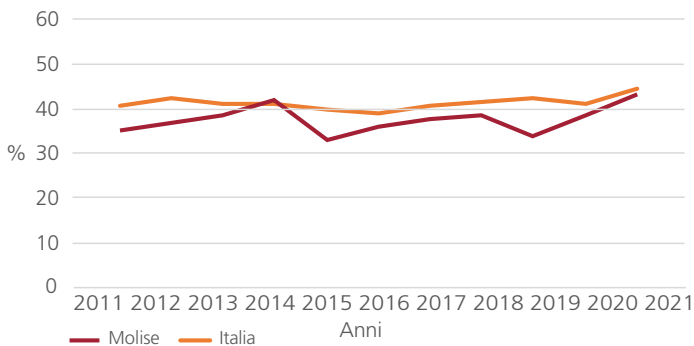


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

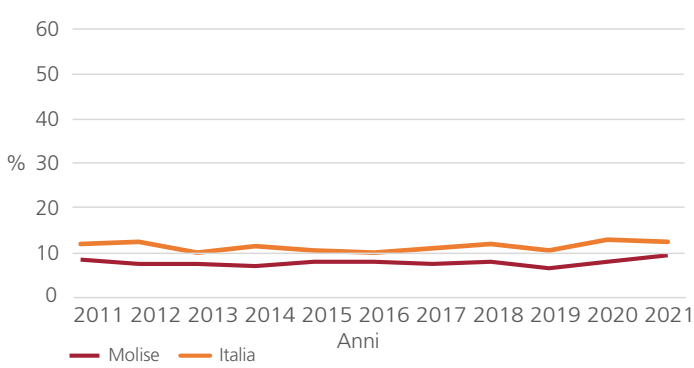
Praticano sport in modo continuativo



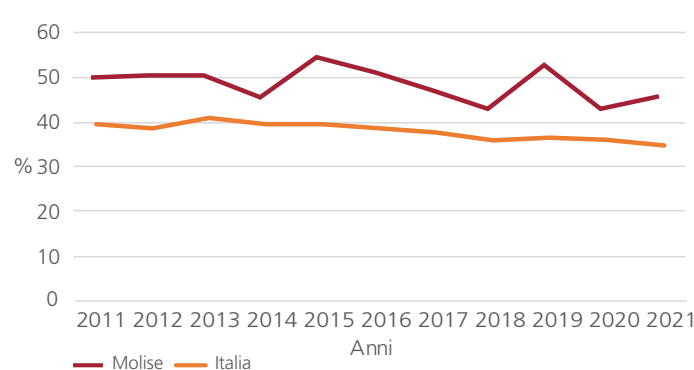
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



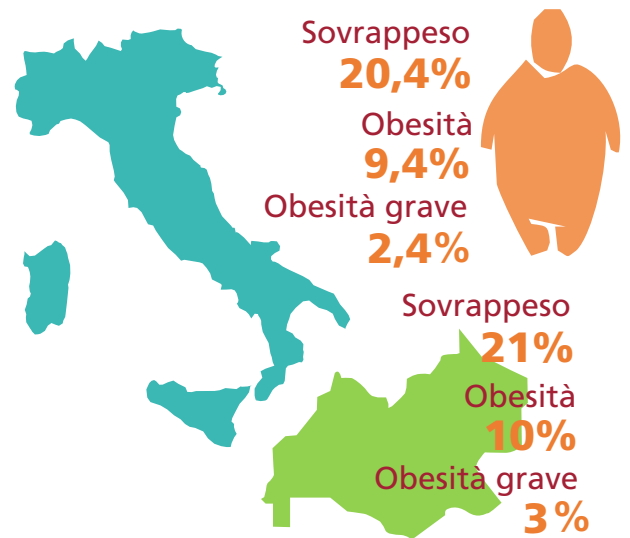
Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - MOLISE

Sovrappeso e obesità nei bambini

I bambini molisani in sovrappeso ed obesi sono in numero superiore a quello nazionale anche nel 2019,



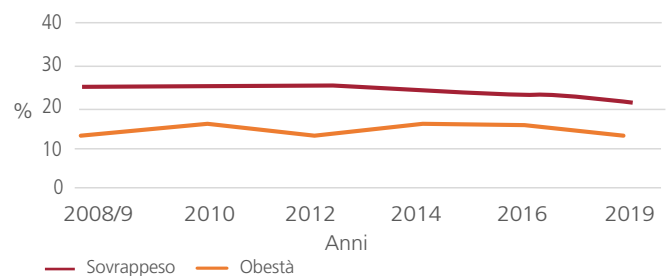
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Nel 2019 i bambini in sovrappeso o obesi sono il 34,4% del totale (1 su 3).

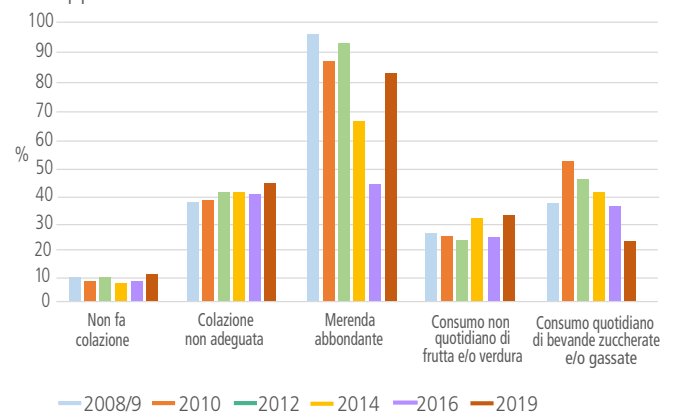
OBESITÀ

I bambini obesi sono il 13,3% compresi i 3,4% gravemente obesi.



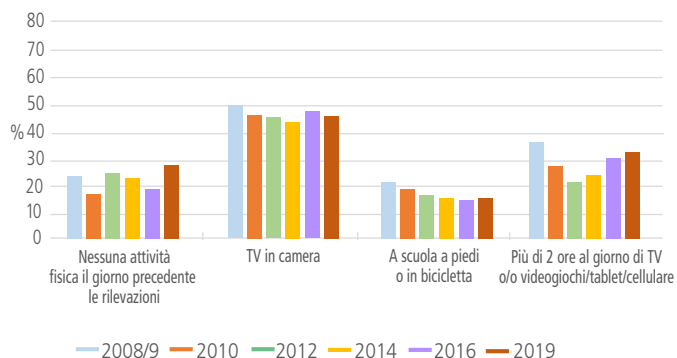
Cattive abitudini alimentari

Le cattive abitudini alimentari, se abbinate a uno stile di vita poco attivo, favoriscono l'aumento di peso. Nel 2019 non vi sono cambiamenti che possano sostenere una riduzione del sovrappeso

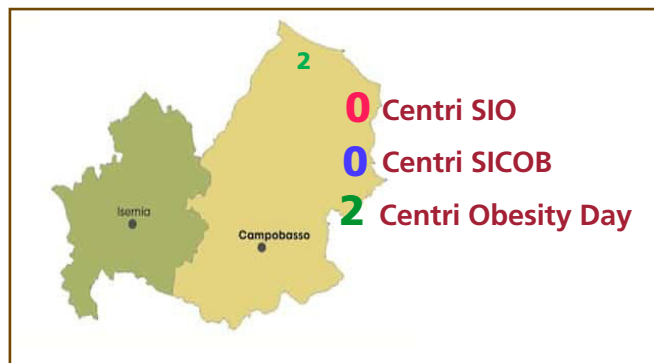


Attività fisica e sedentarietà

Nel 2019 i bambini non hanno migliorato abitudini di vita neanche nel campo del movimento e della sedentarietà, anzi sono diventati anche meno attivi di prima.



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, MOLISE



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Lazio			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	77,7	63,8	87,3	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	52,2	37,8	66,3	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	29,7	23,8	36,5	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	22,0	16,2	29,0	31,3	30,1	32,5

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

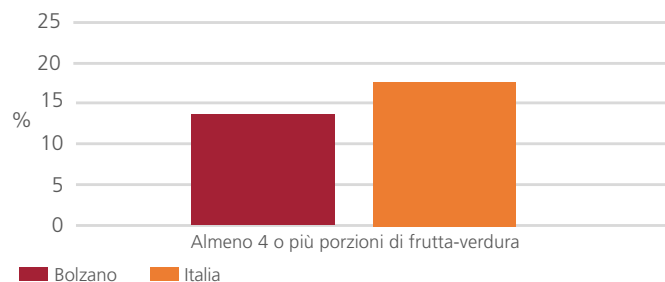
I dati dell'obesità nella Provincia Autonoma di Bolzano (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

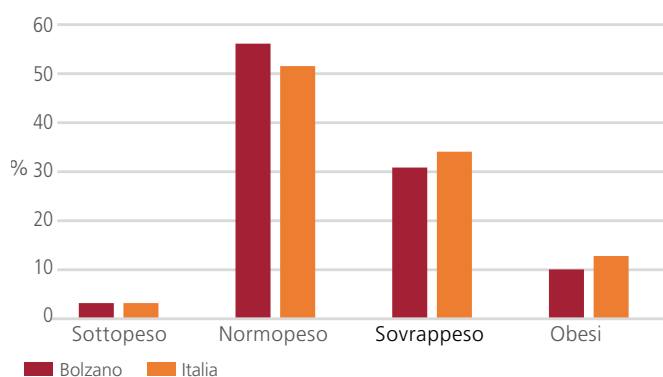


	Provincia Autonoma di Bolzano	Italia
Popolazione residente	534.912	59.236.213
Età media	43,2	45,9
Speranza di vita (M/F)	81,1/85,5	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	10,6%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

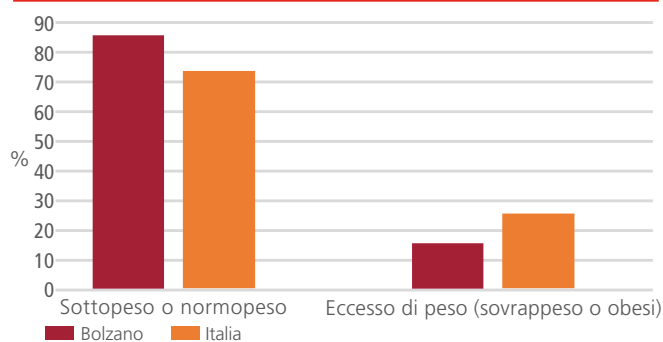


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT 2021



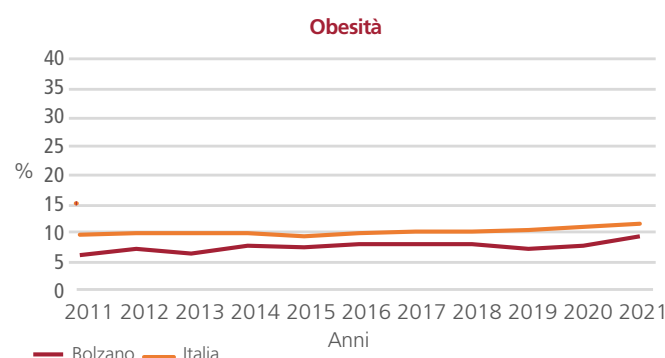
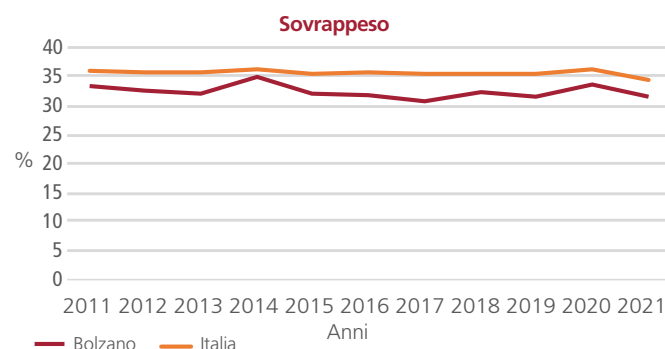
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 134.000 e 42.000 Obese nella Provincia Autonoma di Bolzano nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



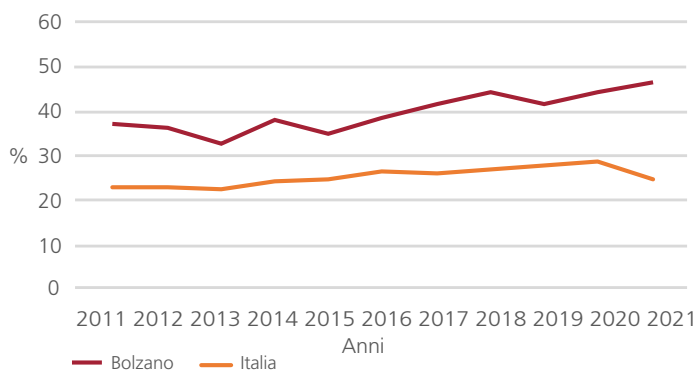
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 13.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

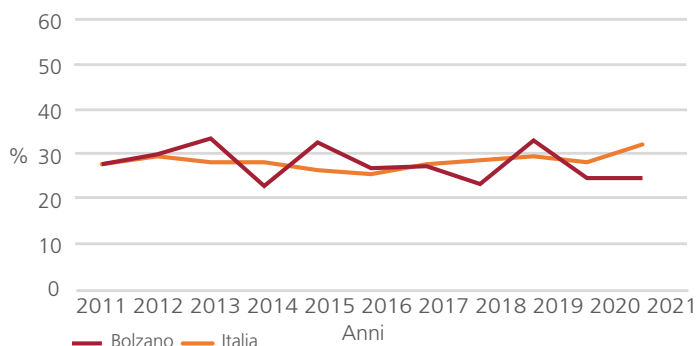


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

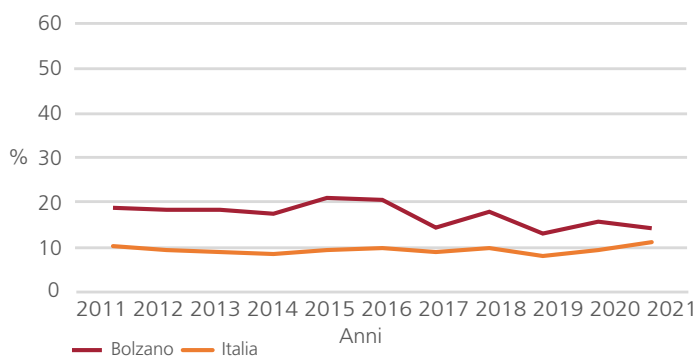
Praticano sport in modo continuativo



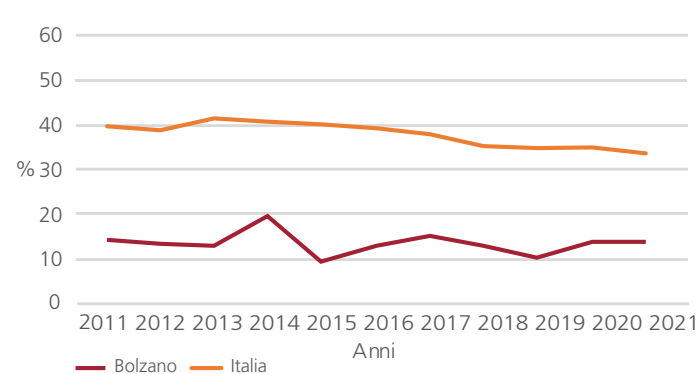
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



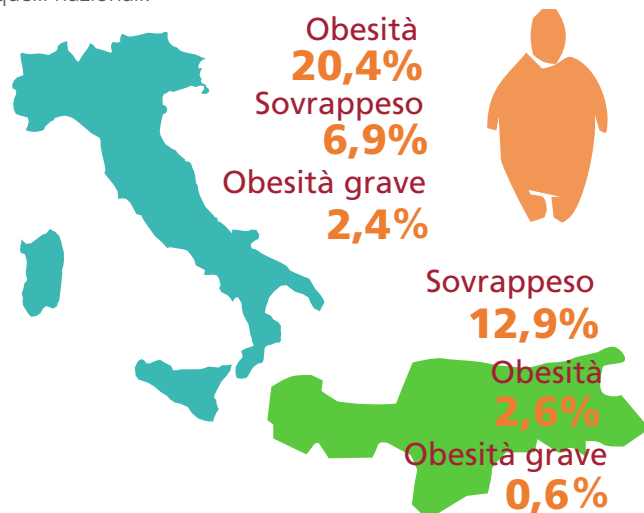
Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - Provincia Autonoma di Bolzano

Sovrappeso e obesità nei bambini

Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. La nostra Provincia si colloca al secondo posto, con valori di sovrappeso e obesità inferiori a quelli nazionali.



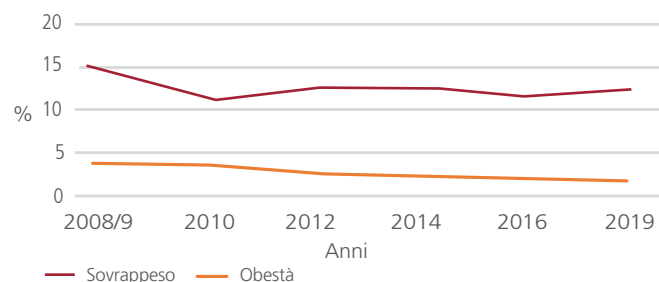
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra provincia si assiste a valori di prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi stabili.

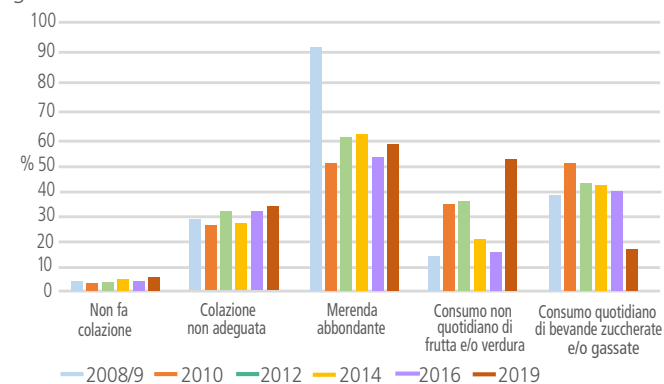
OBESITÀ

Complessivamente il 16,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.



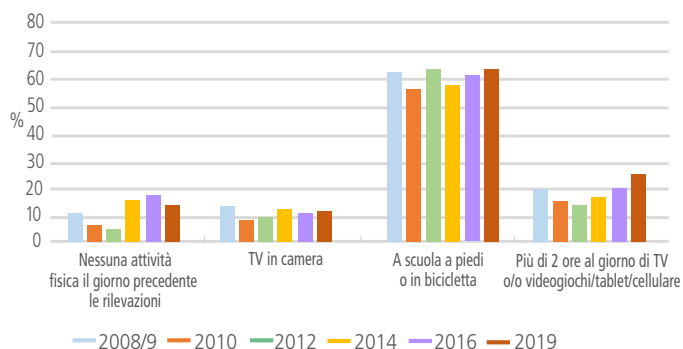
Cattive abitudini alimentari

La sesta raccolta conferma la diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Rispetto agli anni precedenti si osserva una diminuzione della prevalenza di bambini che mangiano cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.



Attività fisica e sedentarietà

I dati raccolti evidenziano che i bambini della nostra provincia fanno tanto movimento, rispetto alle precedenti rilevazioni è aumentata la prevalenza di bambini che trascorrono più di due ore al televisore o ai videogiochi/tablet/cejjulare.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Provincia Autonoma di Bolzano			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	67,3	48,1	82	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	46,9	28,9	65,7	50,5	48,2	52,7
Sovrap-peso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	27	19,3	36,4	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	28,2	20,4	35,7	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, BOLZANO



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

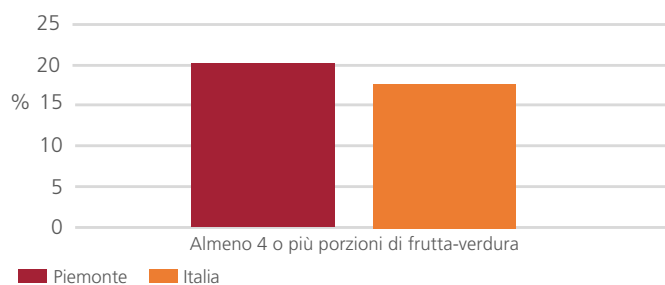
I dati dell'obesità in Piemonte (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

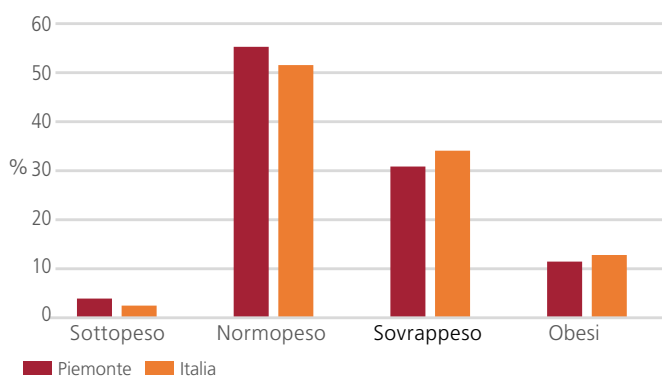


	Piemonte	Italia
Popolazione residente	4.274.945	59.236.213
Età media	47,4	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,1/84,8	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	9,8%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

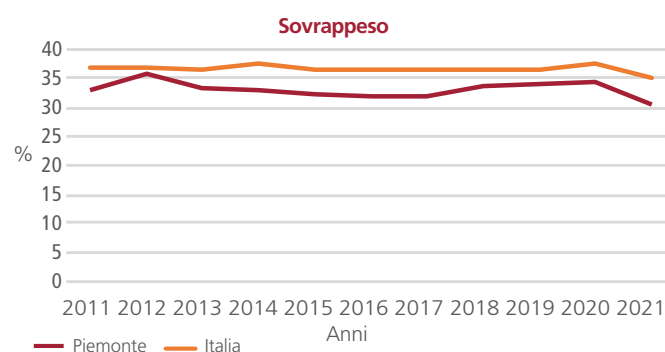


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021

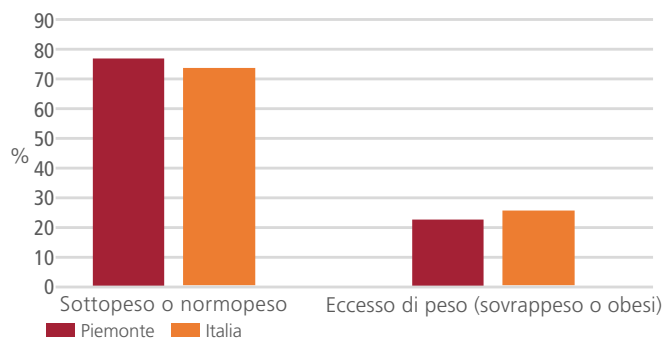


Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.115.000 e 385.000 Obese in Piemonte nel 2021

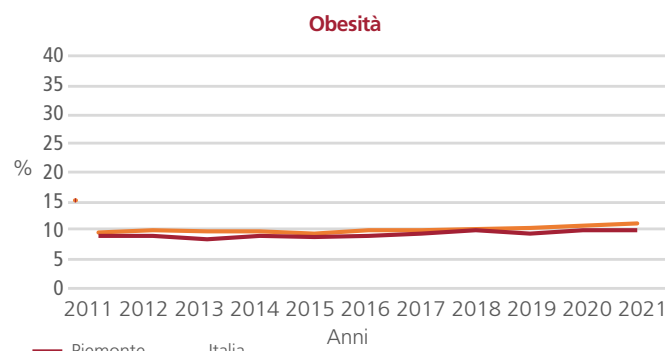
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

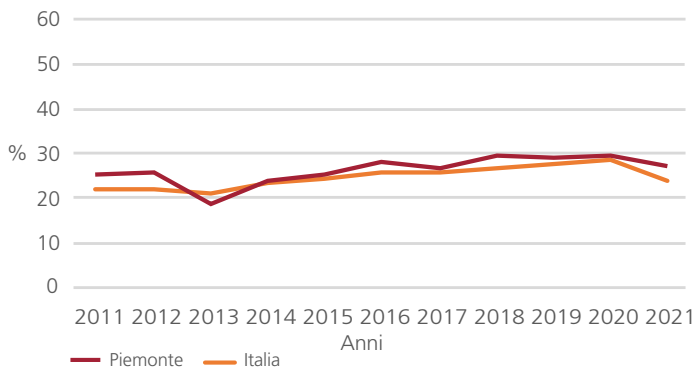


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso in Piemonte 133.000 (2019-2020)

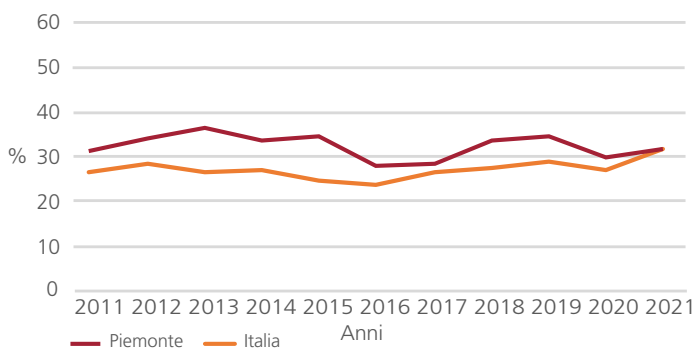


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

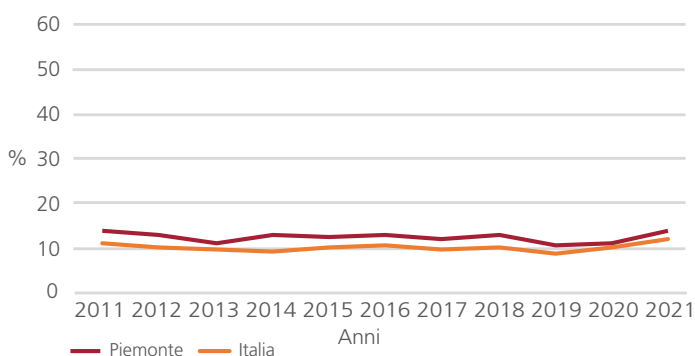
Praticano sport in modo continuativo



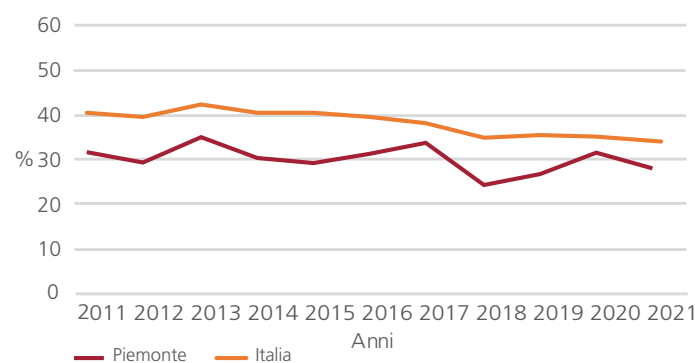
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



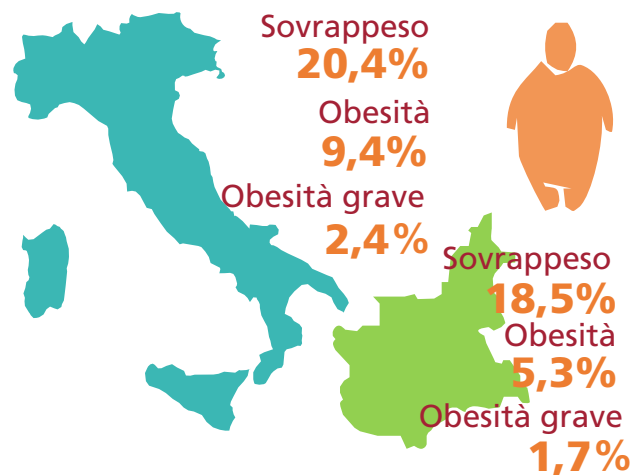
Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - PIEMONTE

Sovrappeso e obesità nei bambini

Sovrappeso e obesità nei bambini "Il sovrappeso e l'obesità in giovane età hanno implicazioni a breve e lungo termine sulla salute e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta in Piemonte **1 bambino su 4 presenta un eccesso di peso**



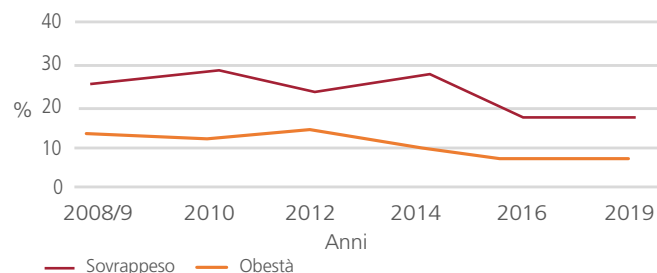
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Rispetto alle osservazioni precedenti resta pressoché stabile la quota di bambini sovrappeso.

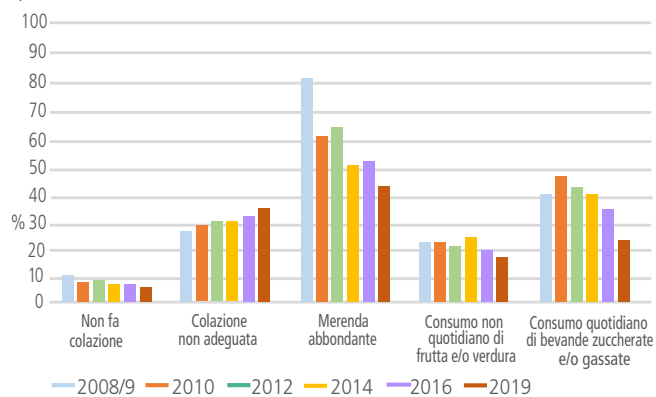
OBESITÀ

È aumentata di un punto percentuale la prevalenza di obesità. I valori della Regione, per quanto riguarda i bambini in condizione di sovrappeso e obesità, risultano inferiori al dato nazionale.



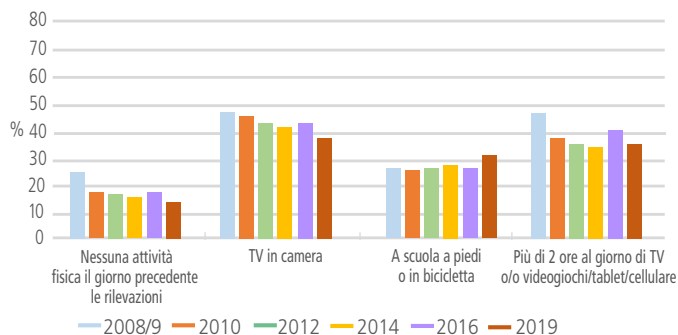
Cattive abitudini alimentari

La sesta raccolta dati di OKKIO alla SALUTE ha messo in luce la grande diffusione fra bambini di abitudini alimentari poco favorevoli ad una crescita armonica e predisponenti all'aumento di peso. Resta rilevante la prevalenza di bambini che fa una merenda eccessivamente abbondante e che non consuma quotidianamente frutta e verdura.



Attività fisica e sedentarietà

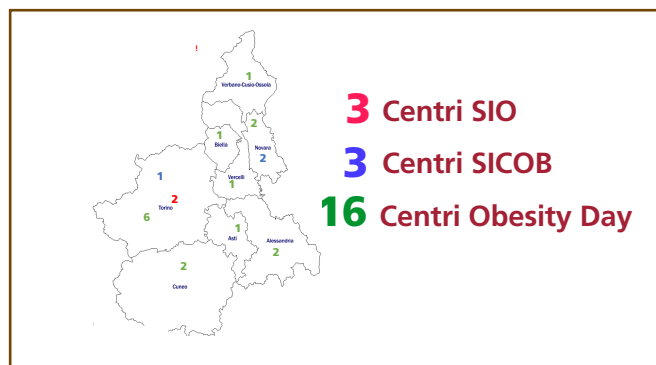
Il movimento associato ad una corretta alimentazione può aiutare a prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini, inoltre, l'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo nel 2019 in Piemonte diminuisce la quota di bambini inattivi ma resta alta la percentuale di bambini che passano più di due ore al giorno davanti a schermi.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Piemonte			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	76,2	68,1	82,8	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	61,6	52,9	69,6	50,5	48,2	52,7
Sovrappeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	43,3	38,6	48,2	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	40,1	35,3	45,1	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, PIEMONTE



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

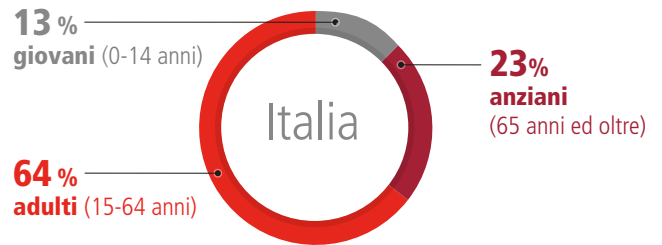
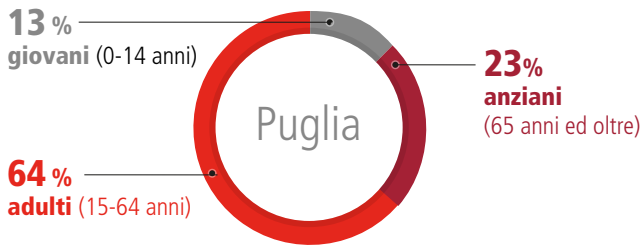
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

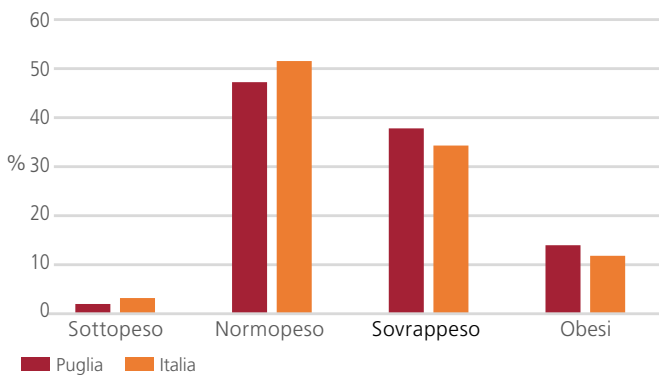
I dati dell'obesità nella Puglia (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021



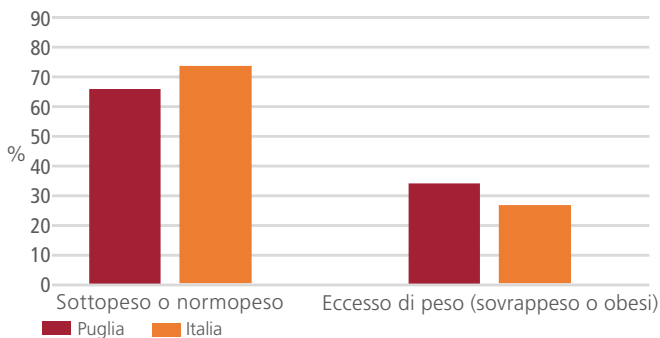
	Puglia	Italia
Popolazione residente	3.933.777	59.236.213
Età media	45,4	45,9
Speranza di vita (M/F)	79,6/84,1	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	3,4%	8,7%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT 2021



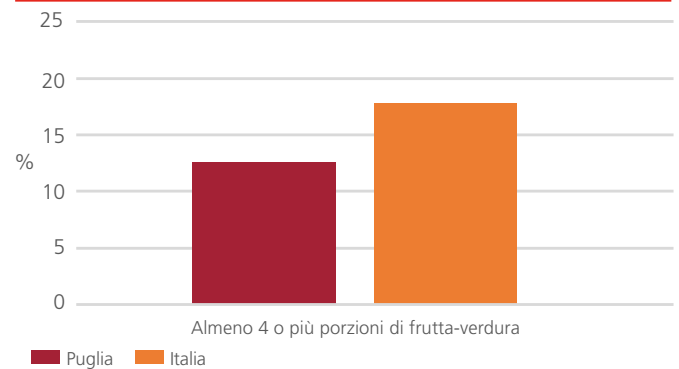
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.248.000 e 462.000 Obese in Puglia nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

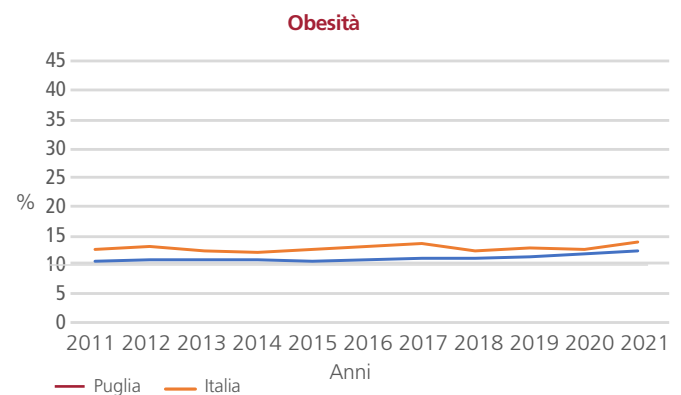
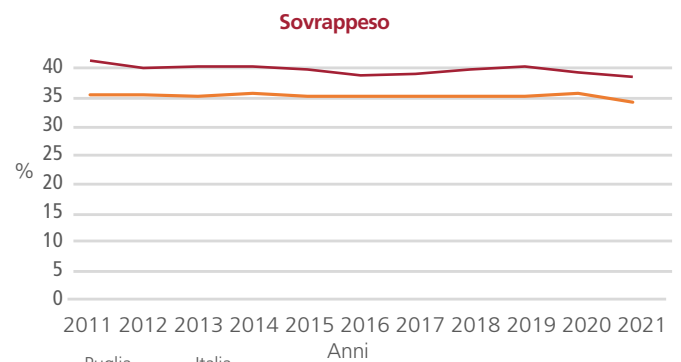


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 191.000 in Puglia (2019-2020)

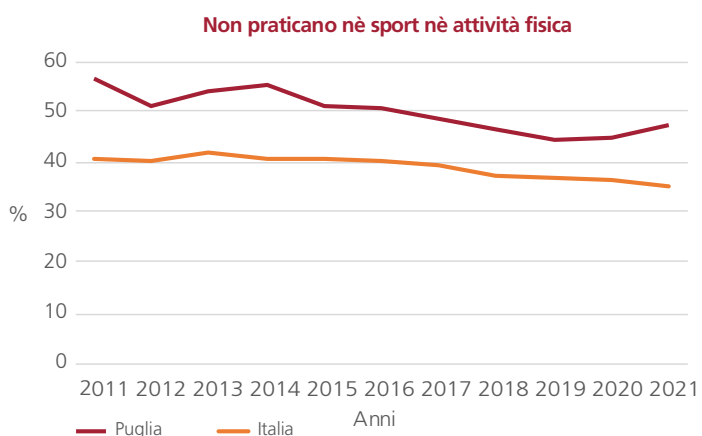
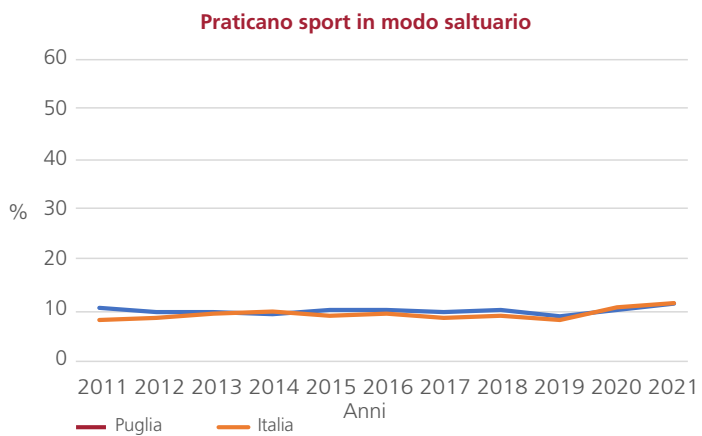
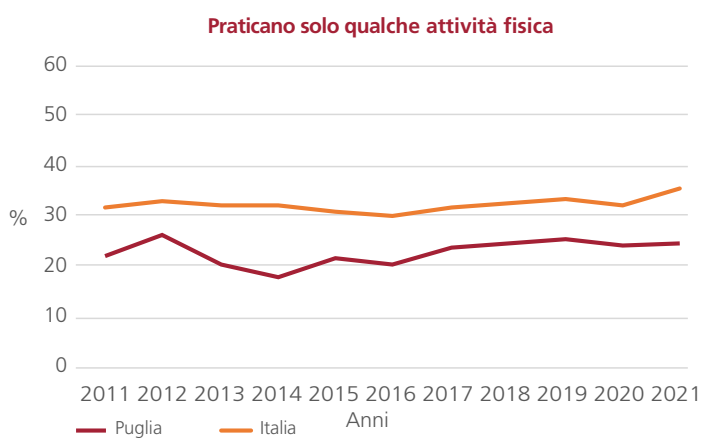
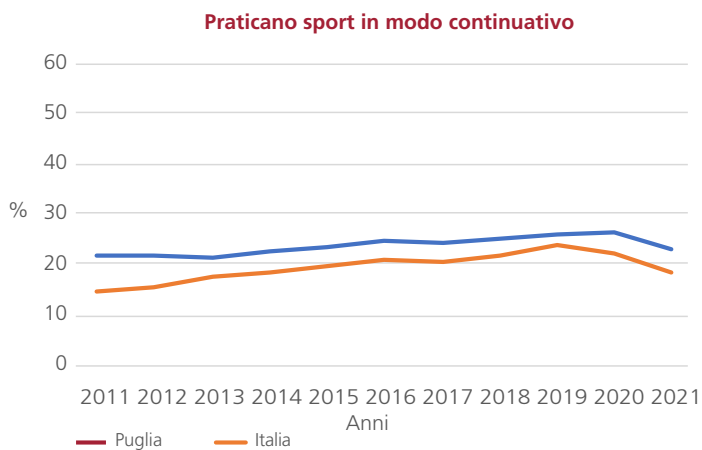
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - PUGLIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 La prevalenza dell'eccesso ponderale nei bambini della regione Puglia è aumentata rispetto al 2016. Rispetto alla media nazionale della Puglia registra un incremento preoccupante della prevalenza di bambini obesi e di obesità grave.



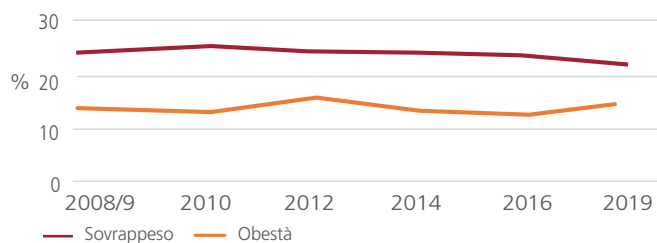
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

In linea con le precedenti rilevazioni nella nostra Regione si assiste ad una continua leggera flessione della prevalenza di bambini in sovrappeso.

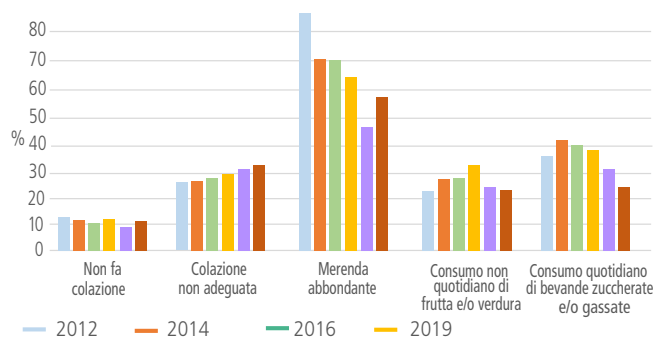
OBESITÀ

La prevalenza dell'obesità è aumentata in modo preoccupante rispetto al 2016.



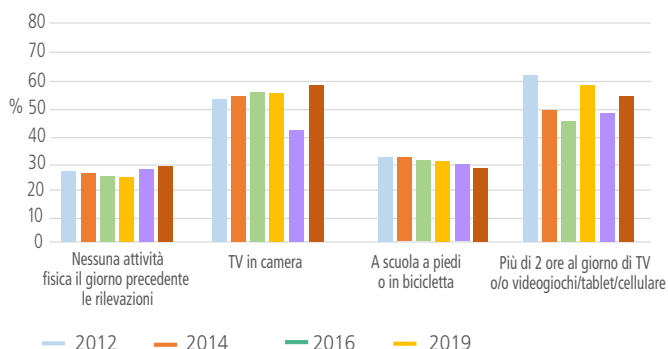
Cattive abitudini alimentari

La percentuale di bambini che non fanno colazione e costante. Negli anni Purtroppo la presenza di bambini che fanno una colazione non adeguata è in costante crescita, mentre la prevalenza di bambini che fa una merenda abbondante è aumentata rispetto al 2016. Il consumo di frutta e verdura rimane in linea con i dati degli anni scorsi. In costante diminuzione del consumo di bevande gassate o/e zuccherate.



Attività fisica e sedentarietà

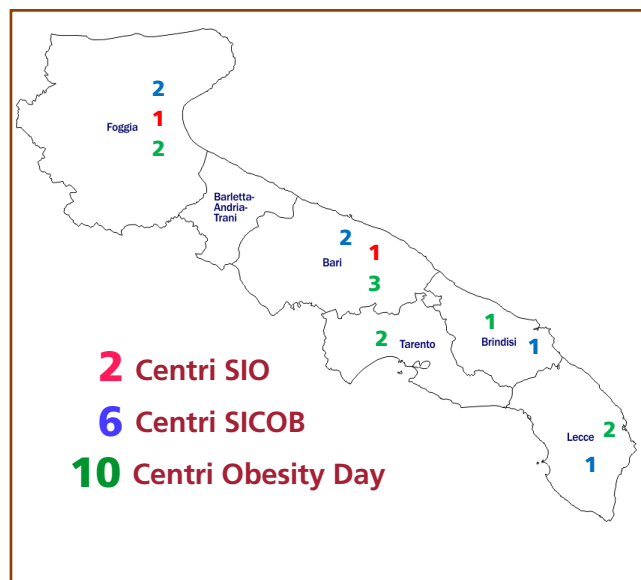
L'attività fisica, insieme un'alimentazione qualitativamente equilibrata, è un fattore importante per migliorare la salute dell'individuo riducendo il rischio, a lungo termine, di patologie cronico-degenerative. In Puglia aumentano i bambini che svolgono attività sedentarie in misura maggiore rispetto alla media nazionale



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Puglia			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	66,8	60,7	72,3	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	43,4	37,3	49,8	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	26,0	23,4	28,6	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	23,3	20,9	25,9	31,3	30,1	

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, PUGLIA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

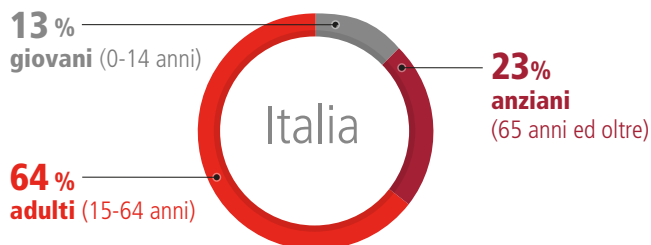
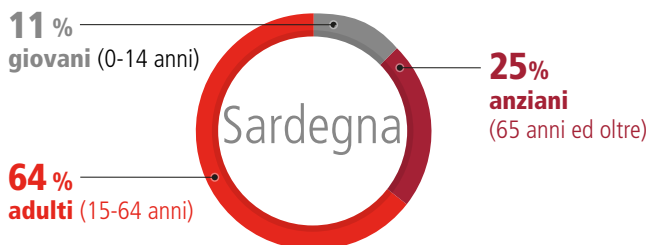
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

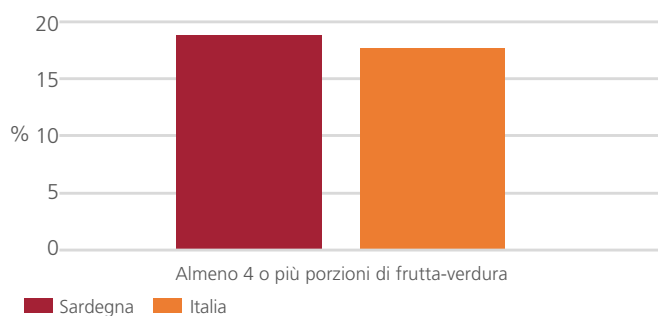
I dati dell'obesità in Sardegna (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

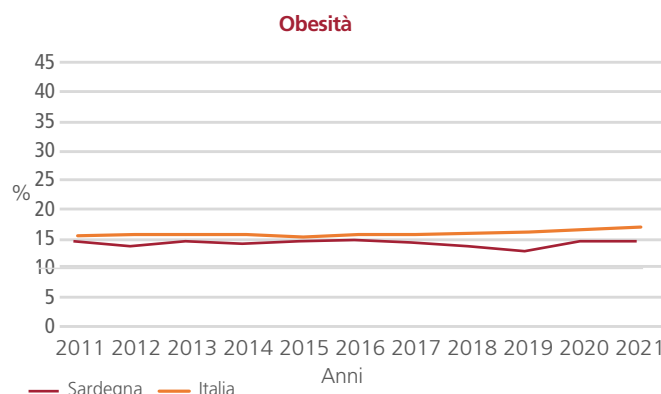
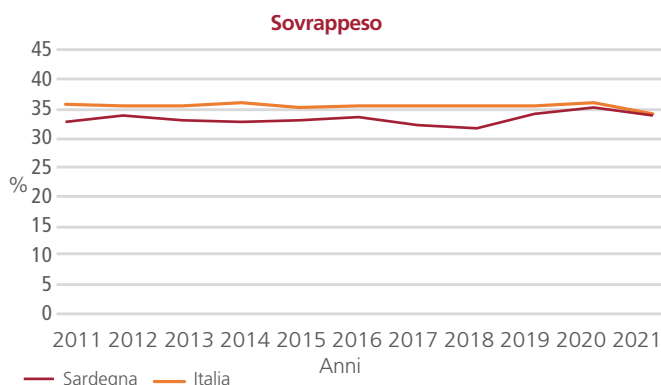


	Sardegna	Italia
Popolazione residente	1.590.044	59.236.213
Età media	47,8	45,9
Speranza di vita (M/F)	79,8/85,4	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	3,1%	8,7%

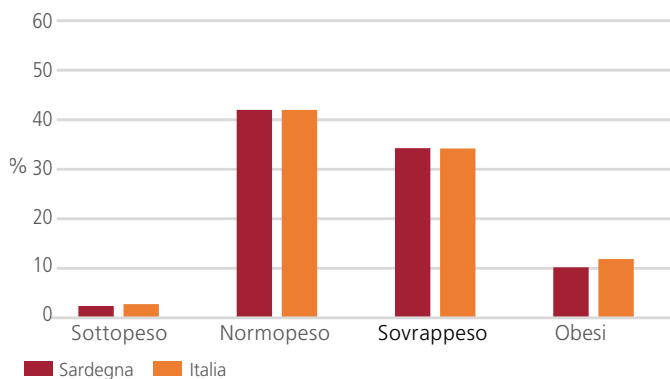
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

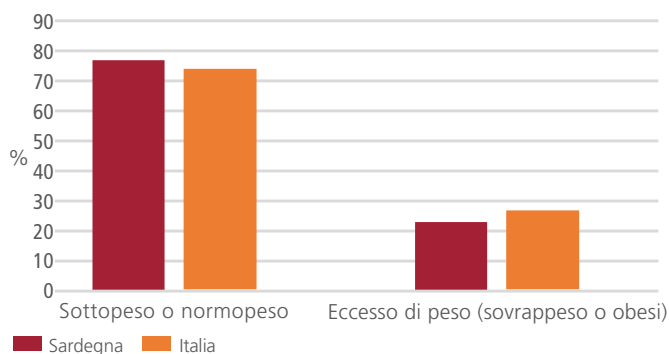


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 467.000 e 137.000 Obese in Sardegna nel 2021

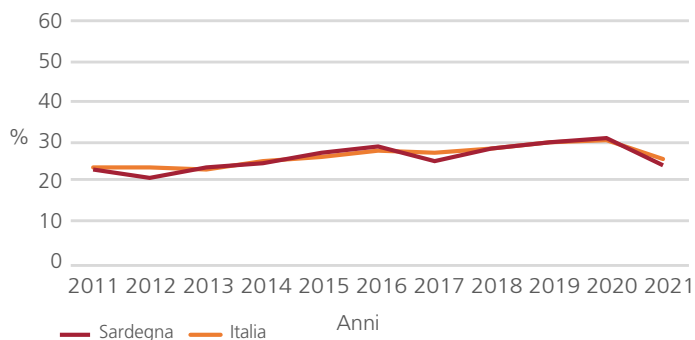
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



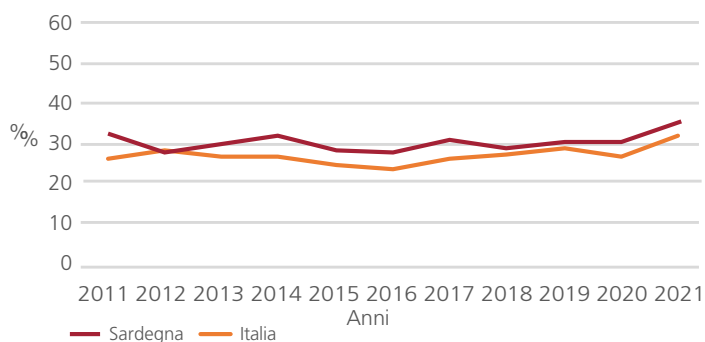
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 42.000 in Sardegna (2019-2020)

ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

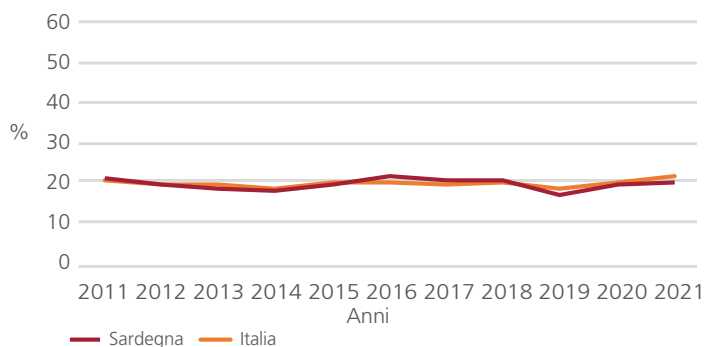
Praticano sport in modo continuativo



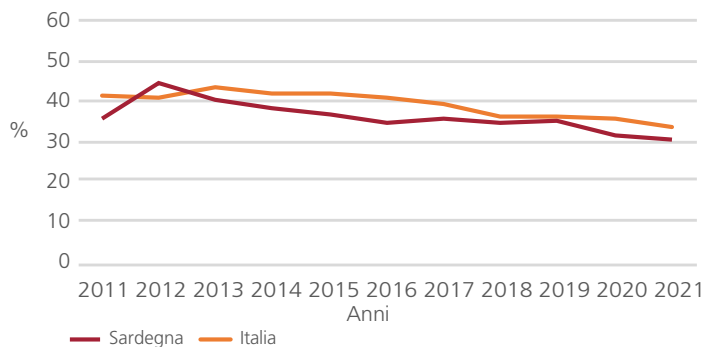
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



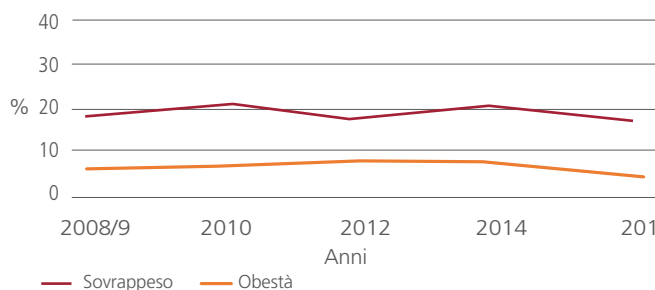
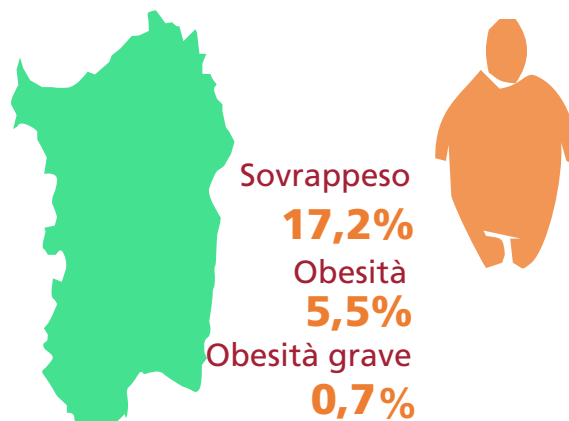
Non praticano nè sport nè attività fisica



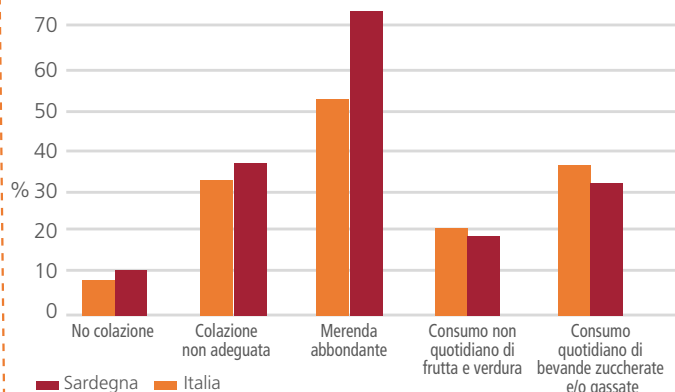
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - SARDEGNA

Sovrappeso e obesità nei bambini

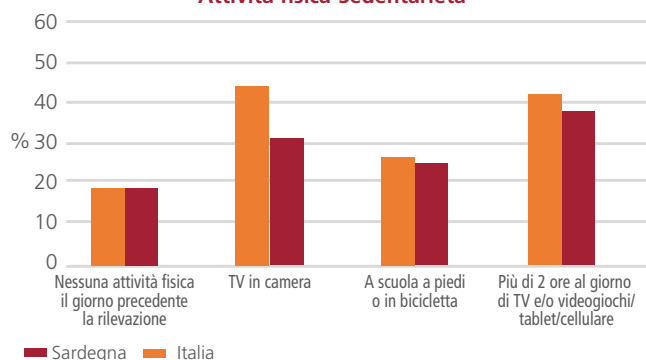
Nel 2016 i bambini in sovrappeso sono il 17,2% e gli obesi sono il 5,5%, compresi i gravamenti obesi che rappresentano lo 0,7%.



Cattive abitudini alimentari



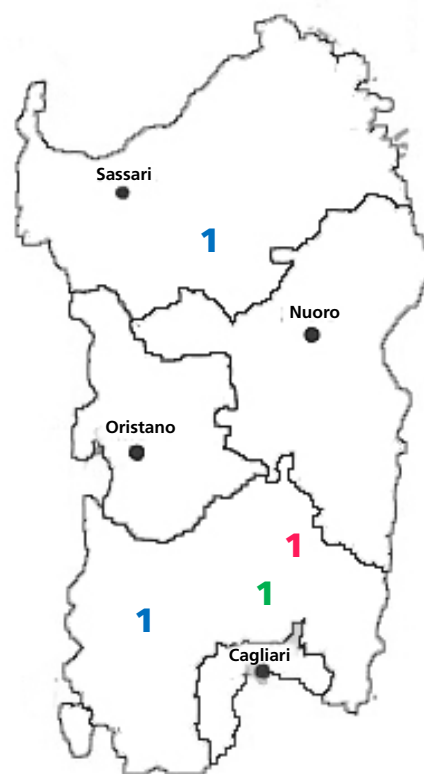
Attività fisica-Sedentarietà



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Sardegna			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	90,1	79,2	95,6	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	75,9	64,1	84,8	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	55,5	48,4	63,1	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	50,2	42,6	57,7	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, SARDEGNA



- 1** Centri SIO
- 2** Centri SICOB
- 1** Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

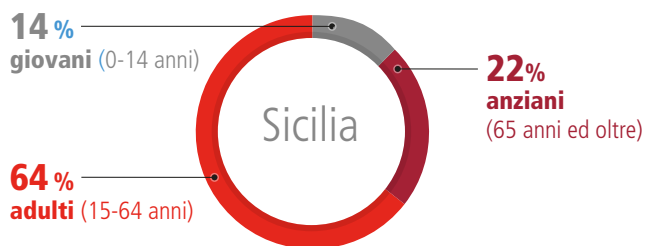
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

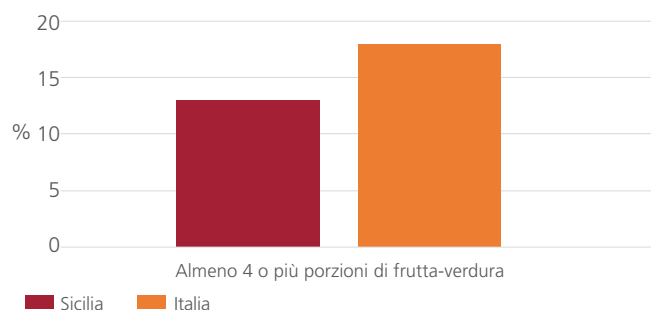
I dati dell'obesità in Sicilia (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

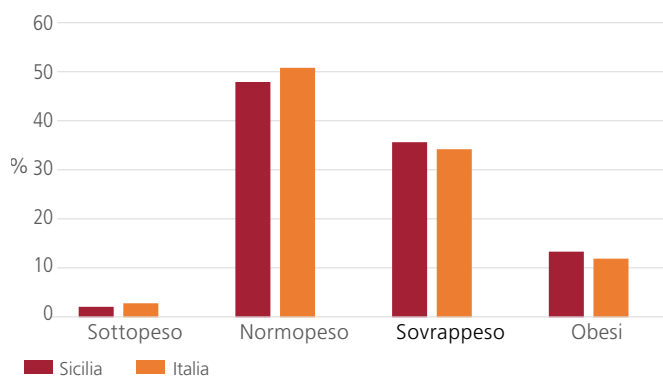


	Sicilia	Italia
Popolazione residente	4.833.705	59.236.213
Età media	44,7	45,9
Speranza di vita (M/F)	78,7/83,1	80.1/84,7
Pop. Straniera residente	3,9%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

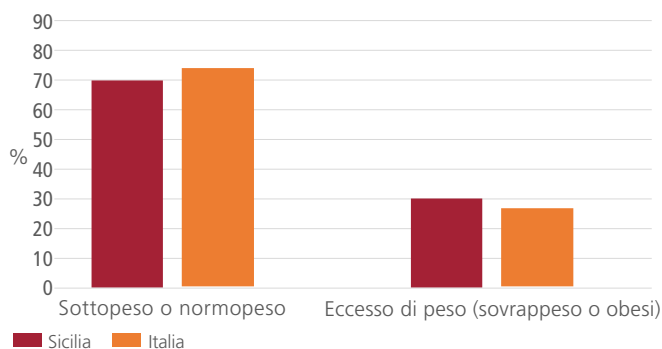


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



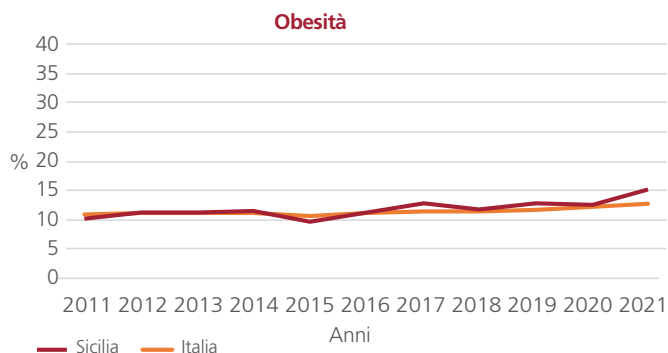
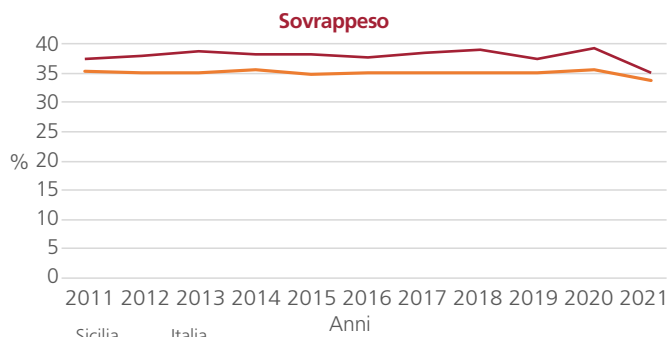
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.448.000 e 604.000 Obese in Sicilia nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

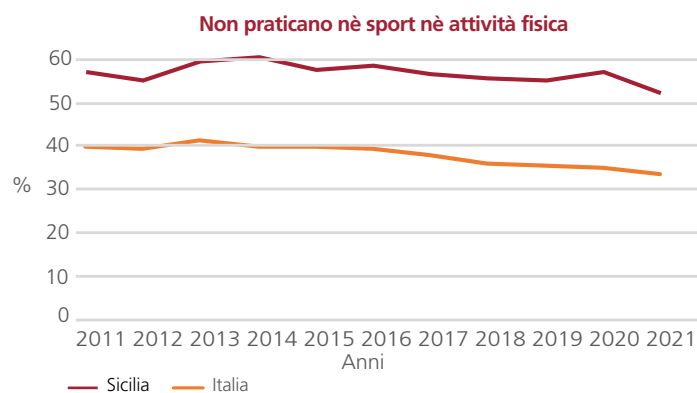
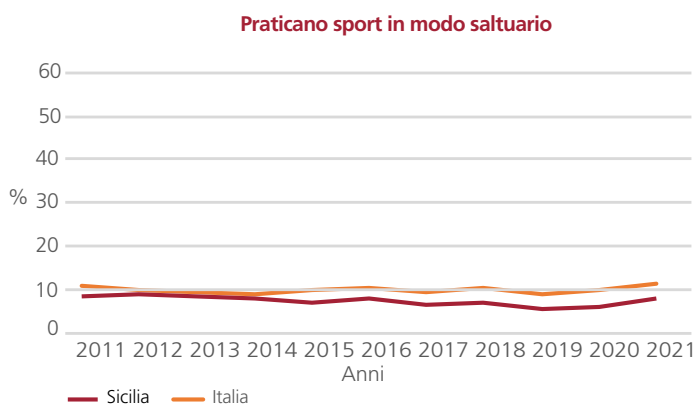
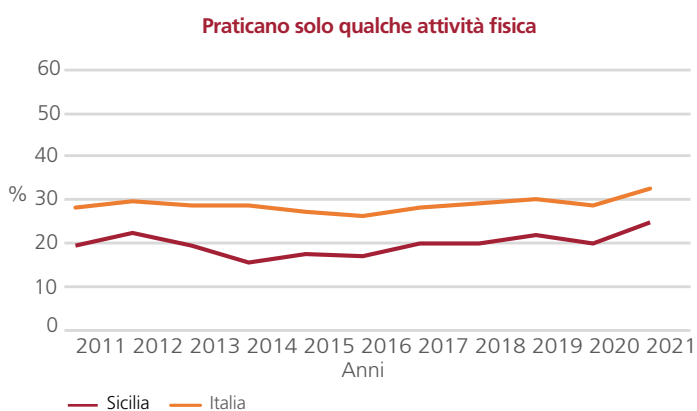
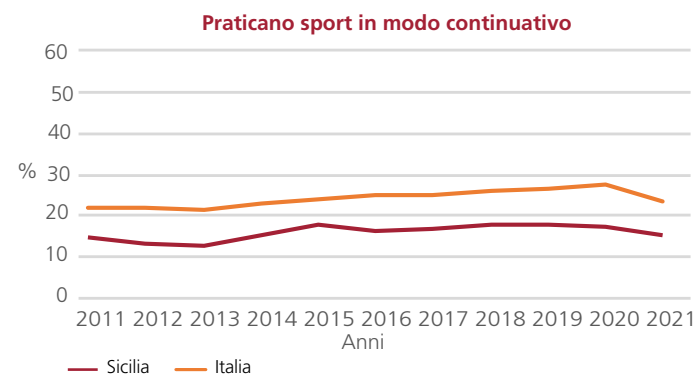


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 211.000 in Sicilia (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

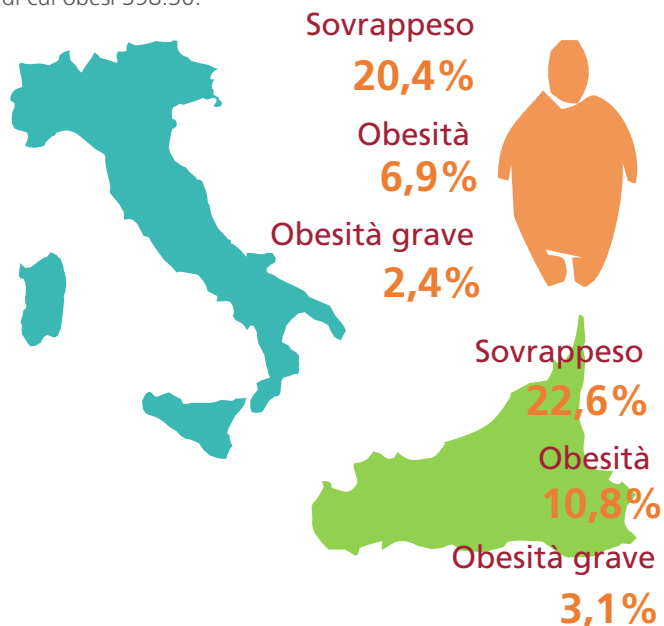


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011 - 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - SICILIA

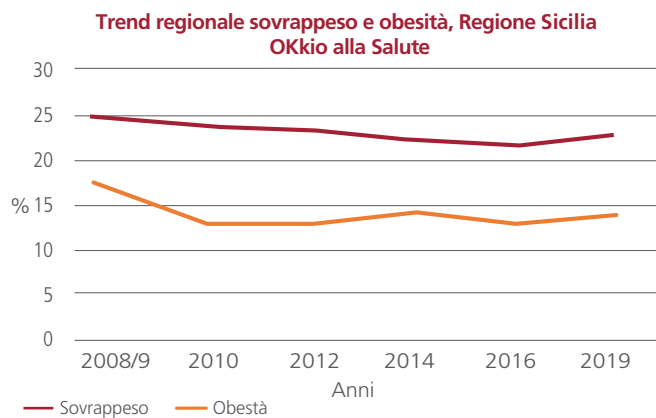
Il 36,6% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 104.128, di cui obesi 398.30.



CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2019

SOVRAPPESO E OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella Regione Sicilia si assiste ad una diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ABITUDINI ALIMENTARI, SICILIA

Nella Regione Sicilia con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso, anche se si osservano dei cambiamenti rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti nell'assunzione di una merenda adeguata a metà mattina e nell'assunzione di bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
⁵ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	82%	83%	83%	84%	85%	84%	91,3%
⁶ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	50%	50%	48%	47%	47%	46%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	5%	12%	15%	28%	27%	25%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	3%	4%	4%	4%	1%	2%	8,5%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	42%	51%	49%	46%	47%	30%	25,4%

OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ATTIVITÀ FISICA, SICILIA

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della Regione Sicilia fanno poca attività fisica. Si stima che poco meno di 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
⁸ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	30%	24%	22%	26%	25%	26%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	50%	54%	57%	51%	52%	52%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	40%	45%	46%	47%	43%	44%	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	26%	21%	22%	26%	24%	22%	26,4%

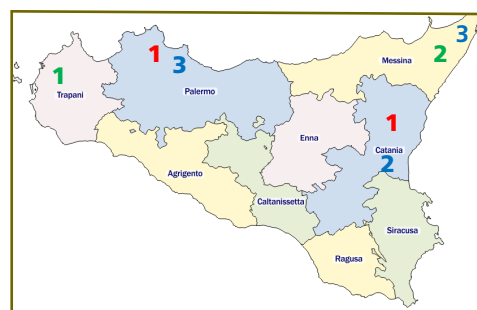
REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021
 Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)
 Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza
 Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>
 Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
 Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>
 Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>
 Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx
 Dati scaricati nel Luglio 2022

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Sicilia ⁸			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	62,8	55,5	69,5	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	45,3	37,8	53,0	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	34,1	29,7	38,7	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	27,0	22,9	31,5	31,3	30,1	32,6

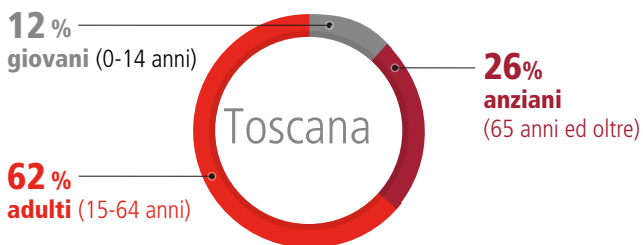
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, SICILIA



- 2** Centri SIO
- 8** Centri SICOB
- 3** Centri Obesity Day

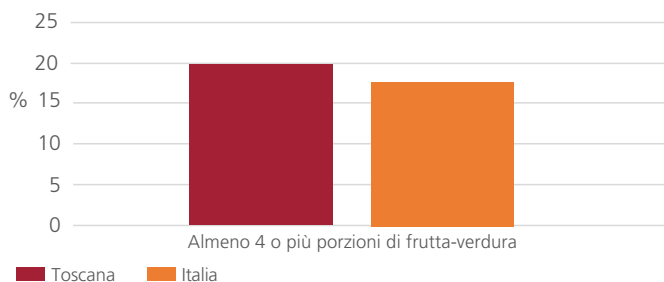
I dati dell'obesità in Toscana (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

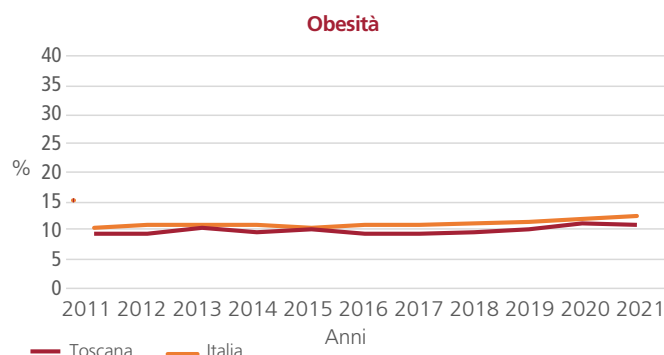
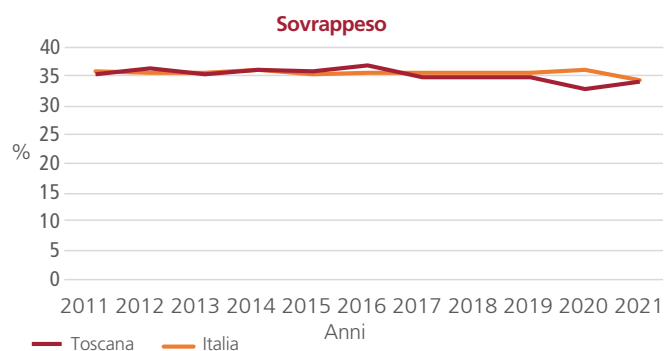


	Toscana	Italia
Popolazione residente	3.692.865	59.236.213
Età media	47,4	45,9
Speranza di vita (M/F)	81,1/85,2	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	11,5%	8,7%

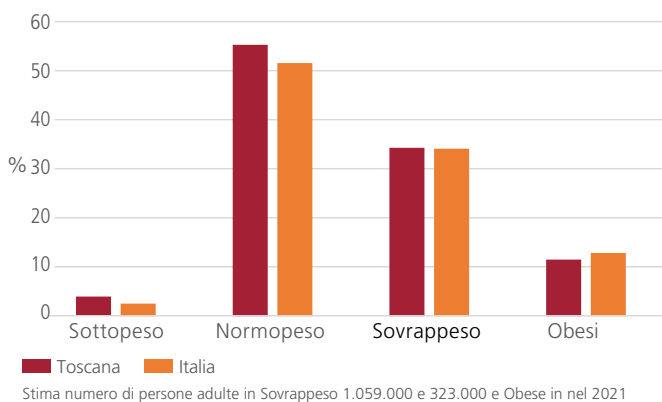
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021



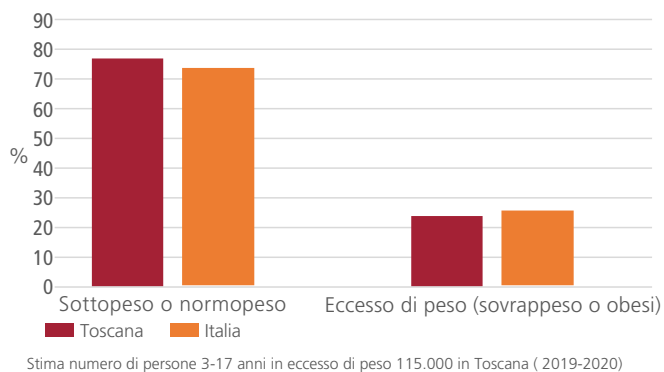
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



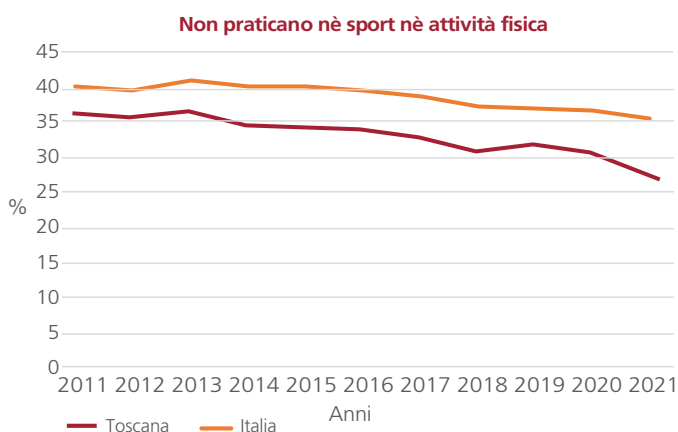
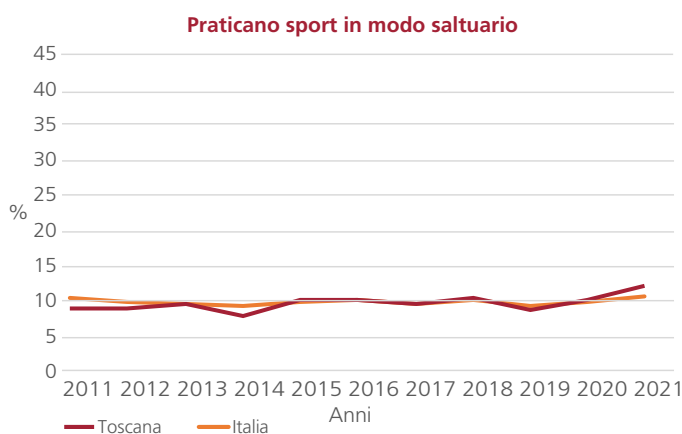
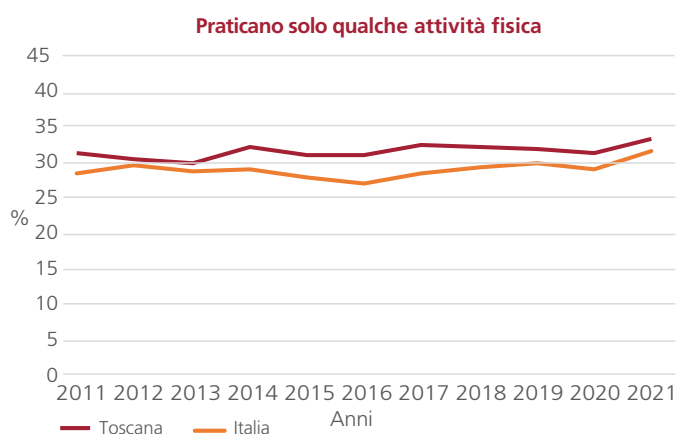
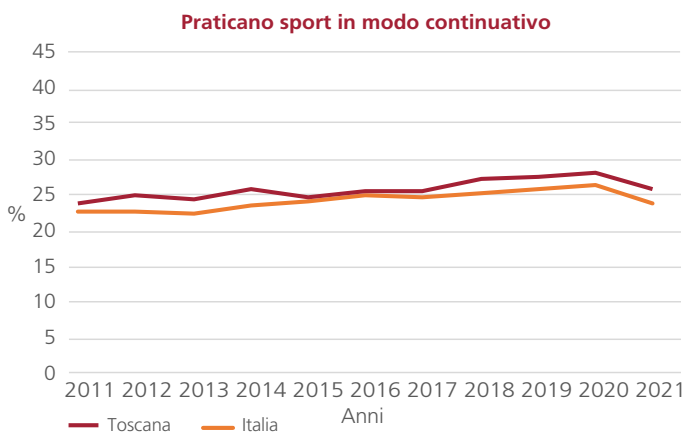
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



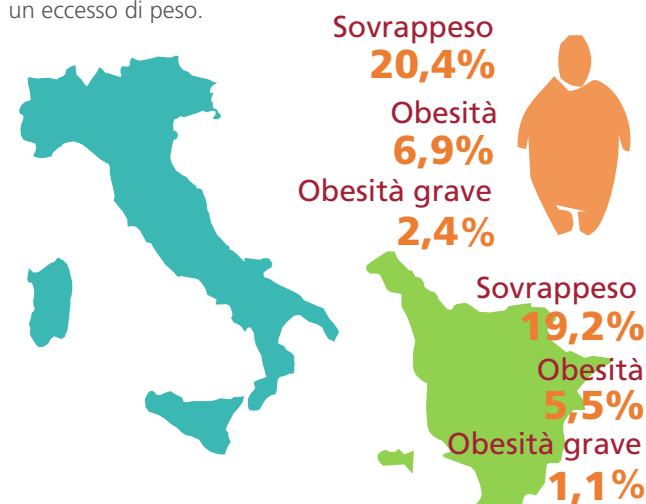
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - TOSCANA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il sovrappeso e l'obesità in giovane età hanno implicazioni a breve e allungo termine sulla salute rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta. Nelle regione Toscana il **6,6%** dei bambini è obeso, il **19,2%** sovrappeso, il **73,1%** normopeso e l'**1%** sottopeso. Quasi 3 bambini su 10 presentano un eccesso di peso.



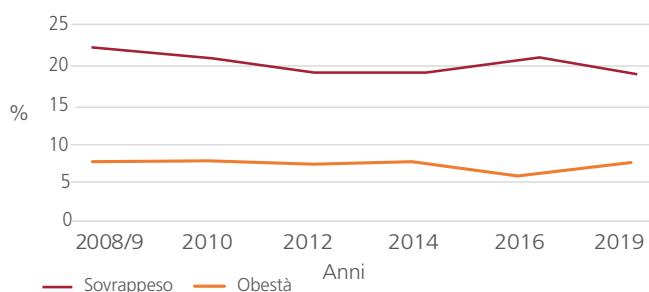
Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella vostra regione si assume anche una leggera flessione della prevalenza di bambini in sovrappeso.

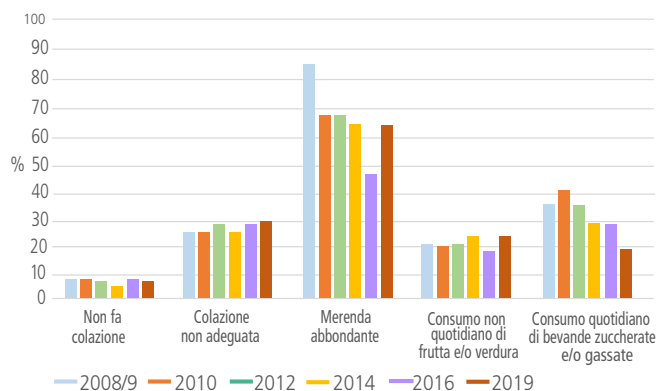
OBESITÀ

I valori dell'obesità sono invece sostanzialmente invariati.



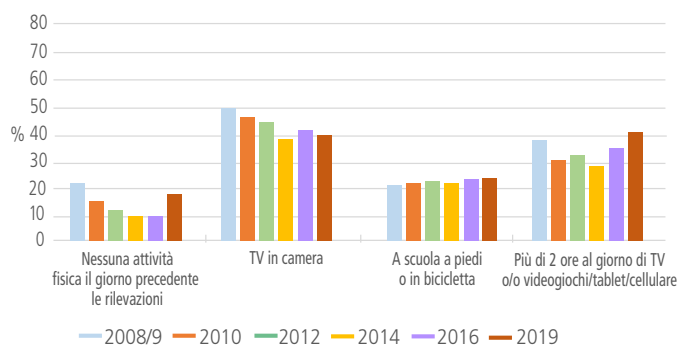
Cattive abitudini alimentari

Una dieta quali qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra i grassi, proteine e glucidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale. Nella nostra Regione con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso.



Attività fisica e sedentarietà

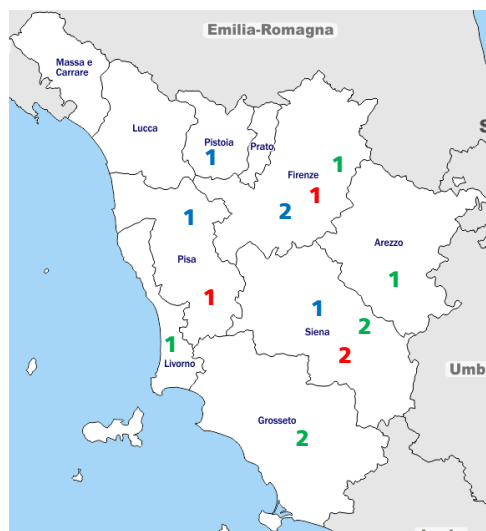
L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo poiché è grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata/intensa ogni giorno per almeno 1 ora e che il tempo trascorso in attività sedentarie come guardare la TV/tablet/videogiochi/cellulare non superi le due ore quotidiane,



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Toscana			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	80,6	68,1	88,9	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	68,5	55,8	78,8	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	41	34,5	47,8	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	37,9	31,5	44,8	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, TOSCANA



4 Centri SIO

5 Centri SICOB

7 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

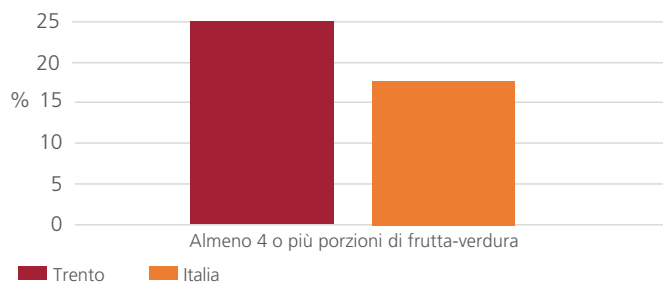
I dati dell'obesità nella Provincia Autonoma di Trento (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

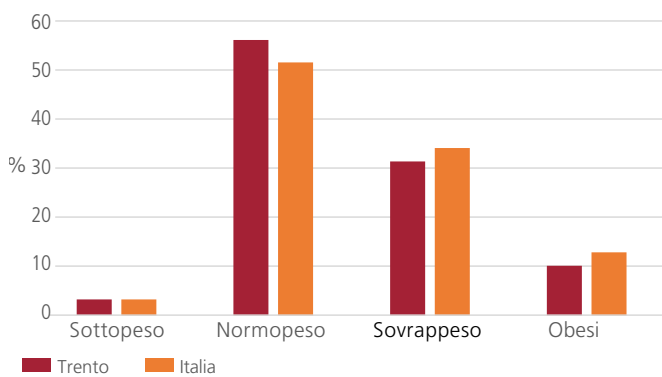


	Prov. Autonoma di Trento	Italia
Popolazione residente	542,166	59.236.213
Età media	45	45,9
Speranza di vita (M/F)	81,3/86,3	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	9,1%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

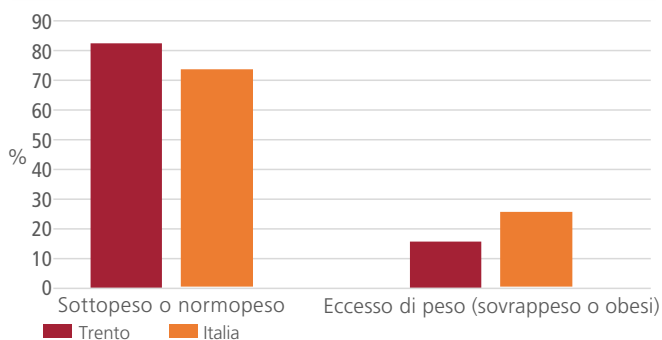


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT 2021



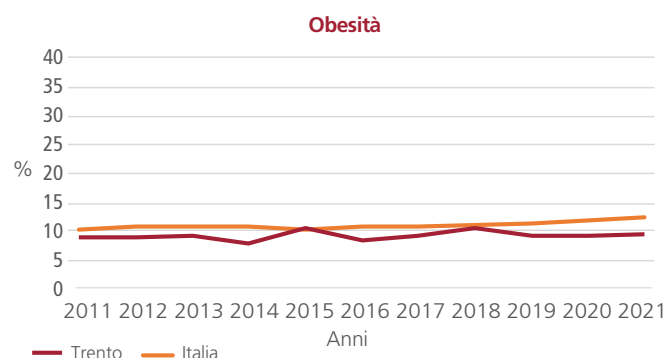
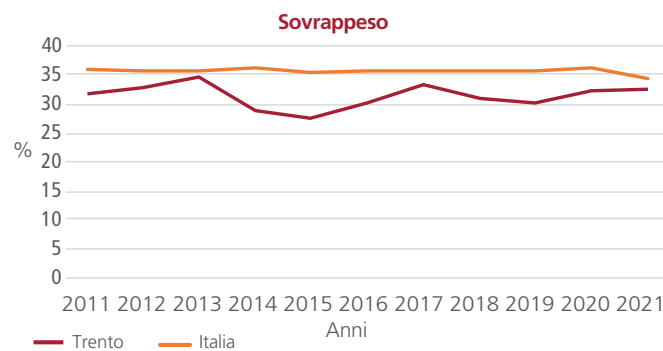
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 141.000 e 40.000 Obese nella Provincia Autonoma di Trento nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



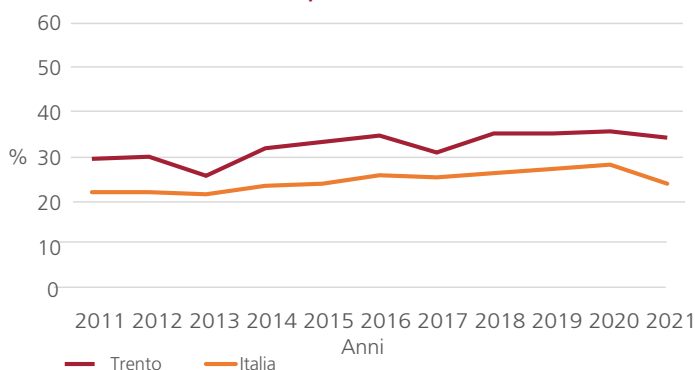
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 15.000 nella provincia Autonoma di Trento (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

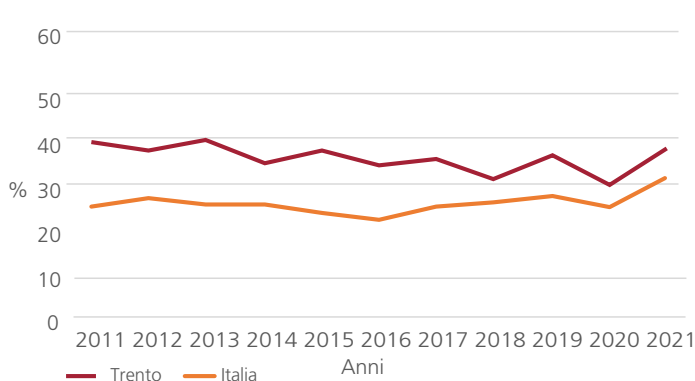


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

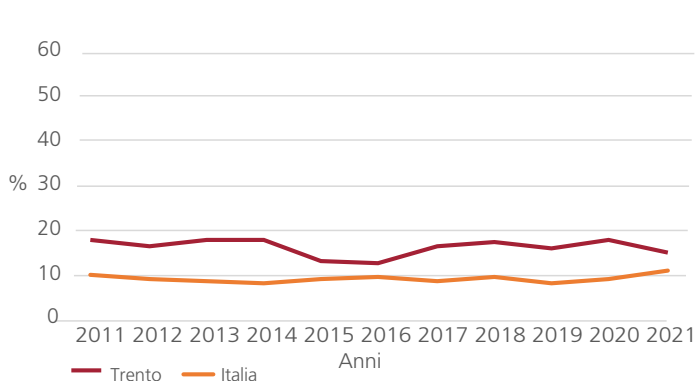
Praticano sport in modo continuativo



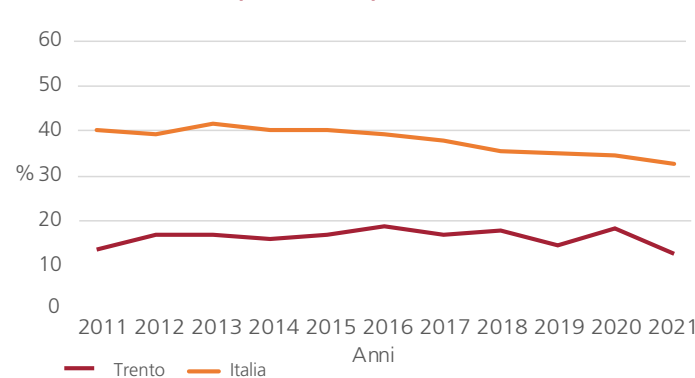
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



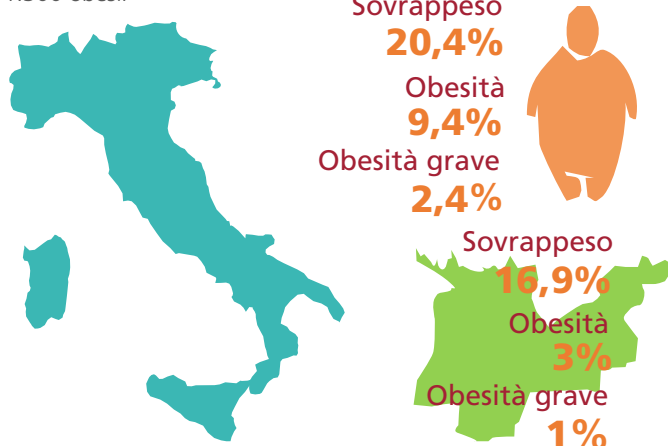
Non praticano nè sport nè attività fisica



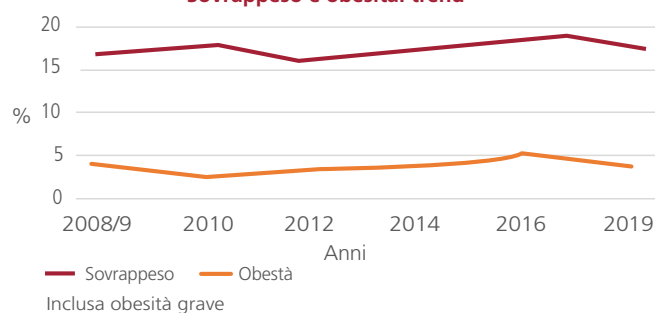
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - Provincia Autonoma di Trento

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il 79% delle bambine e bambini trentini è sottopondero, il 21% è in eccesso ponderale. Sovrappeso e obesità sono inferiori alla media nazionale; la provincia di Trento e la terza regione un valori più bassi. Applicando queste percentuali al totale delle bambine e bambini trentini di 6-11 anni si può stimare che in provincia di Trento ci siano circa 6.800 bambine e bambini sovrappeso, di cui 1.300 obesi.

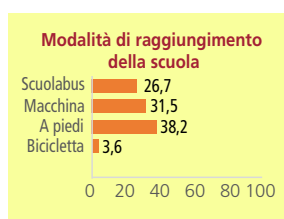


Sovrappeso e obesità: trend



Attività fisica e sedentarietà

Il **10%** delle bambine e bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente indagine. Il **28%** trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV videogiochi tablet o cellulare. Il **19%** delle bambine e dei bambini a la TV nella propria camera da letto. Tra le bambine e bambini che hanno la tv in camera il 14% la guarda almeno 2 ore al giorno rispetto a 6% di chi non ha la TV in camera. Il **3,5%** dorme meno di nove ore per notte.



Okkio alla salute Anno 2019 abitudini alimentari a rischio



Colazione

5% dei bambini dei bambini non fa colazione tutti i giorni e il **36%** non la fa adeguata ossia bilanciata in termini di carboidrati e proteine.



Merenda

Il **22%** consuma una merenda di metà mattina non adeguata. Il **6%** delle bambine dei bambini non fa una merenda di metà mattina



Consumo le bevande gassate

L'**11%** consuma una o più volte al giorno bibite zuccherate/gassate.

Consumo di frutta e/o verdura

Il **12%** delle bambine e dei bambini mangia meno di una volta al giorno frutta e/o verdura.



Consumo di legumi

Il **42%** delle bambine e dei bambini consuma i legumi, meno di una volta a settimana.



Snack dolci e salati

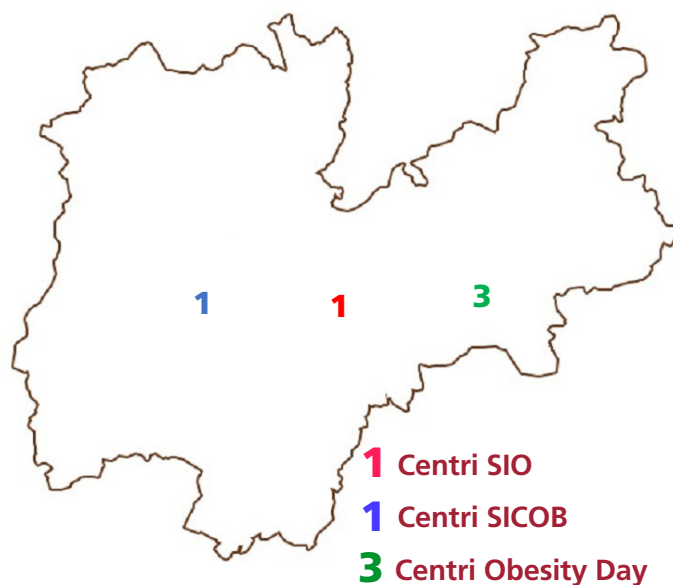
Il **43%** delle bambine e dei bambini consuma snack dolci più di 3 giorni a settimana e il **6%** consuma snack salati più tre giorni a settimana.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Provincia Autonoma di Trento			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	69,2	50,8	83	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	39,1	30,1	48,9	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	39,1	30,1	48,9	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	43	33,9		31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, TRENTO



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

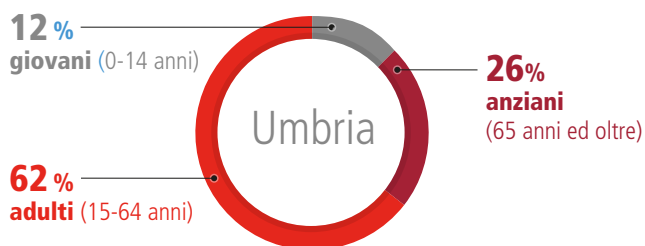
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

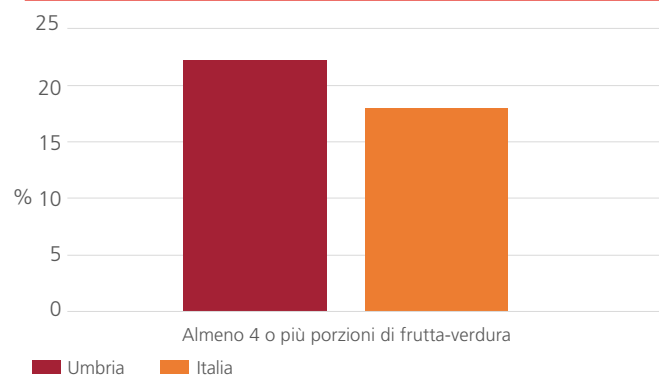
I dati dell'obesità in Umbria (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

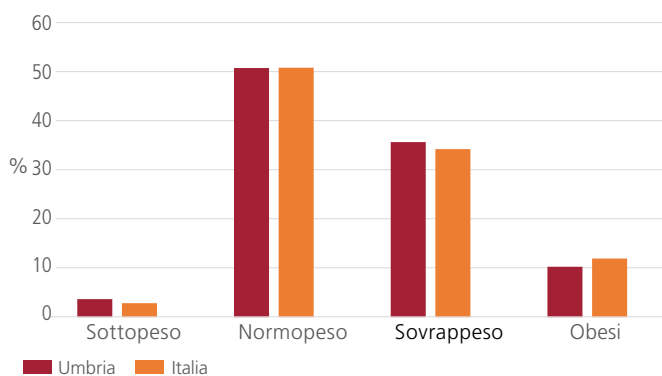


	Umbria	Italia
Popolazione residente	865.452	59.236.213
Età media	47,5	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,9/85,4	80.1/84,7
Pop. Straniera residente	10,7%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

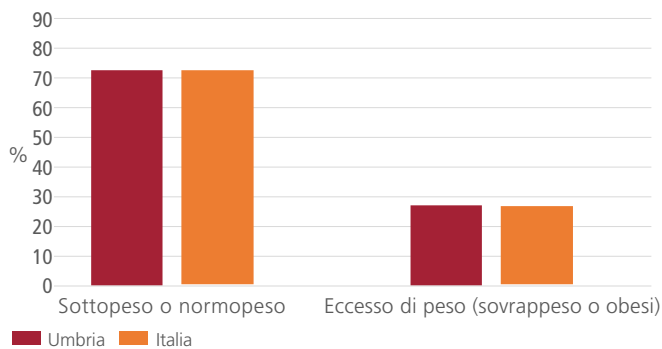


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT 2021



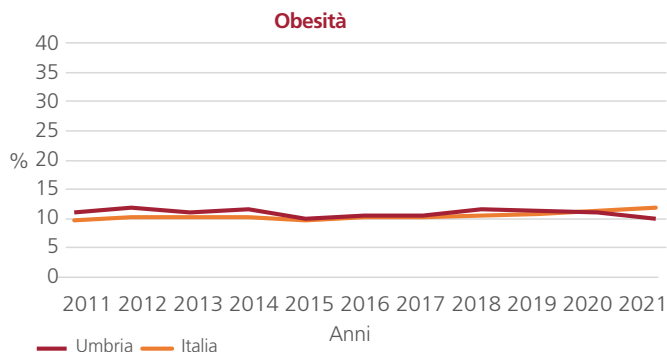
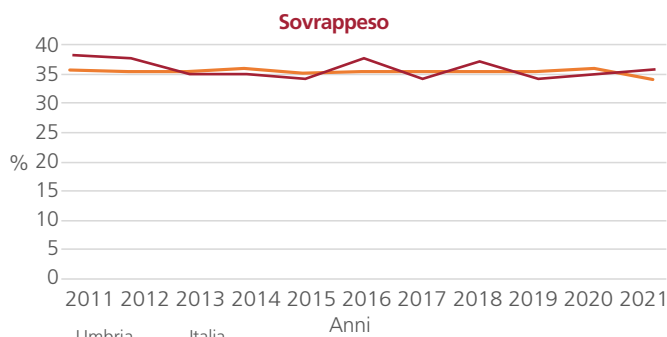
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 265.000 e 76.000 e Obese in nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

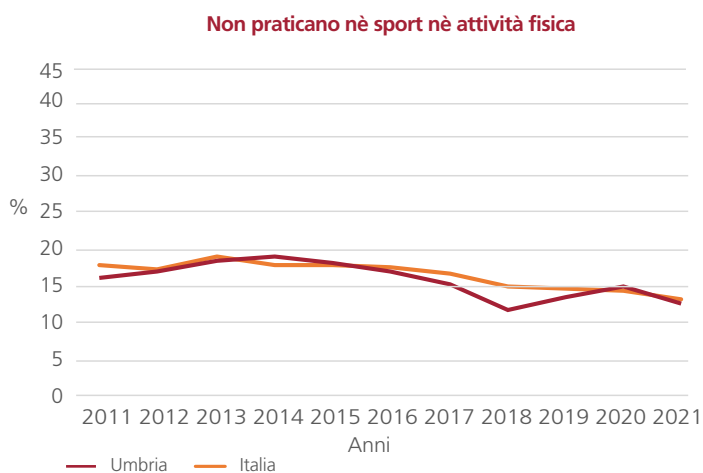
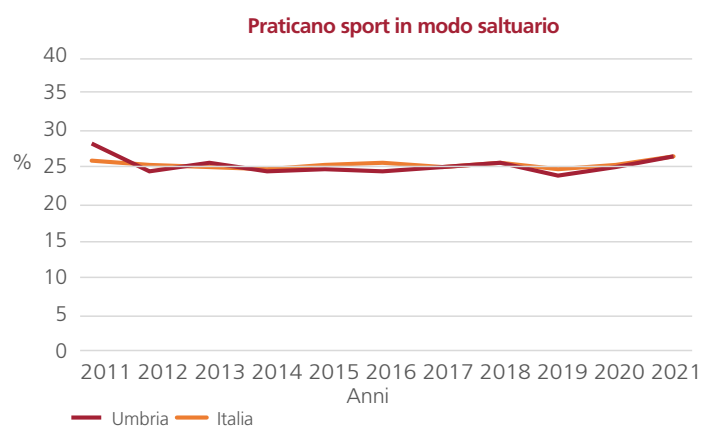
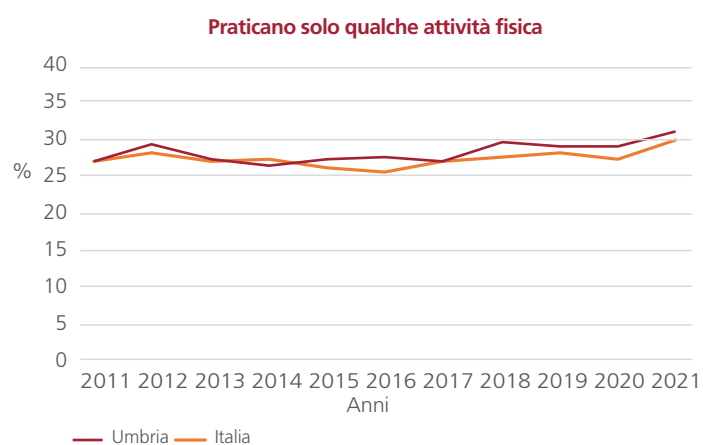
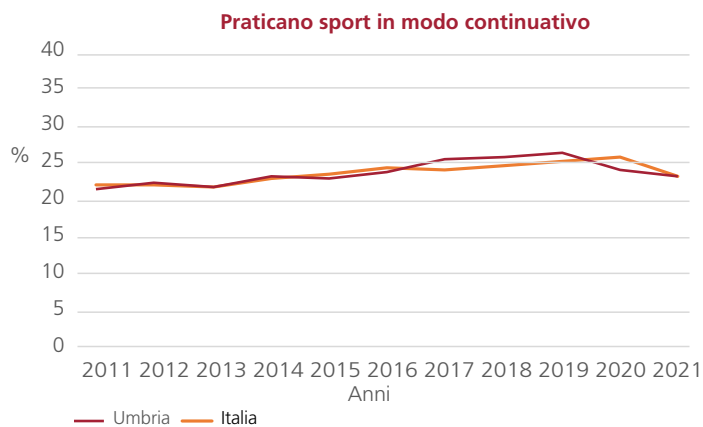


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 30.000 in Umbria (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

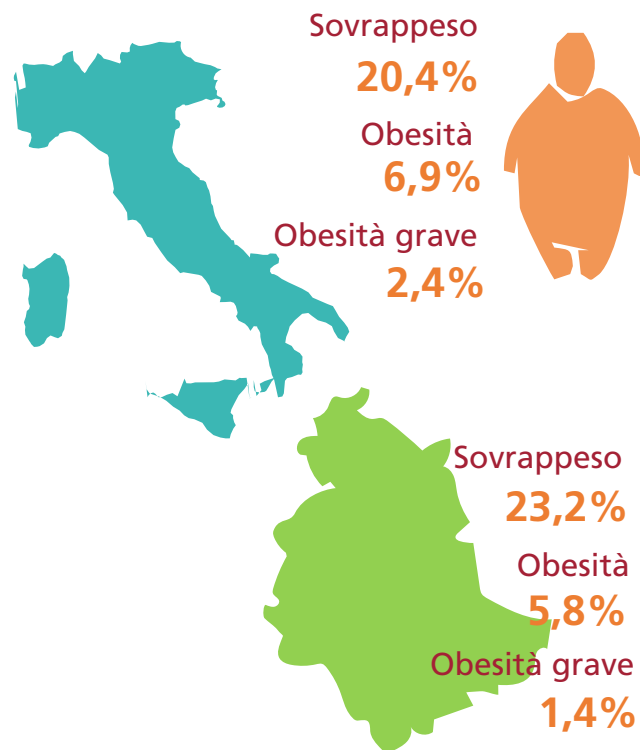


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011 - 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - UMBRIA

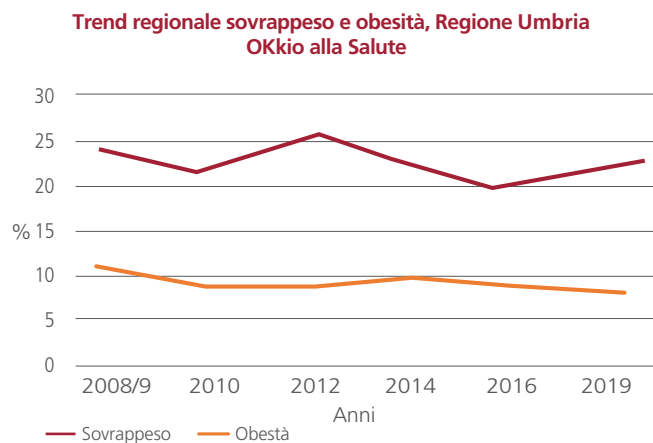
Complessivamente il 30,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 14.406, di cui obesi 3.405.



CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2019

SOVRAPPESO E OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una tendenza alla diminuzione della prevalenza di bambini obesi.



OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ABITUDINI ALIMENTARI, UMBRIA

Nella Regione Umbria con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Si notano degli ottimi miglioramenti nei trend rispetto all'assunzione di una merenda adeguata e una forte riduzione del consumo di bevande zuccherate.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine**	89%	93%	92%	92%	92%	94%	91%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	65%	69%	65%	65%	63%	62%	56%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina**	6%	15%	19%	35%	40%	38%	41%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	3%	3%	3%	3%	2%	5,7%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno**	41%	46%	46%	38%	31%	21%	25%

OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019, ATTIVITÀ FISICA, UMBRIA

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della Regione Umbria fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	24%	13%	13%	13%	16%	18%	20%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	60%	73%	76%	75%	73%	67%	61%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35%	52%	50%	47%	46%	46%	43%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	18%	17%	16%	19%	17%	17%	26%

REFERENZE FONTI

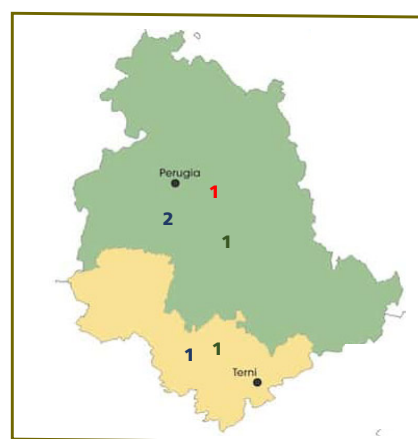
ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021
 Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)
 Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza
 Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>
 Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
 Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>
 Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>
 Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Umbria			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	67,5	60,6	73,8	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	43,7	36,8	50,7	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	36,4	32,2	40,9	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	33,2	29,2	37,5	31,3	30,1	32,6

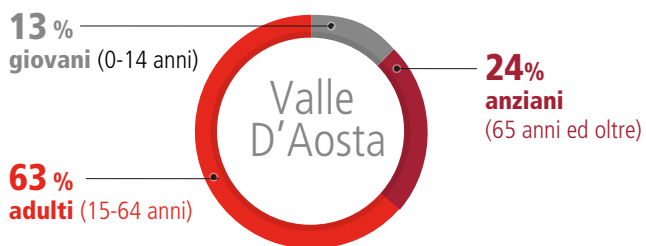
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, UMBRIA



- 1** Centri SIO
- 3** Centri SICOB
- 2** Centri Obesity Day

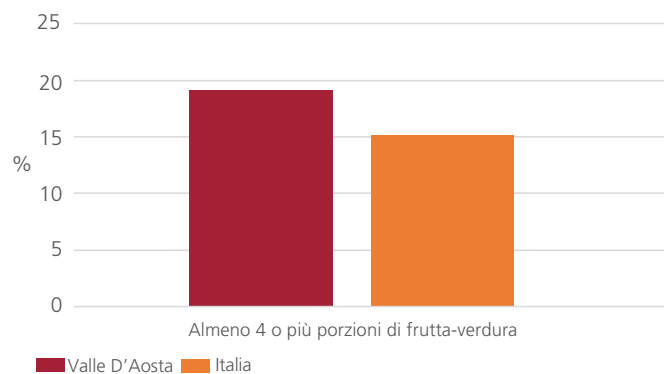
I dati dell'obesità in Valle D'Aosta (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

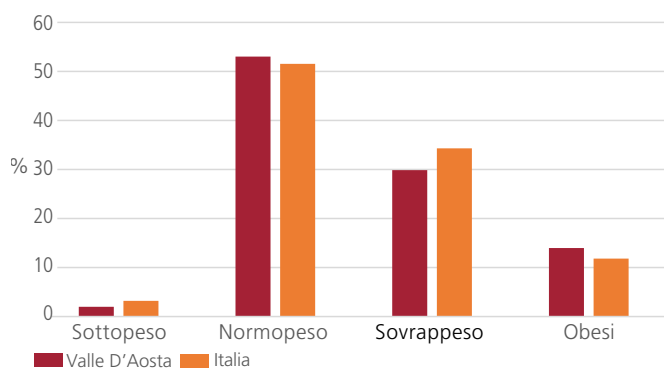


	Valle D'Aosta	Italia
Popolazione residente	124.089	59.236.213
Età media	46,6	45,9
Speranza di vita (M/F)	80,1/84,3	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	6,8%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

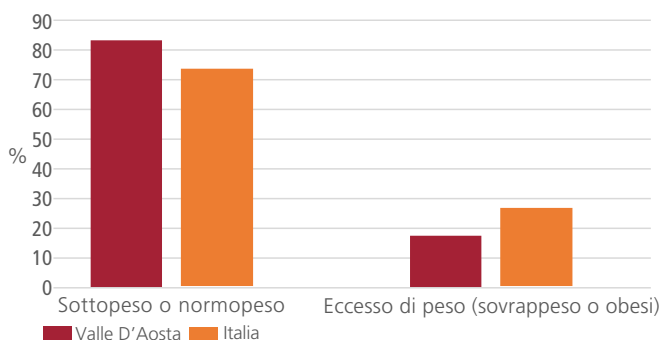


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT 2021



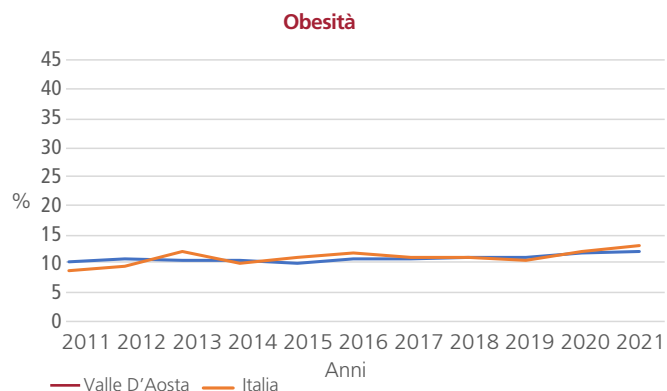
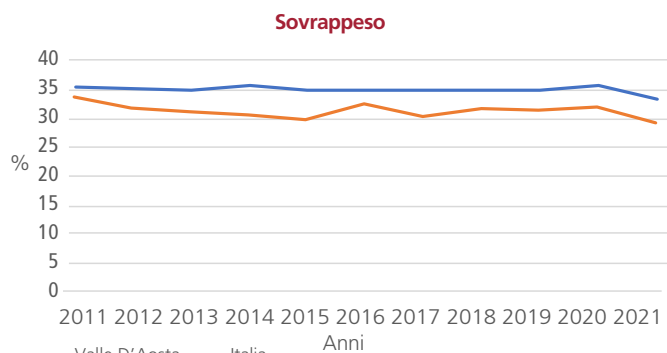
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 31.000 e 13.000 e Obese in Valle D'Aosta nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020



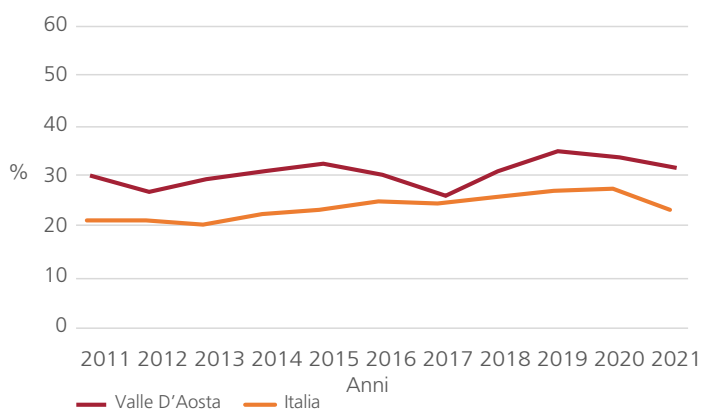
Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso in Valle D'Aosta 3.000 (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021

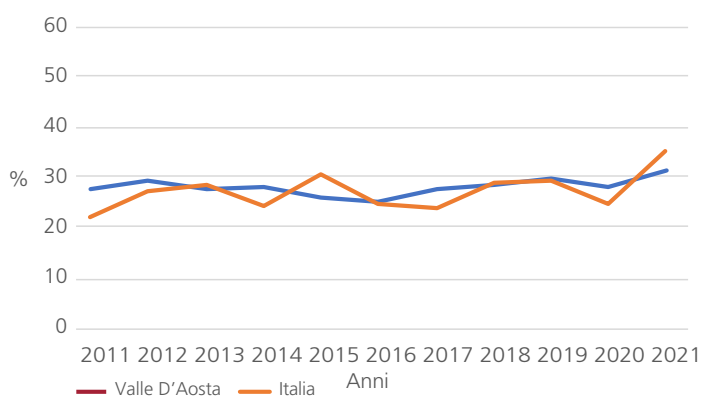


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021

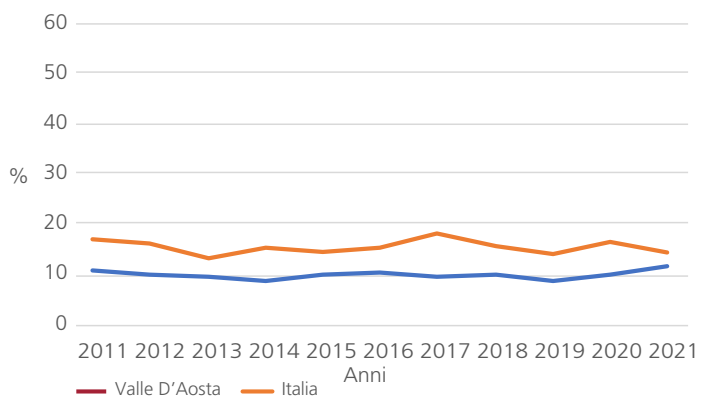
Praticano sport in modo continuativo



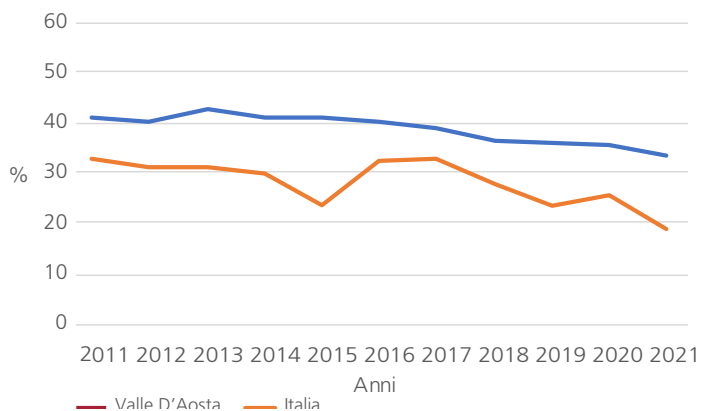
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario

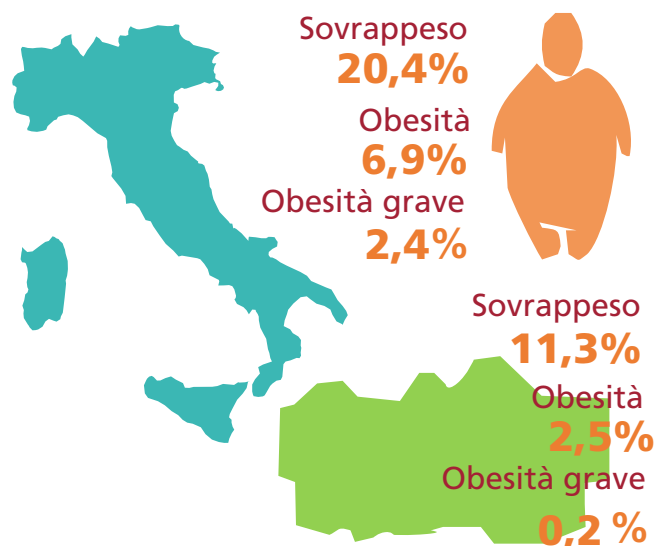


Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - VALLE D'AOSTA

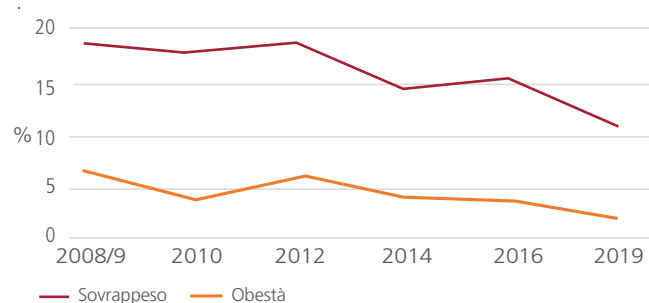
Sovrappeso e obesità nei bambini



Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

SOVRAPPESO - OBESITÀ

Nella nostra regione complessivamente 1 bambino su 10 presenta un eccesso di peso; le femmine sono colpite più dei maschi. Si evidenziano valori di sovrappeso o obesità più elevati quando i genitori hanno un titolo di studio basso. Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



Abitudini alimentari

Nella nostra regione il 4,8% dei bambini non fa colazione ed il 38,8% non la fa qualitativamente. I genitori hanno riferito che solo il 9% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno come suggerito dagli esperti e ben il 15% non consuma quotidianamente questi alimenti.

Riguardo la percezione della madre sulla quantità di alimenti assunti dal proprio figlio/a ben 7 madri di bambini sovrappeso su 10 e 6 madri di bambini obesi su 10 ritengono che il proprio bambino mangi "il giusto".

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
‡ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	92	95	91	93	96	95	91,3%
‡ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	60	60	62	64	56	57	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	8	28	32	43	48	34	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	4	8	12	12	11	11,2	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	36	41	38	32	28	19	25,4%

‡ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale.

Attività fisica e sedentarietà

I bambini della nostra regione fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulta fisicamente, inattivo maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la età, anche per ragioni legate alle recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

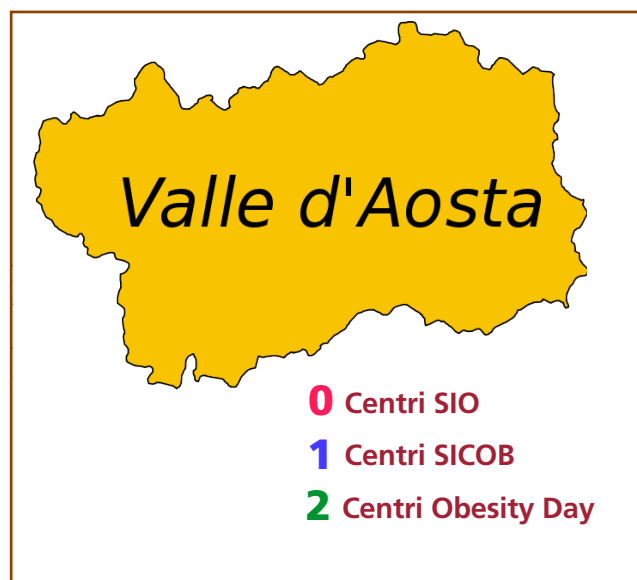
	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE E 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
‡ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	24	19	14	15	16	22	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	58	65	75	76	67	63**	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	31	41	44	39	47	44	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	27	27	29	28	28	33	26,4%

‡ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa (p<0,05) è indicata con **

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Valle D'Aosta			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	67,4	8,8	97,8	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	0	0	0	50,5	48,2	52,7
Sovrap-peso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	49,9	21,3	78,6	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	35,5	12,5	68,4	31,3	30,1	32,6

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, VALLE D'AOSTA



REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

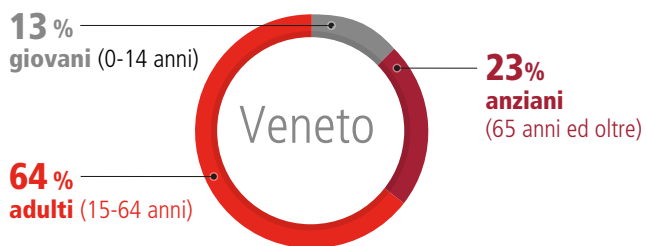
Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022

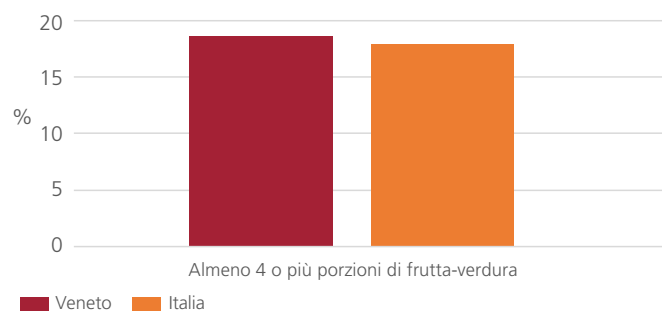
I dati dell'obesità in Veneto (ISTAT 2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2021

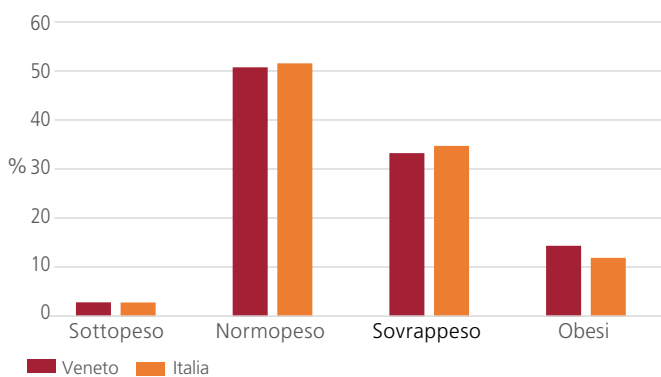


	Veneto	Italia
Popolazione residente	4.869.830	59.236.213
Età media	46,1	45,9
Speranza di vita (M/F)	81/85,6	80,1/84,7
Pop. Straniera residente	10,5%	8,7%

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2021

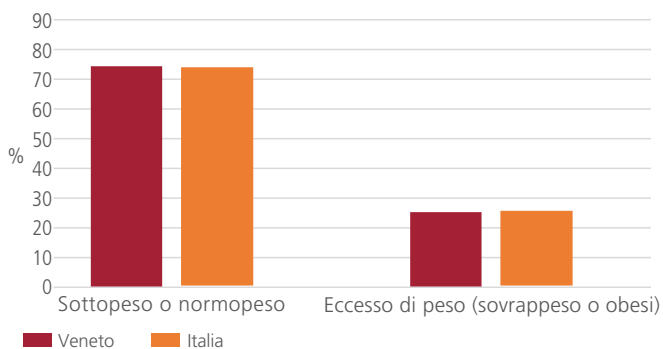


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT 2021



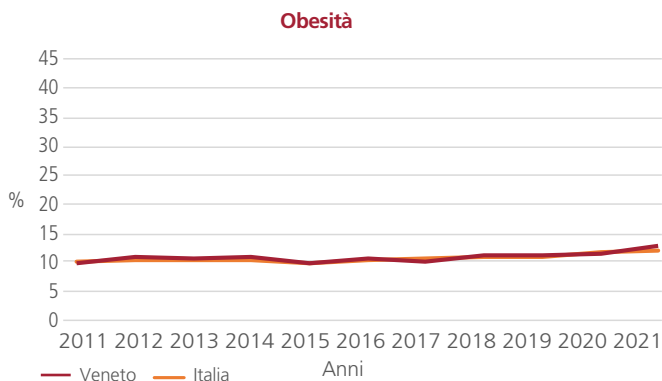
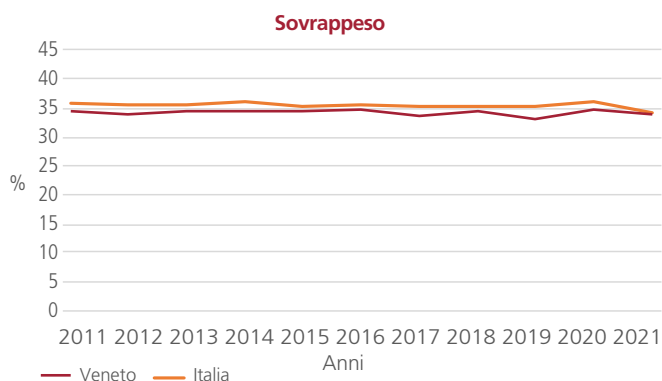
Stima numero di persone adulte in Sovrappeso 1.381.000 e 523.000 Obese in Veneto nel 2021

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2019-2020

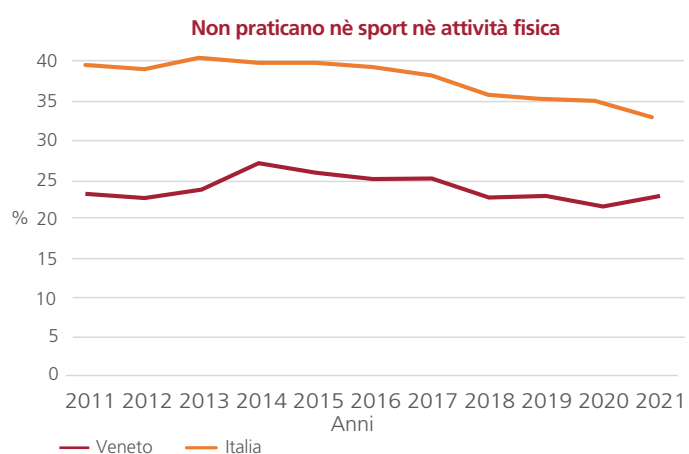
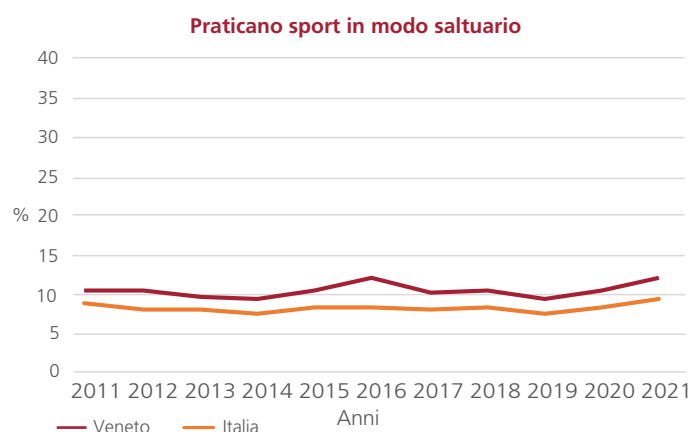
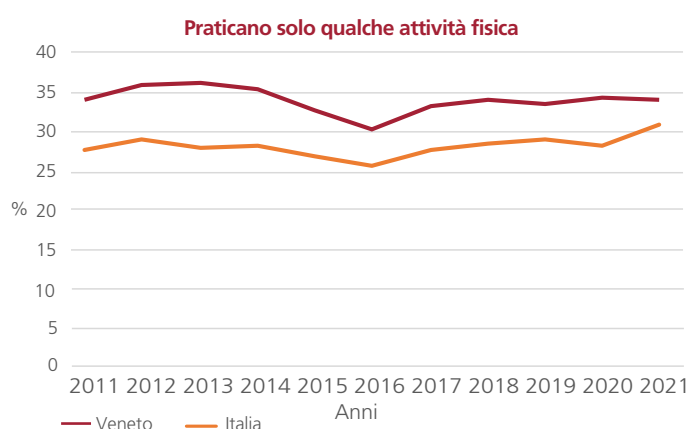
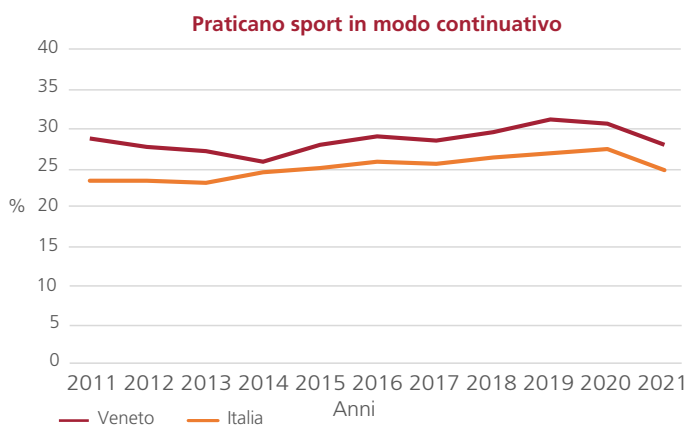


Stima numero di persone 3-17 anni in eccesso di peso 175.000 in Veneto (2019-2020)

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT 2011-2021



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2011- 2021



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - VENETO

Sovrappeso e obesità nei bambini

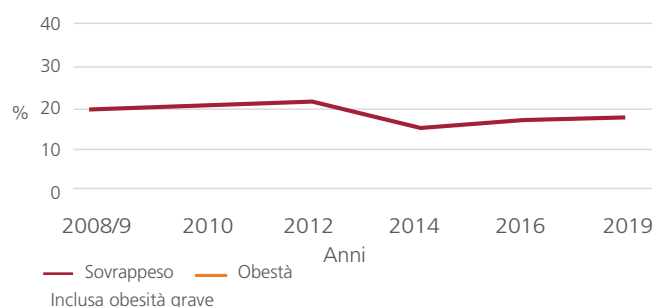
La percentuale dei bambini in sovrappeso Veneto è di poco inferiore rispetto quella nazionale (20,4%). Questo dato è compensato, tuttavia, dal valore dell'obesità infantile, che nella regione del Veneto è quasi dimezzato rispetto all'incidenza in Italia (9,4%).



Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

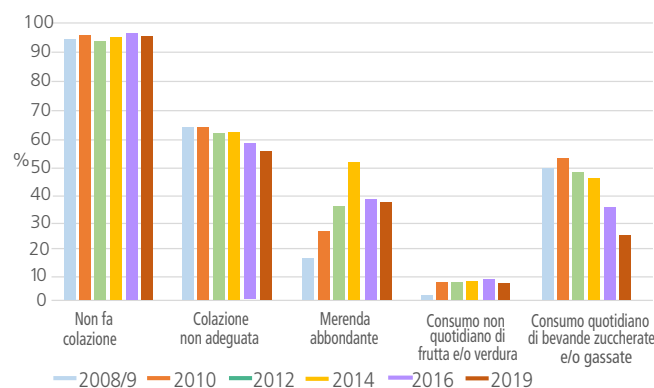
SOVRAPPESO E OBESITÀ

La percentuale di bambini in sovrappeso o obesi in Veneto risulta essere quasi costante nel tempo, con una tendenza alla diminuzione.



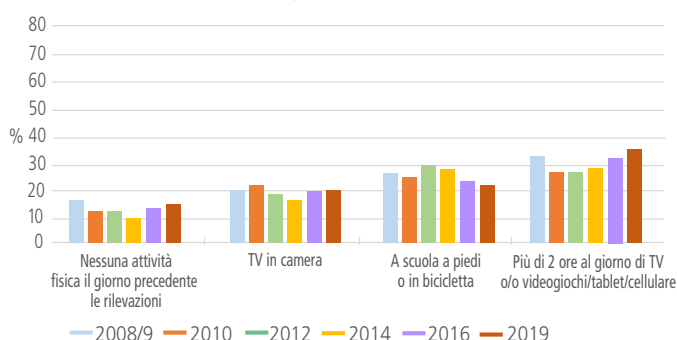
Cattive abitudini alimentari

Nel Veneto si conferma la presenza tra i bambini di abitudini alimentari poco sane che causano l'aumento di peso. In particolare, il consumo quotidiano di frutta e verdura è ancora molto scarso. Inoltre circa 4 bambini su 10 non fanno una colazione adeguata e la maggior parte di loro non assume una merenda adeguata a metà mattina. Nel corso del tempo invece si è dimezzato il numero dei bambini che bevono quotidianamente bibite zuccherate.



Attività fisica e sedentarietà

In generale, i bambini della regione Veneto fanno poca attività fisica. Il 15% di loro non ha svolto alcuna attività fisica il giorno prima dell'indagine e solo il 22% si regala a scuola a piedi o in bicicletta. Circa 3 bambini su 10 dedicano quotidianamente troppo tempo a TV, videogiochi, cellulare, tablet e altri device.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2020-2021)

		Veneto			Italia		
		%	IC95% inf.	IC95% sup.	%	IC95% inf.	IC95% sup.
Obesi	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	65,1	55,3	73,8	69,9	67,8	71,9
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	56,6	46,6	66	50,5	48,2	52,7
Sovrapeso	consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	41,7	35,5	36,2	36,2	34,9	37,5
	consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	39,5	33,6	45,7	31,3	30,1	32,5

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, VENETO



7 Centri SIO

7 Centri SICOB

7 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Aspetti della vita quotidiana – Persone: serie storiche 2011-2021

Stranieri residenti per Regione. Anno 2021 (per 100 residenti)

Fonte: Istat, Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Sorveglianza PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Dati Okkio alla salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Centri Obesity Day da <https://www.obesityday.org/cosa-facciamo/centri/>

Centri accreditati SIO <https://sio-obesita.org/centri-accreditati-sio/>

Centri accreditati SICOB https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Dati scaricati nel Luglio 2022



*Burden of disease
dell'obesità*



L'impatto clinico del sovrappeso e dell'obesità in Italia

Vincenzo Atella^{1,2}, Gerardo Medea³, Paolo Sbraccia^{*4}, Federico Belotti^{1,2}, Matilde Giaccherini², Andrea Piano Mortari², Claudio Cricelli³, Antonio Nicolucci⁵

¹Dipartimento di Economia e Finanza, Università di Roma Tor Vergata

²CEIS Tor Vergata, Università di Roma Tor Vergata

³Società Italiana di Medicina Generale, Firenze

⁴Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Roma Tor Vergata

⁵Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology – CORESEARCH, Pescara

Premessa

La continua crescita della prevalenza di sovrappeso e obesità è motivo di seria preoccupazione in tutte le regioni del mondo e il fenomeno sta assumendo sempre più la forma di una pandemia globale.

Nel 2015, un totale di 107,7 milioni di bambini e 603,7 milioni di adulti erano obesi [1]. Dal 1980, la prevalenza dell'obesità è raddoppiata in più di 70 paesi ed è aumentata continuamente nella maggior parte degli altri paesi. Sebbene la prevalenza dell'obesità tra i bambini sia inferiore a quella tra gli adulti, il tasso di crescita dell'obesità infantile in molti paesi è stato maggiore di quello negli adulti. Nel 2015, l'alto indice di massa corporea (BMI) ha causato 4,0 milioni di decessi a livello globale, quasi il 40% dei quali si è verificato in persone in sovrappeso ma non obese (BMI <30 kg/m²). Più di due terzi dei decessi correlati al BMI elevato erano dovuti a malattie cardiovascolari [1].

In Europa, la prevalenza dell'obesità è triplicata in molti paesi dagli anni '80 e continua a crescere a un ritmo allarmante, soprattutto tra i bambini. Secondo recenti stime dell'OMS, un cittadino su due in Europa è sovrappeso o obeso, mentre uno su cinque soffre di obesità [2]. Tra i bambini di 11 anni, uno su tre è in sovrappeso o obeso [2]. Per quanto riguarda l'Italia, i dati dell'ISTAT documentano tra il 2001 e il 2010 una crescita di circa due milioni nel numero delle persone in sovrappeso e di oltre un milione per le persone francamente obese. Nel 2016, oltre 23 milioni di adulti (45,9%) erano in sovrappeso o obesi (17,9 milioni in sovrappeso e 5,2 milioni obesi) [3].

L'eccesso di peso è responsabile di un elevato impatto clinico, sociale ed economico, legato alla moltitudine di condizioni patologiche associate al sovrappeso e all'obesità, come il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie, alcuni tipi di cancro e le malattie osteoarticolari [4].

La forte associazione tra sovrappeso e diabete e la loro interazione nell'aumentare il rischio cardiovascolare è ben nota e la maggior parte delle persone con diabete di tipo 2 è sovrappeso o obesa [5]. Insieme, aumentano di 7 volte il rischio di mortalità [6].

Tuttavia, le complicanze dell'iperglicemia possono essere presenti anche prima dello sviluppo del diabete conclamato. Infatti, il pre-diabete è associato a un'aumentata incidenza di complicanze microvascolari e macrovascolari diabete-specifiche [7] e ad un aumento degli eventi cardiovascolari e della mortalità per tutte le cause [8], rispetto a persone di pari età e BMI con normale tolleranza glicemica (NGT). Nel 2021, il numero mondiale di individui con alterata glicemia a digiuno (IFG) è stimato a 319 milioni di adulti, ovvero il 6,2% della popolazione adulta mondiale [9]. Proiezioni recenti prevedono che nel 2045 questo numero dovrebbe aumentare ulteriormente fino a una stima di 441 milioni di adulti, pari al 6,9% della popolazione adulta mondiale.

Misurare e affrontare la doppia sfida rappresentata dall'eccesso di peso corporeo e dall'iperglicemia è quindi fondamentale dal punto di vista delle politiche sanitarie. Per questa ragione, è stato intrapreso uno studio per valutare nel contesto italiano la prevalenza delle comorbidità croniche in relazione alle classi di BMI e stabilire il ruolo dell'interazione tra eccesso di peso corporeo e

anomalie della glicemia nell'aumentare il rischio di malattie croniche maggiori. A questo fine, sono stati utilizzati i dati di popolazione derivati da un ampio campione di cartelle cliniche raccolte dai Medici di Medicina Generale (MMG) italiani.

Lo studio si basa sui dati di Health Search/IQVIA Health LPD Longitudinal Patient Database (HS), un registro italiano dei MMG, che raccoglie i dati ottenuti dalle cartelle cliniche elettroniche di cittadini, per lo più di età superiore ai 14 anni, assistiti da un gruppo di 900 MMG, omogeneamente distribuiti in tutte le regioni italiane. Ai fini dello studio, sono stati selezionati gli assistiti nella fascia di età 18-95 anni. Per l'anno 2018 questo processo di selezione ha prodotto un campione di 991.917 individui.

La popolazione in studio è stata classificata in base ai livelli di BMI (espresso in kg/m²) nei seguenti gruppi: peso normale (BMI tra 18,5 e 24,99), sovrappeso (BMI tra 25 e 29,99), obesità classe 1 (BMI tra 30 e 34,99), obesità classe 2 (BMI tra 35 e 39,99), obesità classe 3 (BMI ≥40).

La popolazione è stata inoltre classificata in base allo

stato del metabolismo del glucosio in tre classi: normale tolleranza al glucosio (NGT; nessuna diagnosi di diabete mellito nel periodo 2004-2018, glicemia a digiuno <100 mg/dl), alterata glicemia a digiuno (IFG; nessuna diagnosi di diabete mellito nel periodo 2004-2018, glicemia a digiuno compresa tra 100 e 125 mg/dl), diabete mellito (DM; diagnosi di diabete mellito nel periodo 2004-2018).

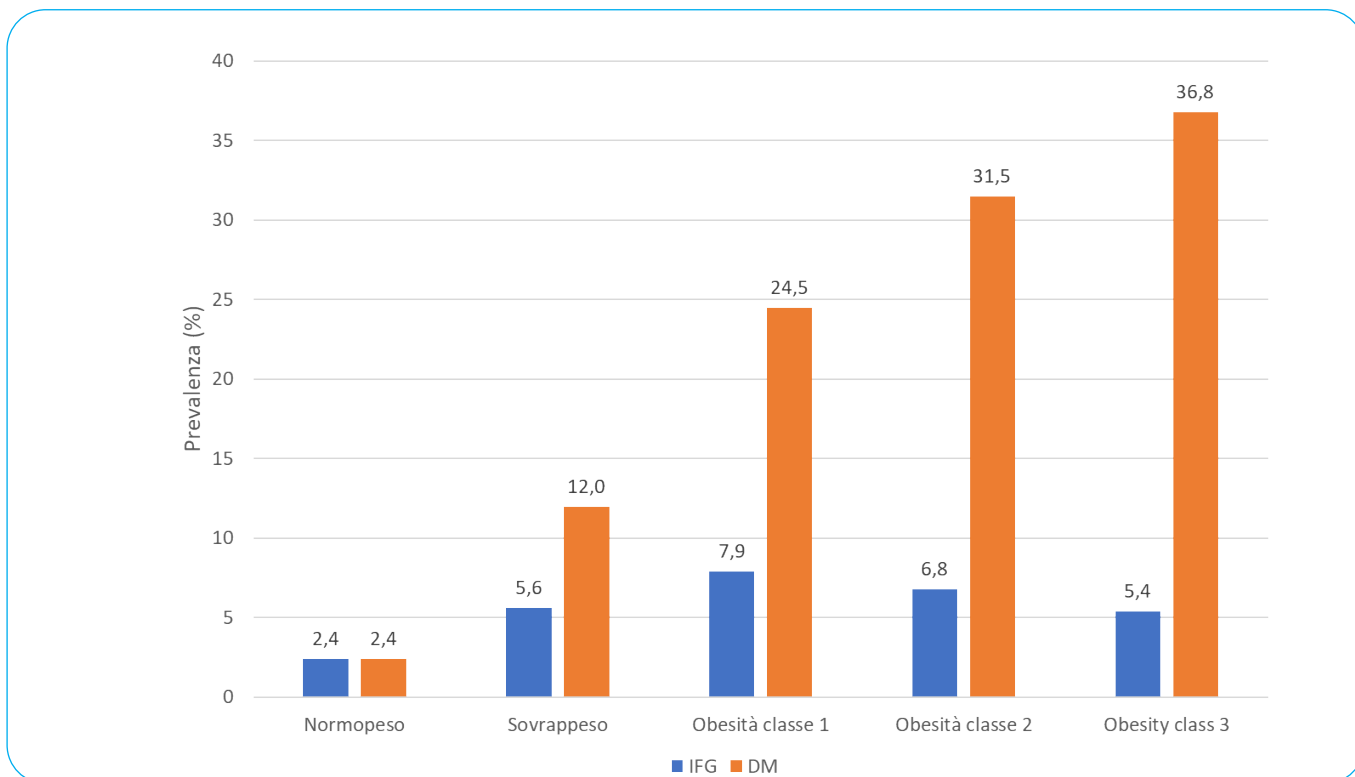
Sono state infine valutate le patologie croniche concomitanti, codificate in base all'International Classification of Disease, Ninth Revision (ICD-9 CM).

Risultati

Complessivamente sono stati analizzati i dati relativi a 991.917 adulti. La prevalenza del sovrappeso era del 39,4%, mentre la prevalenza dell'obesità era dell'11,1% (classe 1: 7,9%, classe 2: 2,3%, classe 3: 0,9%).

La prevalenza delle alterazioni del metabolismo del glucosio aumentava notevolmente con l'aumento dei livelli di BMI (Figura 1). Nell'intera popolazione la prevalenza del diabete è stata dell'8,9%; rispetto ai soggetti nor-

Figura1. Prevalenza di comorbidità in relazione al BMI e alla presenza di alterazioni del metabolismo glicidico.

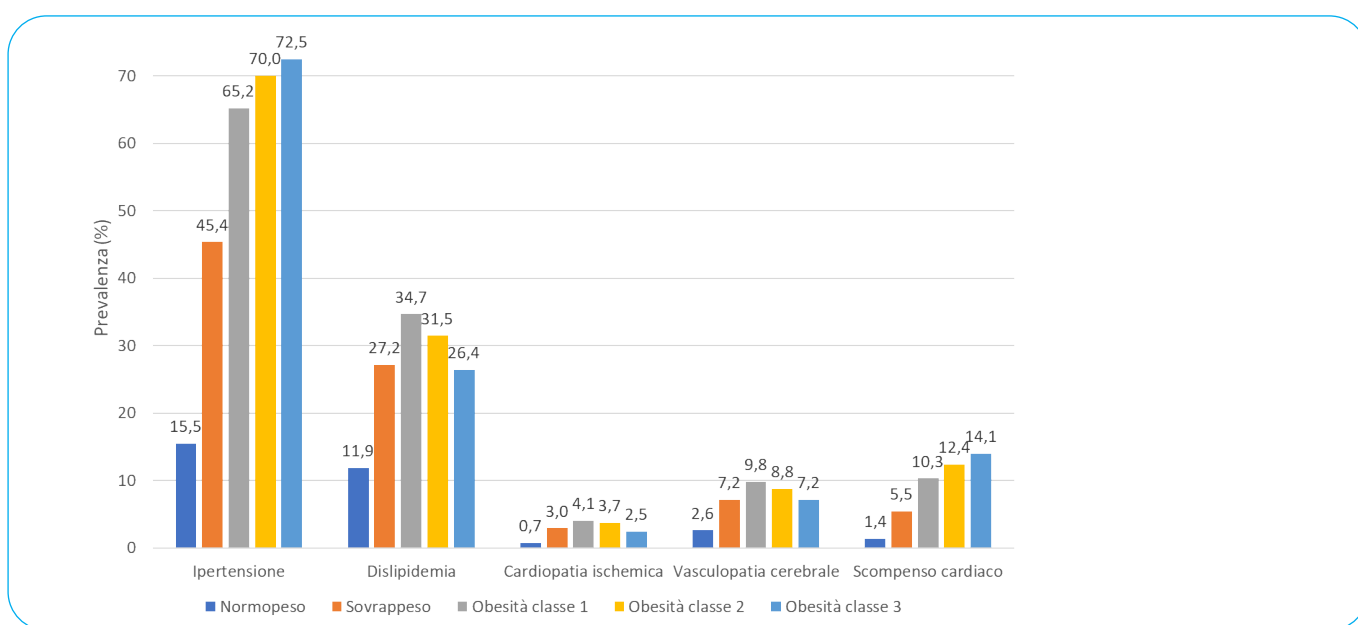


mopeso, la prevalenza del diabete era cinque volte maggiore tra quelli in sovrappeso, dieci volte maggiore tra quelli con obesità di classe 1, 13 volte maggiore tra quelli con obesità di classe 2 e 15 volte maggiore tra quelli con obesità di classe 3. Complessivamente, la prevalenza di IFG è stata del 4,2%, essendo più bassa negli individui

con peso normale (2,4%) e più alta tra quelli con obesità di classe 1 (7,9%), di classe 2 (6,8%), e di classe 3 (5,4%).

Anche la prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare ed eventi cardiovascolari è risultata associata al BMI (Figura 2). In particolare, la proporzione di

Figura 2.. Prevalenza di fattori di rischio e patologie cardiovascolari in relazione alle classi di BMI

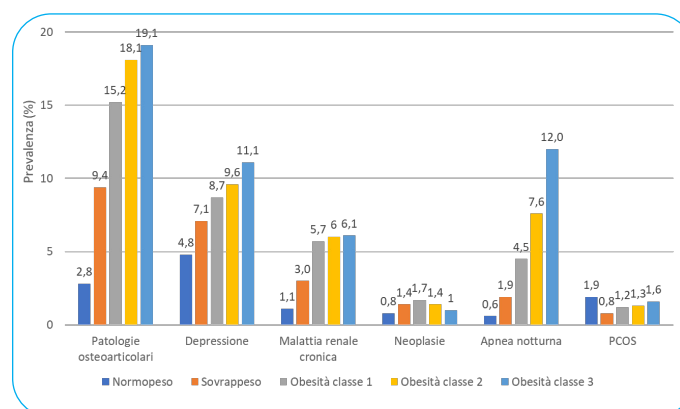


persone affette da ipertensione aumentava linearmente con il BMI, fino a raggiungere il 72,5% tra gli individui gravemente obesi. La prevalenza della dislipidemia ha mostrato un pattern simile a quello dell'IFG, essendo la più bassa tra le persone con peso normale e la più alta tra quelle con obesità di classe 1. Rispetto alle persone con peso normale, la prevalenza di malattia coronarica era 4 volte superiore tra le persone quelli in sovrappeso e 5,5 volte superiore tra quelli con obesità di classe 1, mentre l'eccesso di rischio è risultato leggermente più basso tra gli individui con obesità severa. Allo stesso modo, la prevalenza di malattie cerebrovascolari era circa 3 volte superiore negli individui con qualsiasi livello di sovrappeso, essendo la più alta tra quelli con obesità di classe 1. La prevalenza di insufficienza cardiaca aumentava drammaticamente con l'aumento dei livelli di BMI; in particolare, rispetto al peso normale, l'obesità di classe 3 era associata a una prevalenza dieci volte maggiore di scompenso cardiaco.

Tra le altre condizioni croniche considerate, le malattie osteoarticolari, la depressione, le malattie renali croniche

e le apnee notturne sono risultate notevolmente aumentate con il BMI (Figura 3). Rispetto agli individui con peso normale, quelli con obesità di classe 3 avevano una prevalenza di malattie osteoarticolari sette volte maggiore, una prevalenza di malattia renale cronica di 5,5 volte

Figura 3. Prevalenza di patologie croniche in relazione alle classi di BM



maggiore e un aumento di venti volte della prevalenza di apnea notturna. Tali condizioni sono spesso concomitanti e tendono ad essere più frequenti nelle classi di obesità più alte (il 68,8%, 71,5% e 73,0% di soggetti obesi di classe 1, 2 e 3 presentano \geq 1-3 condizioni cliniche, nello stesso tempo).

La popolazione in studio è stata anche analizzata in base allo stato glicemico all'interno di ciascuna categoria di BMI (tabella). La presenza di IFG ha identificato, all'interno di ciascuna classe di BMI, un sottogruppo di individui con un marcato aumento del rischio di tutte le comorbidità indagate. In particolare, per tutte le classi

Tabella. Prevalenza di comorbidità in relazione al BMI e alla presenza di alterazioni del metabolismo glicidico

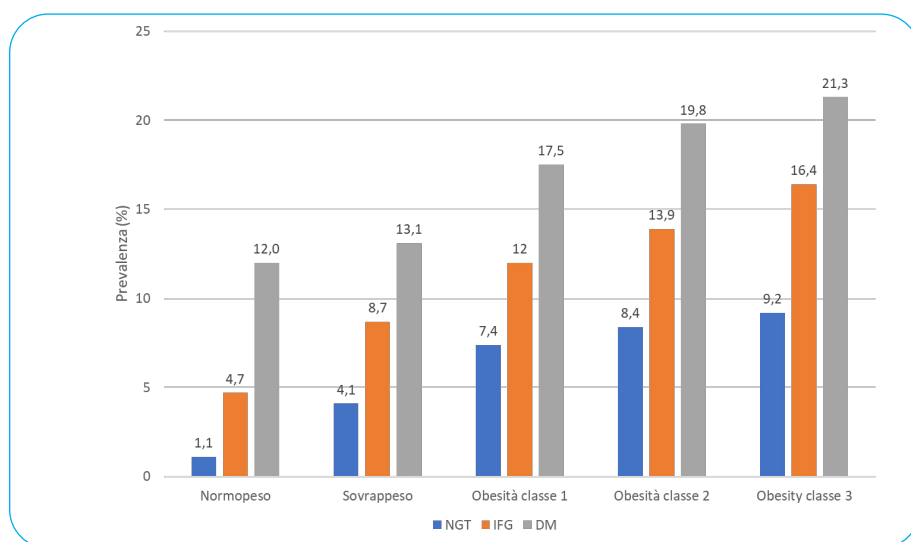
Comorbidità	Normopeso			Sovrappeso			Obesità classe 1			Obesità classe 2			Obesità classe 3		
	NGT	IFG	DM	NGT	IFG	DM	NGT	IFG	DM	NGT	IFG	DM	NGT	IFG	DM
Iperensione	13.3	45.9	65.6	39.8	64.4	72.4	56.9	75.8	83.2	60.6	80.3	84.9	62.4	82.3	86.4
Dislipidemia	10.5	36.9	39.5	24.1	43.0	39.6	29.3	45.7	44.9	25.3	40.1	40.9	19.9	28.8	35.9
Cardiopatia ischemica	0.5	3.0	7.2	2.1	5.4	7.6	2.5	5.7	7.7	2.1	3.8	6.8	1.5	1.7	4.0
Vasculopatia cerebrale	2.0	9.4	18.3	5.5	12.4	15.8	6.8	12.6	16.7	5.9	10.1	13.9	5.1	7.2	10.2
Scompenso cardiaco	1.1	4.7	12.0	4.1	8.7	13.1	7.4	12.0	17.5	8.4	13.9	19.8	9.2	16.4	21.3
Malattie osteoarticolari*	2.4	7.6	12.3	8.3	13.8	14.6	13.2	17.5	19.5	15.3	21.4	22.6	15.2	21.9	24.8
Depressione	4.5	8.6	10.8	6.6	7.9	9.4	7.8	9.1	10.9	8.5	10.0	11.6	9.9	9.1	13.3
Malattia renale cronica	0.8	3.5	9.5	2.1	4.5	8.2	3.7	6.1	10.7	3.4	5.7	11.1	3.8	3.8	10.1
Neoplasie**	0.7	2.6	4.1	1.1	2.1	3.0	1.3	1.9	2.6	0.9	1.6	2.4	0.7	0.6	1.6
Apnea notturna	0.6	1.5	1.2	1.7	3.2	2.7	3.9	6.2	5.6	6.3	10.3	9.6	10.0	12.4	14.8
PCOS***	1.2	0.4	0.4	0.3	0.1	0.3	0.7	0.2	0.2	1.0	0.5	0.4	1.2	0.8	0.8
Nr. di comorbidità															
0	79.9	43.1	23.3	51.4	25.6	19.0	34.8	16.4	10.5	31.7	13.5	9.5	29.9	13.5	8.1
1-3	19.8	55.2	70.6	47.3	71.1	75.0	62.5	78.5	80.7	65.1	80.5	80.6	66.3	80.2	89.0
>3	0.4	1.8	6.1	1.3	3.3	6.0	2.7	5.1	8.8	3.2	6.0	9.9	3.8	6.3	9.9

* Osteoartrosi dell'anca e del ginocchio
 ** Esofago, stomaco, intestino, colon, retto, fegato, colecisti, pancreas.
 *** Sindrome dell'ovaio policistico

di BMI, l'IFG è stato associato ad un notevole aumento della prevalenza di ipertensione e dislipidemia, nonché della proporzione di individui affetti da malattia coronarica, malattia cerebrovascolare e insufficienza cardiaca. La presenza del diabete ha ulteriormente aumentato il rischio di tutte le condizioni croniche studiate. Da notare che la prevalenza della malattia coronarica e della malattia cerebrovascolare tra gli individui con diabete era

molto simile tra le classi di BMI, con l'eccezione di una minore prevalenza tra le persone con obesità molto grave, suggerendo che il diabete di per sé, piuttosto che l'eccesso di peso, gioca il ruolo principale nell'aumento del rischio cardiovascolare. Allo stesso modo, la prevalenza della malattia renale cronica era marcatamente più alta in presenza di diabete, ma senza differenze sostanziali tra le classi di BMI. D'altra parte, la percentuale di

Figura 4. Prevalenza di scompenso cardiaco in relazione alle classi di BMI e alla presenza di alterazioni del metabolismo glicidico.



persone con insufficienza cardiaca era drammaticamente aumentata in presenza di DM e aumentava linearmente con l'aumento del BMI, suggerendo un effetto additivo dell'eccesso di peso corporeo e delle alterazioni della glicemia (Figura 4). Anche le malattie osteoarticolari e la depressione sono state registrate più frequentemente in presenza di diabete e la loro prevalenza è aumentata con l'aumento dei livelli di BMI.

Conclusioni

L'analisi di un ampio database clinico della Medicina Generale, rappresentativo della popolazione italiana, ha confermato che l'eccesso di peso corporeo è estremamente comune nel nostro Paese, colpendo metà degli adulti. I nostri risultati sono in linea con le recenti stime dell'OMS, secondo cui un cittadino su due in Europa è sovrappeso o obeso [2].

Lo studio conferma l'elevato impatto clinico dell'eccesso di peso: sia il sovrappeso che l'obesità sono risultati associati a una crescente prevalenza di un'ampia gamma di diverse condizioni croniche, tra cui malattie cardiovascolari, malattie renali croniche, malattie osteoarticolari, depressione, apnea notturna e neoplasie del tratto gastrointestinale.

Le alterazioni del metabolismo del glucosio sono particolarmente legate al sovrappeso e all'obesità: il diabete è stato registrato in una persona su sette con peso normale, una persona su quattro in sovrappeso, una persona su tre con obesità di classe 1 e 2 e quattro persone su dieci gravemente obese. La presenza del diabete influenza fortemente la probabilità di soffrire di altre condizioni croniche. Inoltre, uno stato di pre-diabete, come indicato dalla presenza di alterata glicemia a digiuno, era associato ad un elevato rischio di comorbidità maggiori, suggerendo un continuum nel rischio correlato alle anomalie glicemiche. Nel complesso, i dati mostrano che la prevalenza delle tipiche comorbidità associate a sovrappeso e obesità non è uniforme all'interno di ciascuna classe di BMI e che le alterazioni del metabolismo del glucosio aiutano a identificare i sottogruppi con un aumento sostanziale del rischio di altre condizioni croniche. Da notare, le persone con obesità molto grave hanno mostrato tassi più bassi di alcune malattie concomitanti, in particolare malattie coronariche e malattie cerebrovascolari, rispetto agli individui con obesità di classe 1 e 2. Sebbene questi risultati possano suggerire una maggiore attenzione nel controllare i principali fattori di rischio cardiovascolare in la presenza di un BMI più elevato, l'esistenza di un bias di sopravvivenza non può essere esclusa. Infatti, i tassi di mortalità tra gli individui con obesità molto grave tendono ad essere più elevati [10], determinando così una selezione dei casi meno gravi. D'altra parte, la prevalenza di quelle condizioni tipicamente associate all'eccesso di peso corporeo, come le malattie osteoarticolari e le apnee notturne, aumentava linearmente all'aumentare del peso corporeo.

L'insufficienza cardiaca e le malattie renali croniche meritano una considerazione particolare. Queste condizioni sono strettamente interconnesse, portando alla connotazione di "sindrome cardiorenale" [11] e sono correlate all'iperglicemia. Il peso globale della malattia renale cronica è considerevole e in crescita: si stima che circa il 10% degli adulti nel mondo ne sia colpito, con 1,2 milioni di morti e 28 milioni di anni di vita persi ogni anno [12]. L'insufficienza cardiaca cronica colpisce oltre 64 milioni di persone nel mondo e i casi prevalenti e gli anni vissuti con disabilità sono aumentati rispettivamente del 91,9% e del 106,0% rispetto al 1990 [13]. Precedenti studi hanno dimostrato che anche gli individui obesi metabolicamente sani sono a maggior rischio sia di malattia renale cronica [14] che di insufficienza cardiaca [15] e che entrambe queste condizioni in soggetti normopeso, sovrappeso e obesi aumentano con l'aumentare del numero di anomalie metaboliche.

Lo studio ha importanti implicazioni per la pratica clinica. Esso fornisce una stima aggiornata dell'impatto clinico dell'eccesso di peso in Italia e suggerisce fortemente la necessità di intervenire per limitare la crescita della pandemia di obesità. Lo studio mostra chiaramente che aumenti anche moderati del peso corporeo, nel range del sovrappeso, sono associati ad una maggiore prevalenza di molte patologie croniche, suggerendo così la necessità di intervenire in modo tempestivo ed efficace per contrastare l'aumento di peso. Lo studio mostra inoltre che la concomitanza di sovrappeso e alterazioni del metabolismo del glucosio, anche prima dello stadio di diabete conclamato, aumenta ulteriormente il rischio di comorbidità. È quindi necessario un approccio proattivo per identificare le alterazioni del metabolismo del glucosio e affrontarle con specifici interventi sia sugli stili di vita che farmacologici. Questi risultati sono particolarmente rilevanti per la Medicina Generale, che rappresenta la prima linea nella lotta contro l'obesità, il diabete e le relative comorbidità. Affrontare il doppio onere dell'eccesso di peso e dell'iperglicemia rappresenta una sfida importante e una priorità sanitaria.

Referenze

1. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, et al Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 377, 13-27 (2017).
2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>
3. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2016. <https://www.istat.it/it/archivio/202040>
4. Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C.L., Anis, A.H. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 9,88 (2009).
5. Hossain, P., Kavar, B., El Nahas, M. Obesity and diabetes in the developing world - a growing challenge. *N Engl J Med.* 356, 213–215 (2007).
6. Oldridge, N.B., Stump, T.E., Nothwehr, F.K., Clark, D.O. Prevalence and outcomes of comorbid metabolic and cardiovascular conditions in middle- and older-age adults. *J Clin Epidemiol.* 54, 928–934 (2001).
7. Tabák, A.G., Jokela, M., Akbaraly, T.N., et al. Trajectories of glycaemia, insulin sensitivity, and insulin secretion before diagnosis of type 2 diabetes: an analysis from the Whitehall II study. *Lancet.* 373, 2215–2221 (2009).
8. Vistisen, D., Witte, D.R., Brunner, E.J., et al. Risk of cardiovascular disease and death in individuals with prediabetes defined by different criteria: the Whitehall II study. *Diabetes Care.* 41, 899–906 (2018).
9. International Diabetes Federation. International diabetes Federation atlas. 10th edition, 2021. Available: https://diabetesatlas.org/idfa/wp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
10. Xu, H., Cupples, L.A., Stokes, A., Liu, C.T. Association of Obesity With Mortality Over 24 Years of Weight History: Findings From the Framingham Heart Study. *JAMA Netw Open.* 1, e184587 (2018)
11. Ronco, C., Haapio, M., House, A.A., et al. Cardiorenal syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 52, 1527-1539 (2008)
12. Bikbov, B., Purcell, C.A., Levey, A.S., et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 395, 709–733 (2020).
13. Caleyachetty, R., Thomas, G.N., Toulis, K.A., et al. Metabolically Healthy Obese and Incident Cardiovascular Disease Events Among 3.5 Million Men and Women. *J Am Coll Cardiol.* 70, 1429-1437 (2017).
14. Alizadeh, S., Esmaili, H., Alizadeh, M., et al. Metabolic phenotypes of obese, overweight, and normal weight individuals and risk of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Arch Endocrinol Metab.* 63, 427-437 (2019).
15. Tromp, J., Paniagua, S.M.A., Lau, E.S., et al. Age dependent associations of risk factors with heart failure: pooled population based cohort study. *BMJ.* 372, n461 (2021).





L'impatto economico dell'obesità in Italia

Margherita D'Errico¹, Federico Spandonaro²

¹C.R.E.A. Sanità

²Università San Raffaele Roma, C.R.E.A. Sanità

1. Introduzione

Secondo recenti stime, il trattamento dell'obesità e delle relative comorbidità costerà in media l'8,4% della spesa sanitaria totale mondiale.¹ In mancanza di un cambio di tendenza, si prevede una prevalenza dell'obesità pari o superiore al 20,0% entro il 2025 in molti paesi europei, con conseguenze drammatiche per l'assistenza sanitaria.² La letteratura evidenzia inoltre l'impatto negativo dell'obesità sulla produttività lavorativa (es., assenze per malattia, riduzione della produttività ecc.), dove si prevede una perdita equivalente a 6 milioni di lavoratori full-time entro il 2050.^{1,3}

L'Italia non risulta immune dallo scenario appena descritto. Il governo italiano ha tentato interventi a livello di popolazione per il contenimento di questa sfida sanitaria.⁴ Tuttavia, gli interventi non sembrano aver sortito gli effetti sperati e gli ultimi rapporti nazionali segnalano un trend di obesità in costante aumento.⁵⁻⁷

Misure accurate del burden economico dell'obesità sono essenziali per sensibilizzare l'opinione pubblica e sviluppare politiche sanitarie efficaci. Un valido strumento per la quantificazione di questi costi è rappresentato dagli studi cost-of-illness (COI); che mirano a identificare, misurare e riportare in termini monetari tutti i costi che derivano da una specifica malattia.⁸

Sebbene gli studi COI siano strumenti efficaci, la quantificazione dei costi diretti e indiretti dell'obesità rimane un compito complesso a causa della sua natura multifattoriale.^{9,10} Uno studio italiano ha utilizzato stime basate sulle prescrizioni dei medici di base (MMG) in relazione all'IMC dei loro pazienti, evidenziando un aumento del 30,0% nell'utilizzo delle risorse sanitarie nella popolazione obesa. Nel 2012, uno studio ha stimato che i soli costi diretti dell'obesità sarebbero responsabili del 4,0% della spesa sanitaria totale italiana, per un totale di € 4,5 mld.^{5,6}

Nonostante la letteratura nazionale e internazionale fornisca già importanti informazioni sul burden dell'obesità, le conoscenze attuali non offrono tuttora una descrizione accurata del fenomeno per i decision-maker italiani.^{10,11}

Pertanto, il presente studio si propone di stimare il burden economico dell'obesità in Italia, al fine di supportare la progettazione di nuove strategie dirette ad affrontare questa problematica in costante crescita.

2. Metodi

2.1. Design dello studio e input del modello

Lo studio COI qui presentato considera i costi sanitari diretti e le perdite di produttività¹² ed utilizza dati aggregati sulla mortalità, morbilità e altri indicatori correlati alla malattia¹³ Dopo aver individuato i dati di prevalenza, i costi sono stati calcolati su base annuale, utilizzando la Population Attributable Fraction (PAF), che rappresenta una stima della percentuale della popolazione di pazienti (per ciascuna comorbidità) attribuibile all'obesità (esposizione) ed evidenzia il nesso causale tra l'esposizione e la comorbidità.¹⁴ I dati di prevalenza sono stati desunti dalla letteratura,^{6,15} sulla base dei seguenti criteri di inclusione: (1) indagine sulla prevalenza dell'obesità (IMC ≥ 30 kg/m²), (2) dati relativi alla popolazione italiana, (3) segnalazione di misure di IMC per adulti (≥ 18 anni). I dati sono stati validati utilizzando nove criteri basati sulla metodologia della Fondazione Essnet Valida^{1,16} assegnando un punteggio maggiore nel caso di raccolta di dati misurati, data la maggiore solidità rispetto a dati self-reported.¹⁷⁻¹⁹

La fonte con il maggior punteggio è stata scelta per l'analisi. Infine, il numero di interventi di chirurgia bariatrica è stato stimato considerando i pazienti eleggibili (obesità classe II e III), di cui solo l'1,4% riceve in media l'intervento, come riportato dal rapporto italiano "Osservatorio PariSanità": 20 Sono stati considerati i costi associati a malattie cardiovascolari (MVC) (angina, fibrillazione atriale, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, ischemia, infarto del miocardio, embolia polmonare, ictus), diabete e cancro (mammella, colon-retto, rene, leucemia, fegato, esofago, ovaie, pancreas, prostata, tiroide, utero).^{15,21} Dopo aver desunto i valori di prevalenza dalla letteratura,

si è proceduto al calcolo dei rischi relativi (RR) attribuibili all'obesità per ciascuna patologia, successivamente utilizzati per calcolare la PAF, al fine di identificare quale percentuale della popolazione di pazienti è attribuibile all'obesità (esposizione).¹⁴ La frazione della popolazione con una determinata patologia in conseguenza all'obesità è stata calcolata moltiplicando la popolazione totale affetta da quella patologia per la PAF di quella patologia.

2.3. Valutazione dei costi

L'analisi include costi diretti sia attribuibili esclusivamente all'obesità (chirurgia bariatrica), che attribuibili alle comorbidità, considerando i farmaci, i ricoveri, il monitoraggio e gli eventi avversi. I costi totali della bariatrica sono stati quantificati partendo dalle stime riportate nel rapporto "Osservatorio PariSanità" e considerando l'1,4% della popolazione eleggibile (obesi classe II e III).²⁰ I costi attribuibili a ciascuna comorbidità sono stati stimati desumendo i costi pro-capite dalla letteratura, successivamente moltiplicati per la PAF specifica. Tutti i costi presentati sono stati adeguati al 2020.

Per quanto concerne i costi indiretti e le perdite di produttività, i costi medi pro-capite di presenteeismo e assenteismo sono stati estratti da Gupta e al.²² che ha adottato l'approccio del capitale umano. I costi attribuibili all'obesità sono stati assunti pari alla differenza tra i costi riportati per gli individui normopeso e per la popolazione obesa, successivamente moltiplicata per il numero di obesi per ottenere i costi a livello di popolazione. Infine, analisi di sensibilità deterministica e probabilistica sono state condotte al fine di convalidare i risultati dello studio.

3. Risultati

3.1. Input del modello

I dati sulla prevalenza sono stati estratti da banche dati population-based che hanno indagato l'obesità nella popolazione adulta italiana (Tabella 1). La prevalenza dell'obesità varia dal 10,8% riportato da EUROSTAT²³ al 25,8% riportato dal Progetto CUORE (OEC/HES)⁷. Valori simili si riscontrano nei database che hanno raccolto dati

Tabella 1. Dati di prevalenza per le classi di indice di massa corporea (BMI) (obesità, sovrappeso, normale, sottopeso) per gli adulti in Italia provenienti da sette diversi database.

Fonte, anno	Dati	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obeso
		IMC<18.50 (%)	18.50≥IMC>25 (%)	25≥IMC>30 (%)	IMC ≥30 (%)
Health Search, 2010 ²¹	misurati	2,7	40,8	36,9	19,7*
Health Search, 2012 ²⁴	misurati	2,3	38,1	37,4	22,2**
Progetto CUORE, 201 ²⁷	misurati	-	-	40,5*	25,8*
Global Burden of Disease, 2013 ⁴⁰	misti	-	-	49,9*	18,2*
Global Burden of Disease, 2015 ³⁰	misti	-	-	34,0*	11,0*
EUROSTAT (EHIS), 2015 ²³	self-reported	3,3	51,9	34,1	10,8
Global Health Observatory, 2016 ⁵⁷	misurati	0,8	35,1*	41,2*	22,9
ISTAT multipurpose, 2018 ⁵⁸	self-reported	3,0	50,3	35,7	11,0
Indagine Passi, 2018 ⁵⁹	self-reported	3,1*	54,4*	31,6	10,9

*valore derivato; **ulteriormente stratificati in obesità classe I: 72.8%; classe II: 20.1%; classe III: 7.2% IMC = Indice di massa corporea

self-reported (~10,5%) o misurati (~20%). Lo studio GBD condotto nel 2015 ha riportato valori simili a quelli di Istat, EUROSTAT e PASSI, pur utilizzando sia dati self-reported che misurati. A seguito della validazione dei dati, la banca dati Health Search è stata scelta per le analisi successive.

Il numero di pazienti sottoposti alla bariatrica è stato calcolato utilizzando le prevalenze per classe di IMC ripor-

tate da Colao et al.²⁴, risultando nella stima di 41.880 interventi nel 2020. I dati sulla prevalenza di diabete e MCV sono stati ricavati da Atella et al.²¹, Giampaoli et al.²⁵ e Moretti et al.²⁶ e moltiplicati per la popolazione italiana adulta dell'anno corrispondente. Tutti i dati di prevalenza si riferiscono al 2014, ad eccezione delle malattie cerebrovascolari (prevalenza nel 2012) e dell'embozia polmonare (prevalenza nel 2007). La popolazione

italiana è quella Istat (Istat 2007, 2012, 2014). Successivamente, i RR sono stati estratti da cinque studi, selezionando, quando possibile, dati misurati da popolazioni di studio europee: il progetto europeo DYNAMO-HIA,⁹ la meta-analisi di Guh et al.²⁷ di studi statunitensi (55%) ed europei (40%); lo studio di coorte di Wilson et al.²⁸; la meta-analisi di Wanahita et al.²⁹; e il Global Burden of Disease, che ha studiato il peso dell'obesità a livello mondiale.³⁰ Dopo aver identificato i RR e la PAF per ogni patologia considerata, si è proceduto al calcolo dei costi.

3.2. Valutazione dei costi

Per ottenere i costi totali della bariatrica, i costi pro-capite desunti dal rapporto "Osservatorio PariSanità",²⁰ ovvero € 5.779, sono stati moltiplicati per il numero di interventi stimati nel 2020, sulla base dei requisiti delle linee guida SICOB,³¹ e del tasso di pazienti sottoposti alla bariatrica in Italia²⁰

I costi pro-capite per le comorbidità incluse sono stati ricavati da studi pubblicati. Considerando i costi adattati al 2020, Marcellusi et al.³² hanno riportato un costo pro-capite di € 353,0 per il diabete in assenza di comorbidità. I costi diretti annuali sono stati di € 3.597,0 per la fibrillazione atriale,³³ € 12.028,0 per l'insufficienza cardiaca,³⁴ € 272,0 per l'ipertensione,³⁵ € 11.584,0 per l'infarto miocardico,³⁶ € 1.496,0 per l'embolia polmonare,³⁷ € 7.419,0 per l'ictus.³⁸ In mancanza di dati di costo pro-capite per l'angina, le malattie cerebrovascolari e l'ischemia, si è proceduto al calcolo di un costo medio delle MCV considerate.

Analogamente, i costi specifici per le tipologie tumorali considerate sono stati stimati utilizzando i dati di Jönsson et al.,³⁹ assumendo un costo medio pro-capite uguale per tutti i pazienti oncologici. Per ottenere i costi diretti totali, il numero di casi di diabete, MCV e cancro (Tabella 2, Tabella 3) attribuibili all'obesità sono stati moltiplicati per i costi pro-capite (Tabella 4).

Tabella 2. Casi di malattie cardiovascolari (CVD) e diabete associati all'obesità in Italia stimati utilizzando la Population Attributable Fraction (PAF). La PAF è stata precedentemente calcolata per ogni patologia inclusa, utilizzando i rischi relativi (RR) estratti da quattro diversi studi.

	Popolazione*	Prevalenza (%)	Casi in Italia	RR**	PAF (%)	Casi attribuibili all'obesità
Malattie cardiovascolari						
Angina	43.054.180	0,8	344.433	1,96W	18,0	60.510
Fibrillazione atriale	43.054.180	2,9	1.248.571	1,49Wa	10,0	122.495
Malattie cerebrovascolari	38.056.749	0,7	266.397	1,54W	11,0	28.517
Congestive heart failure	43.054.180	1,3	559.704	1,79G	15,0	83.514
Iperensione	43.054.180	30,0	12.916.254	2,41GBD	24,0	3.079.196
Ischemia	43.054.180	3,5	1.506.896	2,00D	18,0	273.757
Infarto miocardico	43.054.180	1,0	430.542	1,44W	9,0	38.313
Embolia polmonare	36.548.850	0,02	6.908	3,51G	36,0	2.472
Ictus	43.054.180	4,9	2.109.655	1,56D	11,0	233.272
Malattie endocrinologiche						
Diabete	43.054.180	8,0	3.444.334	6,25D	54,0	1.853.785

*Popolazione Italiana over 35, ISTAT 2007, 2012, 2014

** RR è derivato calcolando il valore medio dei RR femminili e maschili ricavati da studi precedentemente pubblicati; GBD= Global Burden of Disease, 2015; D= DYNAMO-HIA, 2010; G = Guh et al.

2009; W = Wilson et al, 2002; Wa= Wanahita et al., 2008

Tabella 3. Casi di cancro associati all'obesità in Italia stimati utilizzando la Population Attributable Fraction (PAF). La PAF è stata precedentemente calcolata per ogni patologia inclusa, utilizzando i rischi relativi (RR) estratti da quattro diversi studi.

Tipologia	Proporzione (%)*	Casi in Italia	RR**	PAF (%)	Casi attribuibili all'obesità
Totale	100,0	2.243.953	-	-	-
Seno	23,3	522.235	1,25D	5,0	27.460
Colon-retto	13,2	296.687	1,25D	5,0	15.600
Rene	3,8	84.413	1,68D	13,0	11.072
Leucemia	2,3	51.378	1,11GBD	2,0	1.225
Fegato	1,0	21.416	1,24GBD	5,0	1.083
Esofago	0,2	3.700	2,3D	22,0	829
Ovarie	1,7	37.829	1,04GBD	1,0	333
Pancreas	0,4	9.636	1,08GBD	2,0	168
Prostata	9,7	216.716	1,05G	1,0	2.379
Tiroide	3,6	81.129	1,18GBD	4,0	3.117
Utero	4,1	91.689	1,61GBD	12,0	10.936

* proporzioni tratte dal rapporto AIOM, 2014

** RR è derivato calcolando il valore medio dei RR femminili e maschili recuperati da studi precedentemente pubblicati; GBD= Global Burden of Disease, 2015; D= DY-NAMO-HIA, 2010; G = Guh et al. 2009

Tabella 4. Costi diretti attribuibili all'obesità in milioni di euro per chirurgia bariatrica, cancro, malattie cardiovascolari (CVD) e diabete, aggiustati al 2020.

Patologia	Costi sanitari diretti attribuibili all'obesità (mln.)
Chirurgia	
Chirurgia bariatrica	€242,0
Tumore del	
Seno	€123,3
Colon-retto	€70,0
Rene	€49,7
Leucemia	€5,5
Fegato	€4,9
Esofago	€3,7
Ovarie	€1,5
Pancreas	€0,8
Prostata	€10,7
Tiroide	€14,0
Utero	€49,1
Malattie cardiovascolari	
Angina	€367,1
Fibrillazione atriale	€440,6
Malattie cerebrovascolari	€173,0
Congestive heart failure	€1.004,5
Iipertensione	€837,5
Ischemia	€1.660,6
Infarto miocardico	€443,8
Embolia polmonare	€3,7
Ictus	€1.730,6
Malattie endocrinologiche	
Diabete	€654,4
Costi diretti sanitari totali	€7.891,0

I costi indiretti attribuibili al presentismo e l'assenteismo, adeguati al 2020, sono stati estratti da Gupta et al;²² uno studio che ha considerato l'UE5 (Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito) e stimato i costi indiretti annuali utilizzando il metodo del capitale umano, riportando la media dei valori ottenuti per i cinque Paesi inclusi (€ 3.409,0 per i normopeso; € 3.633,0 per obesi classe I, € 4.077,0 per i classe II, € 5.307,0 per i classe III). Per i calcoli successivi, i costi attribuibili all'obesità sono stati assunti pari alla differenza tra i costi riportati per i normopeso e per gli obesi. I costi di assenteismo e del presentismo sono stati calcolati separatamente per le tre classi di obesità (€ 129,0; € 415,0; € 857,0 rispettivamente per l'assenteismo nelle classi I, II, III; € 124,0; € 372,0; € 1.299,0 per il presentismo nelle classi I, II, III rispettivamente). Il numero di dipendenti obesi è stato calcolato utilizzando i dati di prevalenza dell'obesità nel 2012 [23] su un totale di 10.957.666 individui (adulti italiani nel 2012, ISTAT). I costi pro-capite sono stati moltiplicati per il numero di dipendenti obesi, ottenendo un totale di costi indiretti pari a € 2,6 mld. per l'assenteismo e € 2,83 mld. per il presentismo (Tabella 5).

Tabella 5. Costi attribuibili all'obesità in miliardi di euro in Italia nel 2020

Costi diretti sanitari		
Chirurgia bariatrica	€0,24	1,8%
Diabete	€0,65	4,9%
Malattie cardiovascolari	€6,66	49,9%
Cancro	€0,33	2,5%
Costi diretti totali	€7,89	59,2%
Costi indiretti		
Assenteismo	€2,62	19,6%
Presenteismo	€2,83	21,2%
Costi indiretti totali	€5,45	40,8%
Totale	€13,34	100,0%

I costi complessivi attribuibili all'obesità nel 2020 per l'Italia ammontano a € 13,34 mld. (Tabella 5), di cui € 0,24 mld. per la bariatrica, € 0,65 mld. per il diabete, € 6,66 mld. per le MCV, € 0,33 mld. per il cancro e € 5,45 mld. di perdita di produttività. I costi sanitari diretti rappresentano il 59,2% dei costi complessivi, e i costi indiretti rappresentano il 40,8%.

I risultati del modello sono stati validati eseguendo un'analisi di sensibilità deterministica, testando alcune delle variabili considerate. La prevalenza dell'obesità risulta essere la variabile con il maggior impatto sui costi totali, con un minimo di € 12,13 mld. a seguito di una riduzione della prevalenza del 10,00% e un massimo di € 14,52 mld. a seguito di un aumento del 10,00%. Inoltre, i risultati sono stati convalidati eseguendo un PSA. A seguito di 1.000 simulazioni, i costi totali dell'obesità hanno mostrato un intervallo di credibilità del 95,00% di € 8,99 mld. < μ < € 17,80 mld.

4. Discussione

Questo studio si è proposto di stimare i costi diretti e indiretti dell'obesità in Italia nel 2020. In Italia non vi è attualmente un reale consenso sulla prevalenza dell'obesità (IMC \geq 30 kg/m²) che varia, a seconda delle fonti, tra il 10,80%²³ e il 25,80%,⁷ più probabilmente a causa del metodo di raccolta dei dati adottato. Gli studi con dati "self-reported" riportano in media il 12,00% di obesi in meno rispetto agli studi che utilizzano dati misurati. Questa discrepanza è supportata da una letteratura che riporta una sottostima della prevalenza dell'obesità con l'utilizzo di dati "self-reported".¹⁷⁻¹⁹ Per

le analisi sono stati dunque utilizzati i dati misurati di Health Search (prevalenza del 22,2% - classe I: 72,8%; classe II: 20,1%; classe III: 7,2%).²⁴

I costi totali diretti includono come componenti principali la chirurgia bariatrica e i costi delle patologie associate all'obesità. Ricerche precedenti hanno ampiamente descritto l'associazione dell'obesità con il diabete e le MCV, che sono state quindi incluse nell'analisi (Tabella 3). Sono state inoltre incluse undici forme tumorali, a seguito della crescente evidenza della loro associazione con l'obesità.^{10,40} Il ruolo del cancro nel burden economico dell'obesità ha rappresentato un elemento di particolare interesse, essendo attualmente poco esplorato in Italia. I costi diretti stimati ammontano a € 7,89 mld.; di cui il 49,9% è attribuibile alle MCV (€ 6,66 mld.), mentre, tra le voci di spesa incluse, i costi della bariatrica hanno impattato in forma minore (€ 0,24 mld.).

I costi dell'ipertensione e del diabete ammontano rispettivamente a € 0,84 e € 0,65 mld, in linea con le stime riportate in letteratura^{21,41,42} Sono da evidenziare i costi dell'ischemia (€ 1,65 mld.) e ictus (€ 1,72 mld.), due volte più alti del diabete e dell'ipertensione, probabilmente in conseguenza della strategia di selezione delle categorie di costo. Infatti, i costi pro-capite dell'ischemia considerati sono la media delle altre MCV e i costi dell'ictus sono stati presi da uno studio che non teneva conto delle comorbidità, determinando probabilmente una sovrastima dei costi³⁸ Al contrario, i costi del diabete e dell'ipertensione sono stati ottenuti da studi che differenziavano i costi in presenza/assenza di comorbidità.^{32,35} In questo caso, il valore più basso è stato selezionato in modo prudenziale, probabilmente determinando una sottostima dei costi. La chirurgia bariatrica è stata associata ad un costo totale pari a € 0,24 mld., derivanti dal trattamento dell'1,4% della popolazione di eleggibili²⁰ Questo tasso, allineato con quello di altri Paesi europei, come la Germania (>1,0%)^{43,44} e il Regno Unito (0,002%)⁴⁵ indica un grave sottotrattamento degli obesi che necessitano di interventi di perdita di peso in Italia. I costi indiretti ammontano a € 5,45 mld. (€ 2,62 mld. per l'assenteismo; € 2,83 mld. per il presenteismo) (Tabella 5). Tre studi COI tedeschi hanno riportato risultati simili a quelli qui presentati: Effertz et al. hanno stimato \$ 4,97 mld. di costi indiretti attribuibili all'obesità nel 2016,⁴⁶ Konnopka et al. hanno stimato € 5,00 mld. nel 2002,⁴¹ e Knoll et al.⁴⁷ hanno previsto € 3,6 mld., che rappresentano l'1,4% e il 2,2% della spesa sanitaria tedesca.^{48,49} rispetto ai costi qui riportati (~4,8% della spesa sanitaria italiana nel 2019).⁵⁰ Uno studio COI ca-

nadese ha stimato costi inferiori per l'assenteismo (\$ 187,0 mln. contro € 676,0 mln. per obesi di classe III).⁵¹ Tuttavia, lo studio canadese utilizza dati di IMC "self-reported", che, come discusso in precedenza, potrebbero risultare in una sottostima dei costi. Gli studi condotti negli Stati Uniti hanno riportato costi indiretti più elevati, forse a causa dei differenti valori di prevalenza. Ad esempio, Ricci et al. stimano \$ 11,7 mld., considerando una prevalenza del 42,0%.⁵² La questione dell'eterogeneità dei valori di prevalenza e conseguentemente del burden dell'obesità è ulteriormente evidenziata nella pubblicazione di Okunogbe et al., che ha riportato costi pro-capite che vanno dai \$ 20,00 in Africa sino ai \$ 872,00 negli Stati Uniti.⁵³

Nella presente analisi, i costi totali dell'obesità in Italia per il 2020 ammontano a € 13,34 mld. Questi costi sono superiori a quelli proposti da Atella et al. nel 2012, che hanno stimato un burden di € 4,5 mld. utilizzando un approccio bottom-up e i dati di Health Search.^{5,21} Ciò potrebbe essere dovuto all'adozione in questo studio di un approccio top-down e dall'uso della PAF, possibilmente risultanti in una duplicazione dei costi. Konnopka et al. riportano costi pari a circa € 10,0 mld. nel 2002 in Germania.⁴¹ Adeguali al 2020, i costi totali sono € 12,0 mld, in linea con i risultati qui presentati.

Nelle analisi di sensibilità condotte per affrontare l'incertezza dei dati nel modello, una riduzione del 10,0% della prevalenza dell'obesità presenta l'impatto maggiore sui costi, con una riduzione di € 2,4 mld., sottolineando l'importanza di misure accurate di prevalenza nelle valutazioni economiche dell'obesità. La PSA ha restituito un intervallo di credibilità di € 8,99 mld. $< \mu < € 17,80$ mld.

Nel confronto dei risultati di questo studio con altri studi simili, un aspetto sfidante è rappresentato dall'eterogeneità dei fattori contingenti degli studi (es. prezzi dei farmaci, caratteristiche demografiche ecc.).^{54,55} Ciò evidenzia l'importanza di disporre di studi che affrontino il burden dell'obesità in Italia, al fine di facilitare il confronto delle evidenze e affrontare la sfida della trasferibilità dei dati.

Il modello qui proposto presenta significativi punti di forza, quali lo sviluppo di uno strumento di validazione per la selezione di fonti di dati input accurate e la valutazione del contributo di ciascuna comorbidità separatamente, con l'obiettivo di rappresentarne accuratamente il "peso". Ad esempio, Konnopka et al. raggruppano le patologie in categorie (neoplasie, MCV ecc.), ipotizzando costi uguali per le malattie della stessa categoria⁴¹

Tuttavia, queste patologie possono avere costi diversi, come per l'ipertensione e l'ictus, che nella nostra analisi risultano in costi diretti rispettivamente di € 272,0 e € 7.419,0. Inoltre, questo studio fornisce dati a livello di popolazione, mentre studi precedenti riportano aumenti percentuali di utilizzo dell'assistenza sanitaria o costi medi pro-capite.^{21,56}

È consigliabile per il futuro un superamento dei limiti di questo studio, come l'esclusione dei minorenni dall'analisi a causa dell'eterogeneità delle fonti di dati di input. Inoltre, questo studio non considera variazioni di costi diretti tra classi di obesità (I, II, III), non tenendo dunque conto della differenza di rischio di comorbidità tra classi. Non si considera, inoltre, che gli obesi spesso presentino comorbidità multiple con un effetto "sinergico" più che "additivo", con dinamiche che potrebbero non essere riflesse nella PAF.

In conclusione, questo studio rappresenta la prima COI sull'obesità in Italia, con una stima dei costi sanitari diretti delle più comuni patologie associate all'obesità e i costi indiretti dovuti alla perdita di produttività. I risultati indicano costi elevati, che richiedono lo sviluppo di programmi di prevenzione efficaci. Questo studio sottolinea inoltre la mancanza di dati affidabili sulla prevalenza dell'obesità in Italia ed auspica una raccolta di dati più affidabile finalizzata al miglioramento della comparabilità dei risultati e al raggiungimento di un consenso nazionale sui costi dell'obesità.

Bibliografia

- 1 The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. (OECD, Paris, 2019).
- 2 Pineda, E. et al. Forecasting Future Trends in Obesity across Europe: The Value of Improving Surveillance. *Obesity facts* 11, 360-371, doi:10.1159/000492115 (2018).
- 3 Dee, A. et al. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC research notes* 7, 242, doi:10.1186/1756-0500-7-242 (2014).
- 4 JA-JANPA – Azione comune su nutrizione e attività fisica per la prevenzione dell'obesità infantile, <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4393&area=stiliVita&menu=progetti> (2015).
- 5 Atella, V. & Kopinska, J. I costi dell'obesità in Italia. (Fondazione economia "Tor Vergata", 2012).
- 6 1° Italian Obesity Barometer Report. (Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, 2019).
- 7 Panico, S. et al. Preventive potential of body mass reduction to lower cardiovascular risk: the Italian Progetto CUORE study. *Preventive medicine* 47, 53-60, doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.023 (2008).
- 8 Byford, S., Torgerson, D. J. & Raftery, J. Economic note: cost of illness studies. *BMJ (Clinical research ed.)* 320, 1335-1335, doi:10.1136/bmj.320.7245.1335 (2000).
- 9 Frood, S., Johnston, L. M., Matteson, C. L. & Finegood, D. T. Obesity, Complexity, and the Role of the Health System. *Curr Obes Rep* 2, 320-326, doi:10.1007/s13679-013-0072-9 (2013).
- 10 Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M. & Saha, S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International journal of environmental research and public health* 14, doi:10.3390/ijerph14040435 (2017).
- 11 d'Angela, D., Giordani, C., Polistena, B. & Spandonaro, F. in *Obesity Barometer Monitor* 79-86 (2019).
- 12 Gold, M., Siegel, J., Russel, L. & Weinstein, M. *Cost-effectiveness in health and medicine*. (New York: Oxford University Press, 1996).
- 13 Bloom, B. S., Bruno, D. J., Maman, D. Y. & Jayadevappa, R. Usefulness of US cost-of-illness studies in healthcare decision making. *PharmacoEconomics* 19, 207-213, doi:10.2165/00019053-200119020-00007 (2001).
- 14 Poole, C. A history of the population attributable fraction and related measures. *Annals of epidemiology* 25, 147-154, doi:10.1016/j.annepidem.2014.11.015 (2015).
- 15 Nicolucci, A. et al. Il burden of disease dell'obesità in Italia. (IBDO Foundation, 2015).
- 16 Di Zio, M. et al. *Methodology for data validation 1.0*. (Essnet Validat Foundation, 2016).
- 17 Rowland, M. L. Self-reported weight and height. *The American Journal of Clinical Nutrition* 52, 1125-1133, doi:10.1093/ajcn/52.6.1125 (1990).
- 18 Spencer, E. A., Appleby, P. N., Davey, G. K. & Key, T. J. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. *Public health nutrition* 5, 561-565, doi:10.1079/phn2001322 (2002).
- 19 Niedhammer, I., Bugel, I., Bonenfant, S., Goldberg, M. & Leclerc, A. Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity* 24, 1111-1118, doi:10.1038/sj.ijo.0801375 (2000).
- 20 D'Angela, D., Cambiano, C. & Glorioso, V. *PariSanità - Osservatorio per l'equità di accesso alle prestazioni*. (Assobiomedica, C.R.E.A. Sanità, 2020).
- 21 Atella, V. et al. Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures. *Aging* 7, 882-892, doi:10.18632/aging.100833 (2015).
- 22 Gupta, S., Richard, L. & Forsythe, A. The humanistic and economic burden associated with increasing body mass index in the EU5. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy* 8, 327-338, doi:10.2147/dms0.s83696 (2015).
- 23 *European Health Interview Survey*. (European Statistics (EUROSTAT), 2015).
- 24 Colao, A. et al. Healthcare usage and economic impact of non-treated obesity in Italy: findings from a retrospective administrative and clinical database analysis. *BMJ open* 7, e013899, doi:10.1136/bmjopen-2016-013899 (2017).
- 25 Giampaoli, S. et al. Cardiovascular health in Italy. Ten-year surveillance of cardiovascular diseases and risk factors: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012. *European journal of preventive cardiology* 22, 9-37, doi:10.1177/2047487315589011 (2015).
- 26 Moretti, A. M., Tafuri, S., Parisi, D. & Germinario, C. Epidemiology of pulmonary embolism in Apulia from analysis of current data. *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace* 73, 18-24, doi:10.4081/monaldi.2010.309 (2010).
- 27 Guh, D. P. et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health* 9, 88, doi:10.1186/1471-2458-9-88 (2009).
- 28 Wilson, P. W. F., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H. & Kannel, W. B. Overweight and Obesity as Determinants of Cardiovascular Risk: The Framingham Experience. *Archives of Internal Medicine* 162, 1867-1872, doi:10.1001/archinte.162.16.1867 (2002).
- 29 Wanahita, N. et al. Atrial fibrillation and obesity—results of a meta-analysis. *American heart journal* 155, 310-315, doi:10.1016/j.ahj.2007.10.004 (2008).
- 30 Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*

- (London, England) 390, 2627-2642, doi:10.1016/s0140-6736(17)32129-3 (2017).
- 31 Foschi, D. et al. Linee guida di chirurgia dell'obesità. (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB), 2016).
 - 32 Marcellusi, A., Viti, R., Mecozzi, A. & Mennini, F. S. The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 17, 139-147, doi:10.1007/s10198-014-0660-y (2016).
 - 33 Ringborg, A. et al. Costs of atrial fibrillation in five European countries: results from the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology* 10, 403-411, doi:10.1093/europace/eun048 (2008).
 - 34 Corrao, G., Ghirardi, A., Ibrahim, B., Merlino, L. & Maggioni, A. P. Burden of new hospitalization for heart failure: a population-based investigation from Italy. *European journal of heart failure* 16, 729-736, doi:10.1002/ejhf.105 (2014).
 - 35 Scholze, J. et al. Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model. *BMC public health* 10, 529, doi:10.1186/1471-2458-10-529 (2010).
 - 36 Mantovani, L. G. et al. Burden of acute myocardial infarction. *International journal of cardiology* 150, 111-112, doi:10.1016/j.ijcard.2011.04.030 (2011).
 - 37 Gussoni, G. et al. Real-world economic burden of venous thromboembolism and antithrombotic prophylaxis in medical inpatients. *Thrombosis research* 131, 17-23, doi:10.1016/j.thromres.2012.10.008 (2013).
 - 38 Gerzeli, S. et al. The economic burden of stroke in Italy. The ECLIPSE Study: Economic Longitudinal Incidence-based Project for Stroke Evaluation. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 26, 72-80, doi:10.1007/s10072-005-0439-0 (2005).
 - 39 Jönsson, B., Hofmarcher, T., Lindgren, P. & Wilking, N. The cost and burden of cancer in the European Union 1995-2014. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 66, 162-170, doi:10.1016/j.ejca.2016.06.022 (2016).
 - 40 Ng, 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 (London, England)* 384, 766-781, doi:10.1016/s0140-6736(14)60460-8 (2014).
 - 41 Konnopka, A., Bödemann, M. & König, H. H. Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *The European Journal of Health Economics* 12, 345-352, doi:10.1007/s10198-010-0242-6 (2011).
 - 42 Atella, V. et al. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging cell* 18, e12861, doi:10.1111/accel.12861 (2019).
 - 43 Borisenko, O. et al. Clinical Indications, Utilization, and Funding of Bariatric Surgery in Europe. *Obesity surgery* 25, 1408-1416, doi:10.1007/s11695-014-1537-y (2015).
 - 44 Runkel, N. et al. Bariatric surgery. *Dtsch Arztebl Int* 108, 341-346, doi:10.3238/arztebl.2011.0341 (2011).
 - 45 Desogus, D., Menon, V., Singhal, R. & Oyebode, O. An Examination of Who Is Eligible and Who Is Receiving Bariatric Surgery in England: Secondary Analysis of the Health Survey for England Dataset. *Obesity surgery* 29, 3246-3251, doi:10.1007/s11695-019-03977-3 (2019).
 - 46 Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 17, 1141-1158, doi:10.1007/s10198-015-0751-4 (2016).
 - 47 Knoll, K. & Hauner, H. A health-economic analysis of the total cost burden caused by obesity and the diseases associated with obesity in the Federal Republic of Germany. *Adipositas* (2008).
 - 48 How does Germany compare? *Health at a Glance: Europe*. (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2017).
 - 49 Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, <http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.000/3722> (50 Cartabellotta, N., Cottafava, E., Luceri, R. & Mosti, M. Il defanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. (Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, 2019).
 - 51 Klarenbach, S., Padwal, R., Chuck, A. & Jacobs, P. Population-based analysis of obesity and workforce participation. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 14, 920-927, doi:10.1038/oby.2006.106 (2006).
 - 52 Ricci, J. A. & Chee, E. Lost productive time associated with excess weight in the U.S. workforce. *Journal of occupational and environmental medicine* 47, 1227-1234, doi:10.1097/01.jom.0000184871.20901.c3 (2005).
 - 53 Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Ralston, J. & Wilding, J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health* 6, e006351, doi:10.1136/bmjgh-2021-006351 (2021).
 - 54 Kaplan, H. C. et al. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *The Milbank quarterly* 88, 500-559,

-
- doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x (2010).
- 55 Tomoaia-Cotisel, A. et al. Context matters: the experience of 14 research teams in systematically reporting contextual factors important for practice change. *Ann Fam Med* 11 Suppl 1, S115-S123, doi:10.1370/afm.1549 (2013).
 - 56 Migliore, E. et al. Hospitalization rates and cost in severe or complicated obesity: an Italian cohort study. *BMC public health* 13, 544, doi:10.1186/1471-2458-13-544 (2013).
 - 57 Body Mass Index (BMI), <who.int/data/themes/theme-details/GHO/body-mass-index-(bmi)?introPage=intro_3.html> (2016).
 - 58 Indagine multiscopo: "Aspetti della vita quotidiana". (Istituto nazionale di statistica (ISTAT), 2018).
 - 59 Indagine "Sorveglianza Passi". (EpiCentro, 2018).



Le aspettative della persona con obesità

Lucio Corsaro

CEO and Advisor – BHAVE

Gianluca Vaccaro

Methodological Advisor - BHAVE; U.O. EPSA - ASP Catania

Lorena Trivellato

Research Advisor - BHAVE

L'obesità viene definita come l'accumulo eccessivo o la distribuzione anormale di grasso corporeo in relazione alla massa magra, con impatto sulla salute dell'individuo. È una condizione clinica ampiamente diffusa su tutto il pianeta, seppur con distribuzione disomogenea, riguardando ad oggi 650 milioni di persone ed è considerata come un importante problema di salute pubblica, in quanto rappresenta nei paesi sviluppati uno dei 10 principali fattori di rischio per la salute.

L'obesità è infatti associata ad elevata mortalità e all'insorgenza di un'ampia varietà di altre patologie come malattie cardiovascolari, respiratorie, ipertensione, diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica e alcune forme di tumori. Le associazioni non sono omogenee nella popolazione mondiale, ma variano a seconda della collocazione geografica: in Cina, Russia e Sud Africa, ad esempio, l'obesità è associata ad ipertensione, angina, diabete e artrite, mentre in India è associata solamente a diabete ed ipertensione.

Anche la prevalenza mostra variazioni a seconda della collocazione geografica, incluse differenze tra gli stessi paesi UE. Infatti, se in Italia secondo i dati più recenti la condizione è maggiormente diffusa tra gli uomini (12,9% uomini, 11,1% delle donne),⁴ ciò risulta in controtendenza rispetto ai dati di paesi come il Belgio, l'Austria o l'Olanda⁵. Considerando lo stesso territorio nazionale italiano, inoltre, si possono notare delle disomogeneità di distribuzione pressoché stabili nel tempo: la quota di popolazione adulta in eccesso di peso (sovrappeso e obesità) varia infatti oggi dal 39,8% del

Nord-Ovest, fino al 51,5% nel Sud⁶. Si evidenzia inoltre una chiara prevalenza di obesità fra i soggetti di età superiore ai 65 anni (16%) rispetto alle altre fasce di età. Dal punto di vista temporale, i dati ISTAT più recenti confermano una tendenza di crescita della popolazione obesa in Italia, con un incremento di oltre 1 punto percentuale tra la rilevazione 2021 (12%) e 2019 (10,9%), pari a oltre un milione e ottocentomila nuovi soggetti obesi. Questa variazione assume un significato ancora più importante se la si mette in relazione con l'evento pandemico, che si rivela come particolarmente incisivo rispetto ai dati numerici dell'obesità in Italia. Mettendo in relazione le variazioni del biennio 2019-2021 con il genere, si osserva un aumento della prevalenza soprattutto dopo i 45 anni dovuto in particolare all'aumento dell'obesità tra gli uomini, e un incremento significativo nella fascia di età 18-24 sia della popolazione maschile che femminile. Il periodo pandemico sembra dunque aver impresso un'accelerata nella crescita della popolazione obesa in Italia, se si considera che un tale incremento pari all'1,1% si era registrato nella precedente rilevazione soltanto in un arco temporale doppio (dal 9,8% del 2015 al 10,9% del 2019).

Diversi studi negli ultimi decenni hanno messo in relazione le caratteristiche socioeconomiche dei soggetti con il tipo di patologia, evidenziando una stretta correlazione tra tassi di obesità e sovrappeso e l'appartenenza a gruppi socialmente ed economicamente più vulnerabili, rivelando come tali soggetti abbiano una probabilità doppia di diventare obesi^{7,8}. Si evidenzia inoltre una forte correlazione negativa tra condizione di obesità e il livello

¹World Health Organization. Obesity 2017. Disponibile online presso: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

²Ciangura, C., Czernichow, S., Oppert, J. M. (2009). EMC-AKOS-Trattato di Medicina, 4, 1-9.

³Seravalle, G., & Grassi, G. (2017). Obesity and hypertension. *Pharmacological research*, 122, 1-7.

⁴Dati Istat 2021 dall'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".

⁵Organization for Economic Cooperation and Development. The obesity update, 2012 (www.oecd.org/health/49716427.pdf).

⁶Dati Istat 2021 dall'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".

⁷Loring, Belinda & Robertson, Aileen. (2014). Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. World Health Organization. Regional Office for Europe.

⁸Devaux, M., & Sassi, F. (2013). Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *European journal of public health*, 23(3), 464-469

di istruzione, per cui l'incidenza di individui obesi si rivela superiore nella popolazione con licenza elementare⁹. Dal punto di vista dei trattamenti, la gestione dell'obesità sul piano clinico prevede diverse strategie di intervento, come la terapia dietetica volta alla correzione delle abitudini alimentare e all'aumento dell'attività fisica, e il trattamento farmacologico prescrivibile in aggiunta a tali modifiche dello stile di vita. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito ad uno spostamento verso soluzioni sempre più radicali come la chirurgia bariatrica¹⁰.

L'obesità e le comorbidità ad essa correlate, causano un impatto negativo sulla qualità della vita dei soggetti da molteplici punti di vista, come l'autonomia, la funzionalità fisica e sociale e il benessere psicologico. Uno studio condotto in Italia¹¹, che analizza la qualità della vita dei soggetti obesi, ha evidenziato la notevole associazione di disturbi psicopatologici tra i soggetti e la conseguente urgenza di interventi psicoterapeutici e psichiatrici per il trattamento integrato dell'obesità e la riduzione del burden of disease ad essa associato.

METODOLOGIA

Lo scopo di questa indagine è valutare e comprendere i modelli di comportamento, le credenze, le preferenze, il percepito di salute, il livello di informazione sulle tematiche di alimentazione, peso ed eccesso ponderale dei pazienti obesi e i tipi di routine e gestione della propria condizione, oltre che le possibili relazioni di questi aspetti sull'aderenza alla terapia. Si vuole inoltre confrontare questi dati con quelli rilevati da pazienti normopeso, in modo da evidenziare eventuali scostamenti tra i comportamenti, gli atteggiamenti e la percezione di entrambe le categorie di soggetti.

Metodologicamente **OBESITY MONITOR** rientra in quella serie di indagini sociali di tipo cross-sectional riconducibili alla definizione di *Patient Reported Outcome studies*, cioè nell'ambito di quelle misurazioni che rilevano il percepito del paziente.

Le misurazioni percepite (PRO) consistono in qualsiasi re-

soconto dello stato di salute di un paziente che deriva direttamente dal paziente senza passare per l'interpretazione da parte di un clinico o altre figure¹². Si tratta di uno dei numerosi strumenti esistenti di valutazione degli outcome clinici, ma che a differenza di altri sposta l'attenzione dall'analisi di dati fisiologici, biomarcatori e indicatori di performance, alla prospettiva del paziente e del suo vissuto nella convivenza con la patologia.

Il valore dei PRO nella ricerca in ambito sanitario è dato dalla capacità di fornire informazioni fondamentali per pazienti e operatori che si trovano quotidianamente ad agire e prendere decisioni nel contesto clinico, garantendo una valutazione dell'impatto del trattamento sotto punti di vista scarsamente considerati nelle misure fisiologiche, ma fondamentali per il paziente, come il livello di dolore, stanchezza, aderenza, la qualità della vita, la funzione emotiva e sessuale, la soddisfazione per i trattamenti e i suoi effetti collaterali non solo di natura strettamente fisica, ma anche psicologica. Consente dunque una valutazione dello stato di salute globale del soggetto.

La valutazione dei PRO prevede una misurazione della prospettiva del paziente tramite diversi approcci, quali la realizzazione di interviste, la compilazione di diari o la strutturazione di questionari specifici e la definizione di criteri di validazione dei questionari utilizzati che possono variare per patologia¹³.

In questo lavoro, la fase di raccolta del dato è avvenuta nel periodo tra maggio e settembre 2022 attraverso la realizzazione di interviste personali integrate CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) e CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) distribuite per quote. Le interviste sono state condotte utilizzando un **questionario standardizzato appositamente sviluppato da BHAVE**, successivamente alla revisione di una serie di strumenti di ricerca precedentemente realizzati ed implementati in indagini qualitative e quantitative condotte da **BHAVE** intervistando persone obese o sovrappeso. Il reclutamento dei partecipanti all'indagine è avvenuto in modo randomizzato tramite l'utilizzo di banche dati in-

⁹Loureiro M. L., Nayga R. M. (2005), "International dimensions of obesity and overweight related problems: an economics perspective", *American Journal of Agricultural Economic*, Vol. 87, n. 5, pp. 1147-1153.

¹⁰Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., &Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical medicine (London, England)*, 19(3), 205–212.

¹¹Mannucci 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.

¹²Aberg JA, Gallant JE, Anderson J, et al Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2004; 39: 609-29.

¹³Cingolani, A. Patients reported outcomes: istruzioni per l'uso. *JHA*, 2018; 3(3).

terna a BHAVE, o attraverso: panel esistenti di persone sovrappeso o obese, associazioni di persone sovrappeso o obese, social network o con la tecnica del snowball recruiting.

I criteri metodologici utilizzati per la costruzione del questionario sono stati:

- **l'intersoggettività delle risposte:** la somministrazione, la determinazione e la valutazione dei punteggi riportati dai singoli soggetti prescinde dal giudizio soggettivo dell'esaminatore o del singolo;
- **la standardizzazione:** si riferisce all'uniformità delle prove (domande, item e stimoli) ripetute nel tempo ai diversi intervistati
- **la sensibilità:** relativamente all'identificazione della più idonea ampiezza della gamma dei punteggi di valutazione; **domande semi-strutturate a risposta multipla e/o scale di valutazione Likert.**
- **l'attendibilità,** verifica se il questionario somministrato allo stesso soggetto da persone differenti o in situazioni diverse o con uno strumento diverso, dava sempre lo stesso risultato. (fondamentale per il tipo di rilevazione CATI/CAWI). Attraverso la verifica **test-retest** (stabilità nel tempo). In fase di field (mediamente ogni 2 settimane) ed al termine dell'indagine campionaria, al fine di garantirsi la massima **qualità e veridicità delle risposte**, è stato effettuato un recall di controllo degli intervistati sia online sia telefonico (nella misura del 4%).
- **la validità,** si riferisce alla capacità del questionario di misurare effettivamente la variabile o le variabili per la stima delle quali esso è stato costruito. In termini concreti, **la validità riguarda l'interpretazione che viene data della domanda e dei risultati** che si ottengono sia in termini di contenuto sia di costruito;

La **comprensibilità del questionario**, nonché la sua **effettiva capacità di raccogliere adeguatamente le informazioni utili** al raggiungimento degli obiettivi dello Studio, sono state valutate attraverso una **fase pilota** durante la quale si realizza un numero di interviste pari al **5%** del campione totale. Successivamente, poiché il questionario non ha subito modifiche sostanziali, le interviste raccolte nella fase pilota sono confluite nel campione complessivo dello Studio. Affinché l'attenzione del rispondente sia mantenuta elevata durante tutta la durata dell'intervista e per contenere il più possibile il tasso

di rifiuto e gli abbandoni, il questionario è stato costruito in modo tale che la sua compilazione non richiedesse più di **30 minuti**.

-

La raccolta dei dati online e delle interviste telefoniche è stata realizzata con la **medesima piattaforma software NEBU**. Il sistema operativo NEBU permette:

- **Eliminazione** di tutti i possibili **errori** di questionari rilevati su **cartaceo**;
- I partecipanti che hanno completato il sondaggio on-line hanno usufruito di un **link unico al questionario** (sulla base del singolo indirizzo IP), ciò ha permesso loro di interrompere e/o riprendere il questionario a loro piacimento e contemporaneamente ciò ha permesso di **monitorare/impedire possibili duplicazioni di dati**.
- Il **testing adattivo computerizzato** che provvede automaticamente a gestire il flusso delle domande (salti logici, condizionati, ecc.) segnalando all'operatore e/o al rispondente anche eventuali incongruenze logiche che dovessero emergere sulla base delle risposte fornite. Questo **quality check** consente di ovviare a tali incongruenze direttamente nel corso dell'intervista chiedendo (eventualmente) direttamente all'intervistato di esplicitare le motivazioni alla base delle sue risposte. L'utilizzo del software **NEBU** permette di usufruire dei vantaggi dei **processi standardizzati** di raccolta dei dati (es. stime campionarie, comparazione fra rilevazioni ripetute, benchmarking) evitando, allo stesso tempo, i tipici inconvenienti (rigidità e spersonalizzazione) dei questionari a risposta chiusa.

I **rispondenti** hanno partecipato all'indagine campionaria in forma **anonima, gratuita e su base volontaristica**.

Precedentemente alla conduzione delle analisi è stato effettuato il **data cleaning** e il **test di verifica della coerenza delle risposte**.

Il campione coinvolto nell'**Obesity Monitor** è a scelta ragionata e per quote includendo un sovra campionamento di persone con eccesso di peso in considerazione dell'obiettivo di rilevare e confrontare atteggiamenti, comportamenti e aspettative delle persone sovrappeso e obese e delle persone normopeso. Il campione è di 300 casi con una distribuzione in 5 quote ognuna di 20% sul totale campione così caratterizzate sulla base del riferito

dell'intervistato: "normopeso", "un po' in sovrappeso", "molto in sovrappeso", "obeso" e "grande obeso". Tale autovalutazione dell'intervistato è stata considerata criterio di assegnazione degli intervistati alla quota campionaria e successivamente, quando possibile, confrontata con l'effettivo valore di BMI ricavato. Dal confronto e in considerazione degli scarti tra le categorie che fanno riferimento all'autovalutazione dell'intervistato e quelle ricavabili dal BMI, in fase di analisi sono state aggregate le categorie "un po' in sovrappeso", "molto in sovrappeso" in un'unica categoria "sovrappeso" e di "obese" e "grandi obese" in "obeso". I criteri di inclusione oltre quelli già citati sono stati l'Autorizzazione al consenso informato e trattamento dei dati e l'essere Adulti (di età >18 anni). Criterio di esclusione è l'essere sottopeso (BMI <18,5)

Le **analisi dei dati** uni- e multivariate (**analisi fattoriali, clusterizzazione**) sono state condotte utilizzando come specifico software statistici per le analisi descrittive, analisi fattoriale e *cluster analysis* SPSS. L'analisi dei **cluster** è stata sviluppata con un approccio **bottom up**: tutti gli elementi rilevati sono considerati cluster a sé, e poi l'algoritmo provvede ad unire i **cluster** più vicini.

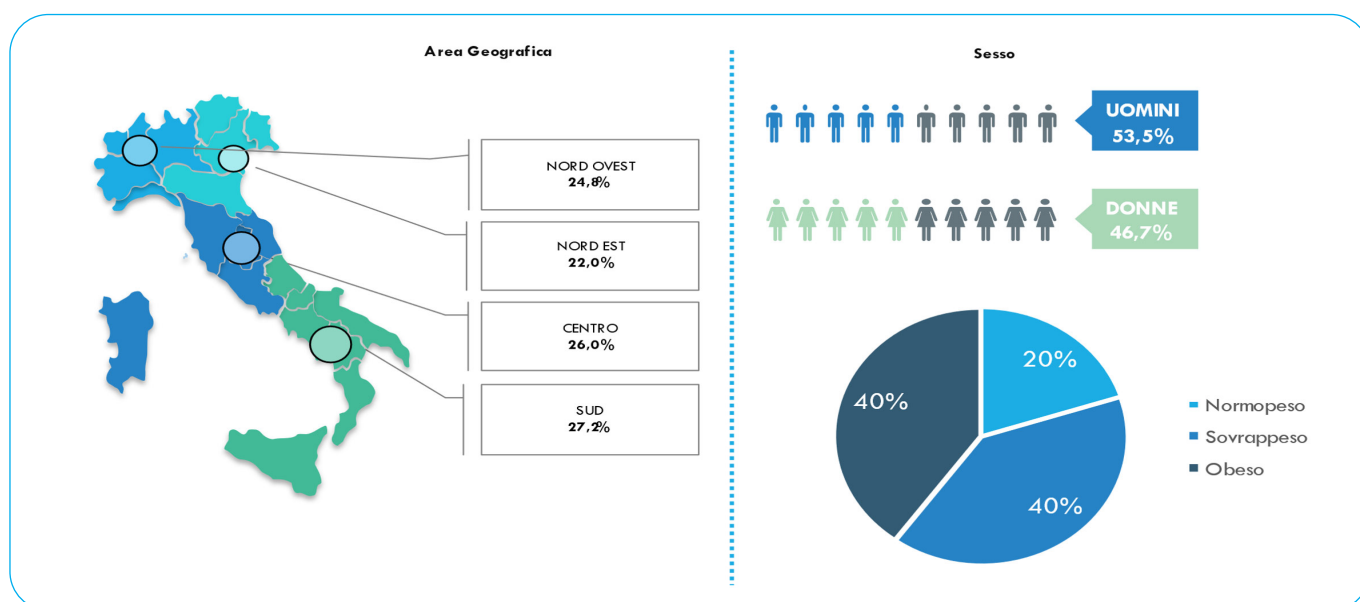
Struttura del Campione

L'indagine è stata realizzata su un campione di 300 soggetti distribuiti sul territorio nazionale, così ripartiti: 120 persone Obese (40% del campione, con obesità I grado: BMI 30- 34.9. Obesità di II grado: 35-39.9. Obesità di III grado: BMI 40-49.9.), 120 persone sovrappeso (40% del campione, con BMI 25-29,9); 60 persone normopeso (20% del campione, con BMI 18,5-24,9), aggiunte al campione in modo da poter confrontare i dati ottenuti sui comportamenti e lo stile di vita per acquisire profondità di analisi (Fig. 1).

Dal punto di vista epidemiologico, invece, questo tipo di eccessi ponderali rappresentano in Italia rispettivamente il 12%, il 34,2%. La quota di soggetti normopeso in base agli ultimi dati disponibili è invece superiore al 50% della popolazione.

Dal punto di vista anagrafico, l'età media dei rispondenti si è attestata intorno ai 54 anni, e con un rapporto in termini sesso pressoché equo (53,5% di uomini, 46,7% donne). Il 63,3% degli intervistati si dichiara coniugato o convivente, con un nucleo familiare medio pari a 3,4 componenti e l'86,7% vive attualmente insieme a dei

Figura 1. Caratteristiche del campione



Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

¹⁴Dati ISTAT 2022.

¹⁵Dati relativi all'indagine del sistema di sorveglianza PASSI 2011, consultabili presso <https://www.epicentro.iss.it/obesita/pdf/Passi2011.pdf>

familiari. Il livello di istruzione risulta complessivamente medio-alto, con un 53,4% dei rispondenti che hanno conseguito una laurea o master post-laurea.

Dal punto di vista lavorativo e di reddito, il 70% dei rispondenti risultano lavoratori, di cui la metà a tempo pieno, nessuno dei quali impiegato in lavori definiti pesanti (richiedenti notevole sforzo fisico). La quasi totalità del campione è impiegata in attività di tipo sedentario: l'86,7% dei soggetti dichiara infatti di svolgere un'attività o un lavoro dove bisogna stare seduto o in piedi ma con sforzo fisico esiguo o assente, che diventa "medio" solo nel 13,3% dei casi. È stato dichiarato un reddito medio annuo complessivo superiore a 20.000 euro nella maggior parte dei rispondenti. Da evidenziare tuttavia, la quota di rispondenti che dichiara un reddito inferiore ai 10.000 euro annui, pari al 32% dei soggetti intervistati.

RISULTATI

Autovalutazione della propria condizione fisica e patologie concomitanti

Oltre alla domanda di screening sull'appartenenza alle categorie normopeso/sovrappeso/obeso è stato chiesto agli intervistati di indicare il proprio indice di massa corporea (IMC).

Confrontando i valori IMC indicati e le dichiarazioni di appartenenza tra una delle categorie si rilevano alcuni scostamenti e si possono fare alcune considerazioni.

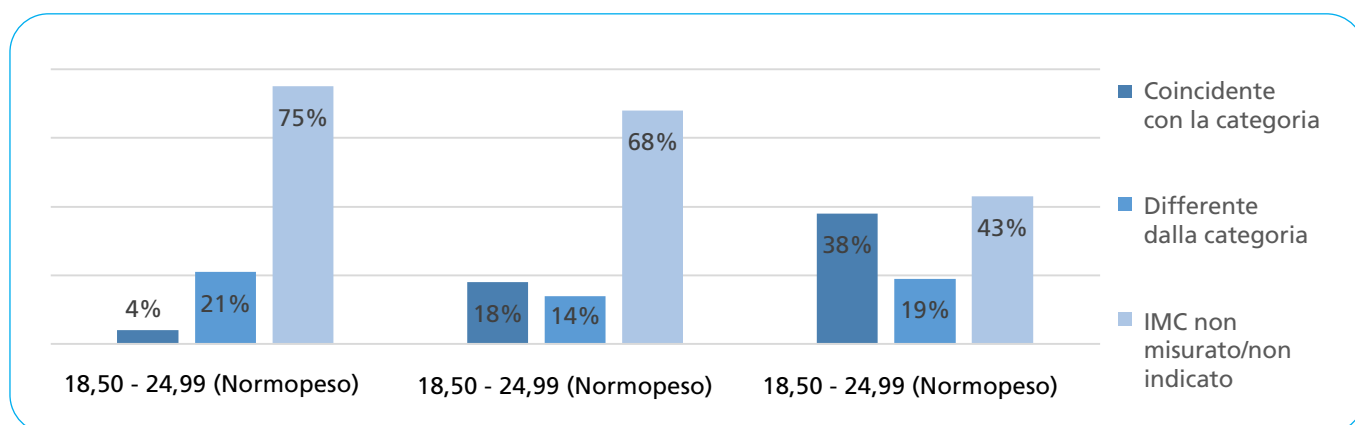
Mentre una netta maggioranza di intervistati normopeso non conoscono, non ricordano o non hanno misurato il proprio IMC (il 75%) questa quota si riduce passando agli intervistati sovrappeso (68%) e soprattutto agli intervistati obesi (43%).

Considerando invece la coincidenza fra il valore di IMC indicato con la categoria di riferimento solo il 4% fra i "normopeso" indica correttamente il valore mentre il 18% nel caso di "sovrappeso" e 38% nel caso di "obeso".

Dai dati emerge quindi una maggiore propensione a rilevare e ricordare l'IMC nel caso dei rispondenti con problemi di peso.

Considerando invece la coincidenza fra le categorie normopeso/sovrappeso/obeso riferite dall'intervistato e una stima dell'IMC ricavato dall'altezza e dal peso dell'intervistato, vediamo che la quota di una coincidenza effettiva aumenta con un 84% di "normopeso", il 76% di "sovrappeso" e l'87% di "obeso". Da considerare che la quota di rispondenti sovrappeso che hanno indicato correttamente la categoria risulta inferiore rispetto alle

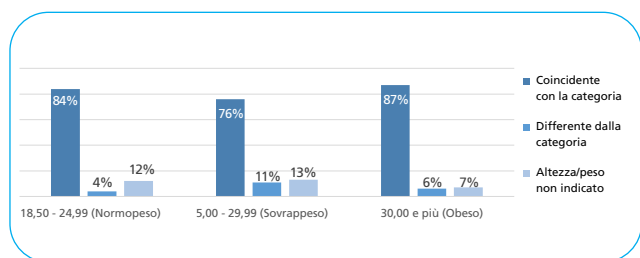
Figura 2. Indice di Massa Corporea riferito su totale intervistati per cluster



Fonte: Indagine Bhavé, Obesity Monitor2022.

altre due classi principalmente a causa di intervistati che si trovavano o di poco sotto il limite inferiore della classe del sovrappeso (quindi erano dei "normopeso") o di poco sopra (quindi rientravano negli "obesi").

Figura 3. Di Massa Corporea Stimato su totale intervistati

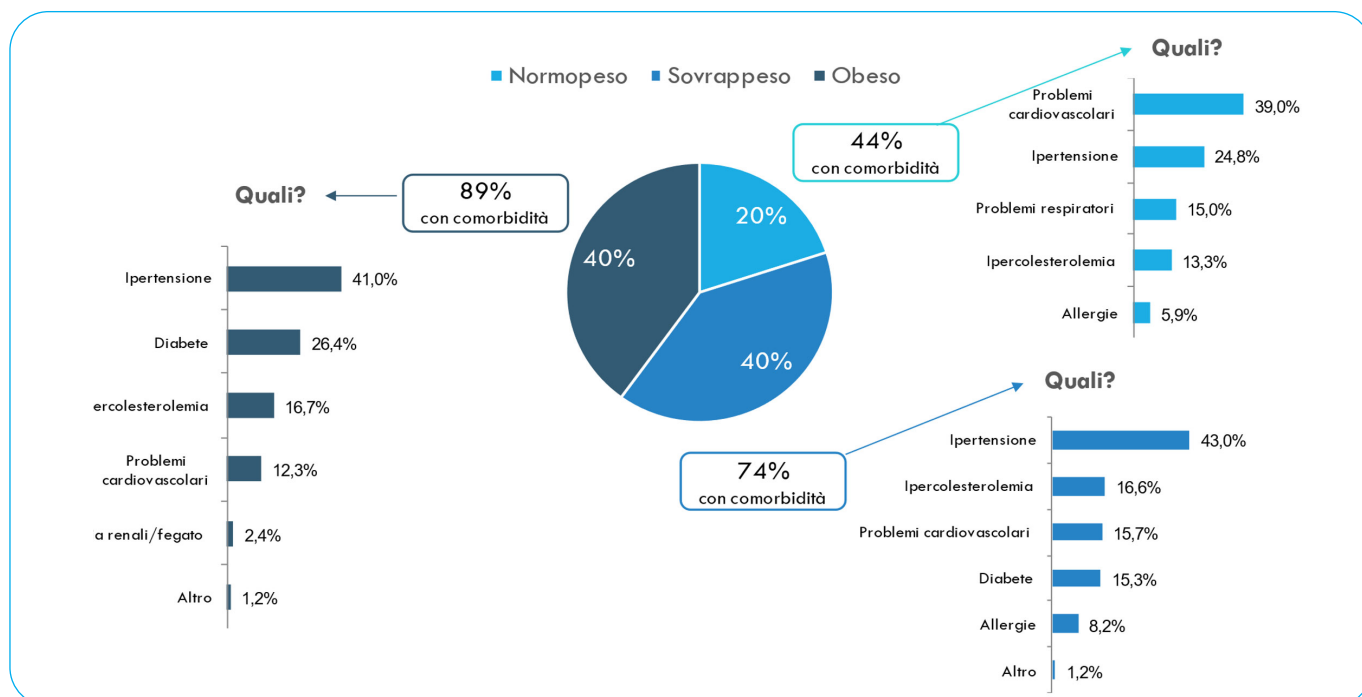


Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

Per quanto riguarda invece le comorbidità, considerando il campione nel suo insieme si rileva un'alta diffusione di intervistati con più di una patologia: tale quota risulta molto alta nel caso in particolare dell'obesità con l'89% degli intervistati che soffrono di altre patologie. Nel caso dei pazienti obesi e sovrappeso le prime 4 patologie concomitanti sono l'ipertensione, il diabete (seconda patologia in ordine di diffusione nel caso dei pazienti obesi) l'ipercolesterolemia e i problemi cardiovascolari.

il 14,8% dei soggetti ha riportato patologie metaboliche (tra cui l'11,1% diabete) e nel 7,4% dei casi sono state segnalate malattie cardiovascolari, a cui va affiancato un 14,8% di rispondenti che dichiarano di soffrire di ipertensione. Il 22,2% dei soggetti dichiara di non avere alcuna patologia concomitante. Per quanto riguarda i trattamenti seguiti, il 16,7% dichiara di assumere antiipertensivi e il 12,5% assume terapie riconducibili a malattie metaboliche (terapia insulinica e ipoglicemizzanti).

Figura 4. Comorbidità

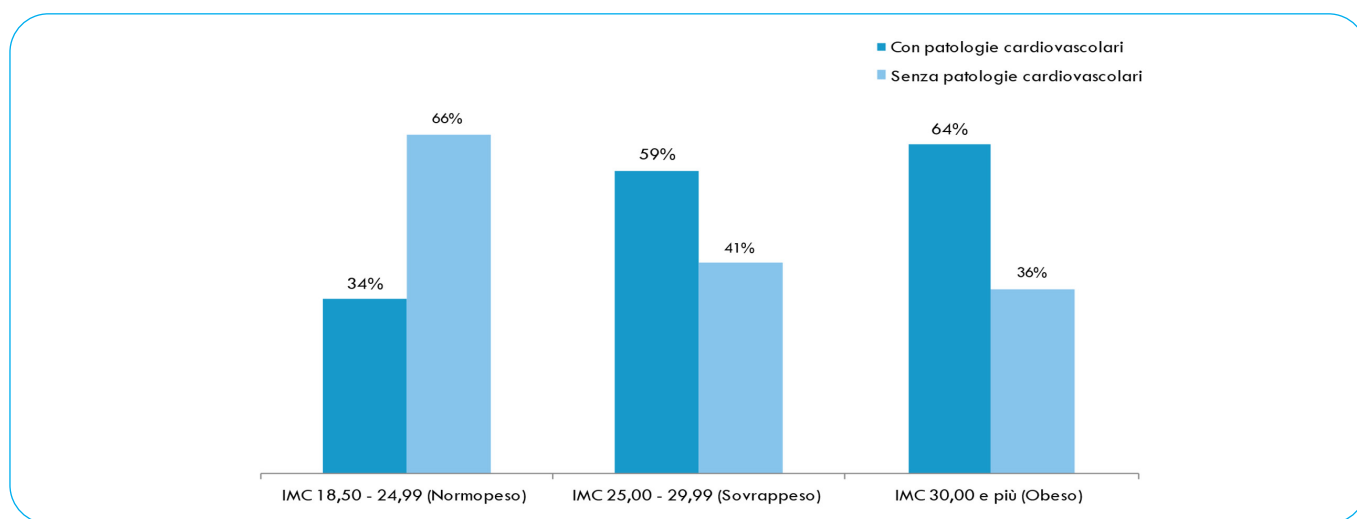


Fonte: IndagineBhave, Obesity Monitor2022.

Come rilevato anche in altre indagini di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione (Diabete's Monitor 2020) considerando solo gli intervistati con diabete e procedendo ad un'analisi di cluster sulla base della classificazione "normopeso", "sovrappeso" e "obeso", si

rileva una presenza alta di intervistati con eccesso ponderale i quali soffrono oltre che di diabete anche di patologie cardiovascolari. La maggioranza di pazienti diabetici che sono sovrappeso e obesi soffrono infatti di patologie cardiovascolari (Fig.5).

Figura 5. Pazienti con Diabete e patologie cardiovascolari cluster normopeso, sovrappeso, obeso



Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

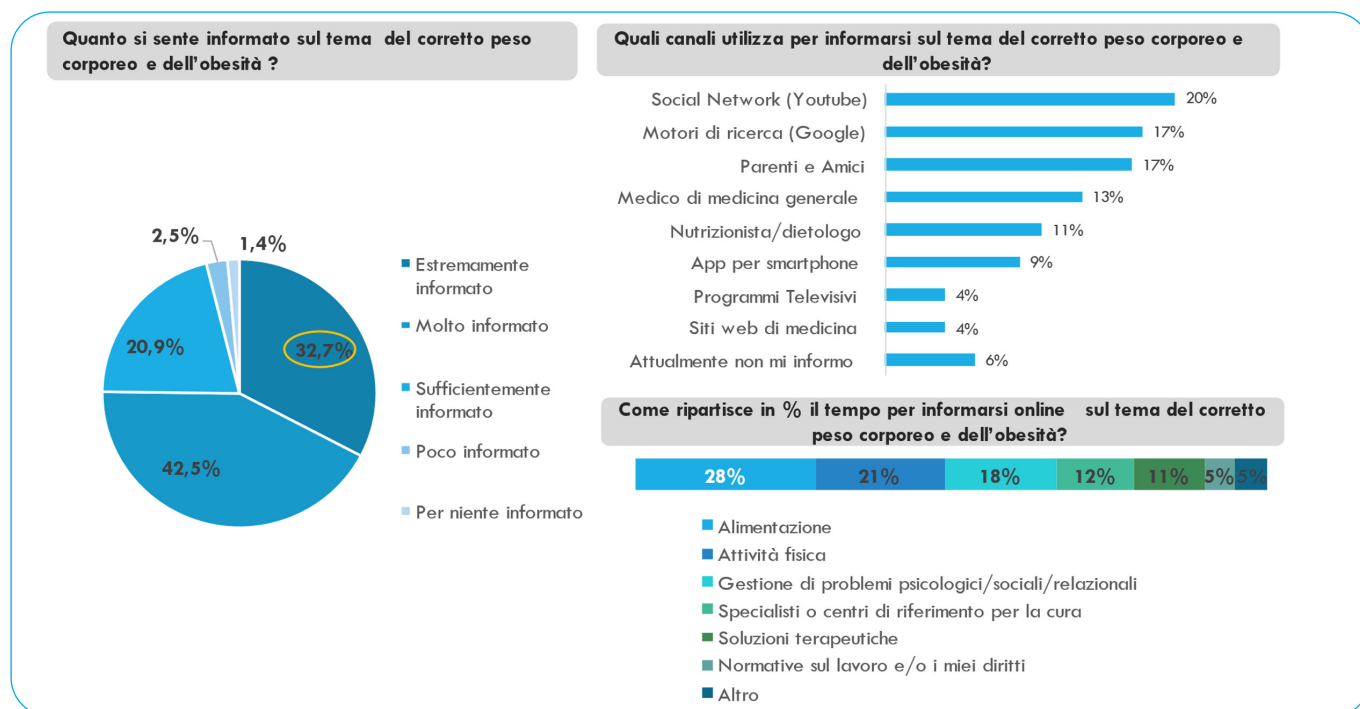
LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA E INFORMAZIONE SULLA PATOLOGIA

Un'ampia maggioranza del campione manifesta un elevato grado di consapevolezza sulla propria condizione in quanto si considera molto (42,5%) o estremamente informata (32,7%) sul tema dell'eccesso di peso e dell'obesità. I soggetti riferiscono di reperire questo tipo di informazioni prioritariamente su internet (il 41%), in particolare usando i Social Network (Youtube) nel 20% dei casi o direttamente su internet con i motori di ricerca (Google) nel 17% dei casi. Un ruolo rilevante come fonte informativa, l'interazione con parenti e amici (17%), il

MMG (13%) e lo specialista di nutrizione (11%). Una quota tutto sommato residuale infine dichiara di non informarsi sul tema in questo momento (6%).

Gli argomenti prevalentemente cercati dai rispondenti in termini di percentuale di tempo dedicato a informarsi online sul tema del corretto peso corporeo e dell'obesità sono l'alimentazione (28%), l'attività fisica (21%) e la gestione di problemi psicologici/relazionali (18%).

Figura 6. Livello e canali di informazione utilizzati per informarsi sul tema del peso corporeo e obesità



Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

DIAGNOSI, TRATTAMENTO E VISITE DI CONTROLLO

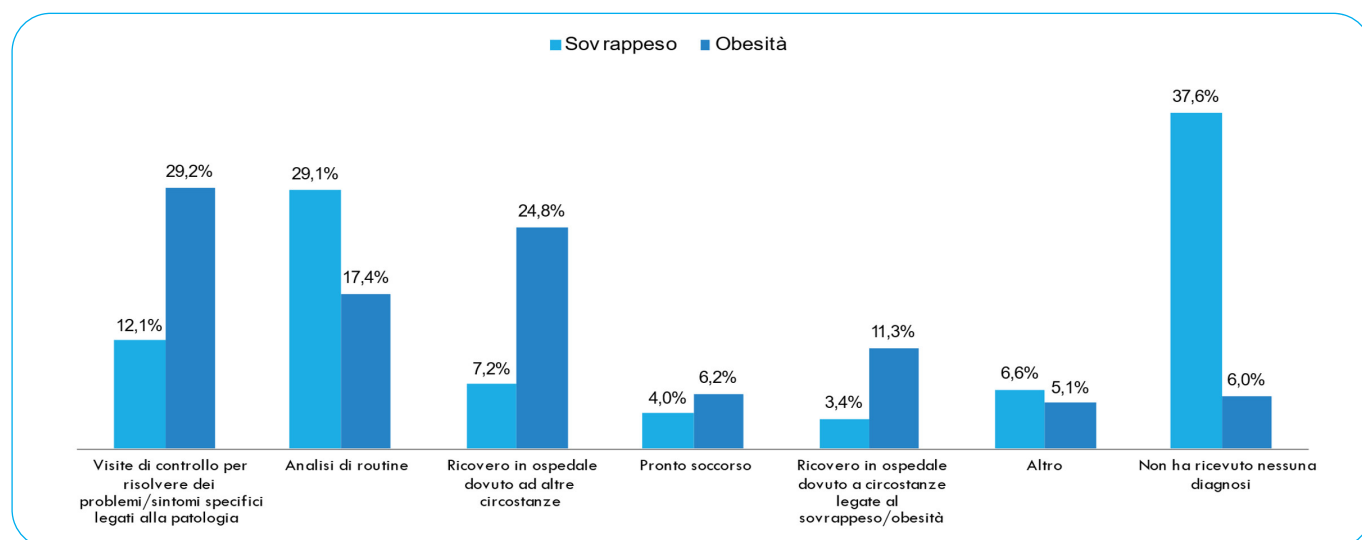
Diagnosi

L'occasionalità della diagnosi di sovrappeso o obesità riveste un ruolo importante nella rilevazione anche in considerazione delle possibilità di identificare le condizioni nelle quali l'intervistato ha il primo contatto con il medico che si è occupato della diagnosi. Assumono rilievo le diagnosi fatte anche in circostanze diverse rispetto a quelle strettamente sintomatologiche tipiche della patologia.

In particolare, per i pazienti obesi la diagnosi risulta effettua nel 29,2% delle osservazioni durante "Visite di controllo per risolvere dei problemi/sintomi specifici" e per il 24,8% dei casi durante un "Ricovero in ospedale dovuto a circostanze legate al sovrappeso/obesità". Nel caso, invece, dei pazienti sovrappeso la condizione prevalente nella quale avviene una diagnosi è quella del-

l'analisi di routine. Da rilevare infine che nel caso degli intervistati sovrappeso il 37,6 % non ha ricevuto una diagnosi mentre nel caso dei pazienti obesi solo il 6%. Guardando all'assistenza medica e considerando esclusivamente gli intervistati che hanno ricevuto una diagnosi (quindi il 94% del sotto campione dei rispondenti che soffrono di obesità e il 62,4% di coloro che soffrono di sovrappeso), possiamo notare che in entrambi i casi il medico ad aver fatto la prima diagnosi è prevalentemente il medico di medicina generale (64,7% dei casi per i pazienti obesi e il 74% nel caso dei pazienti sovrappeso) mentre solo nel caso dei pazienti obesi anche l'endocrinologo 23% o il nutrizionista 7%. Il 35,8% dei rispondenti è attualmente seguito da uno specialista che tratta anche problematiche alimentari e legate al peso (21,4% sono seguiti dal diabetologo o endocrinologo, il 14,3% da un nutrizionista).

Figura 7. Circostanze della diagnosi di obesità o della rilevazione dello stato di sovrappeso



Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

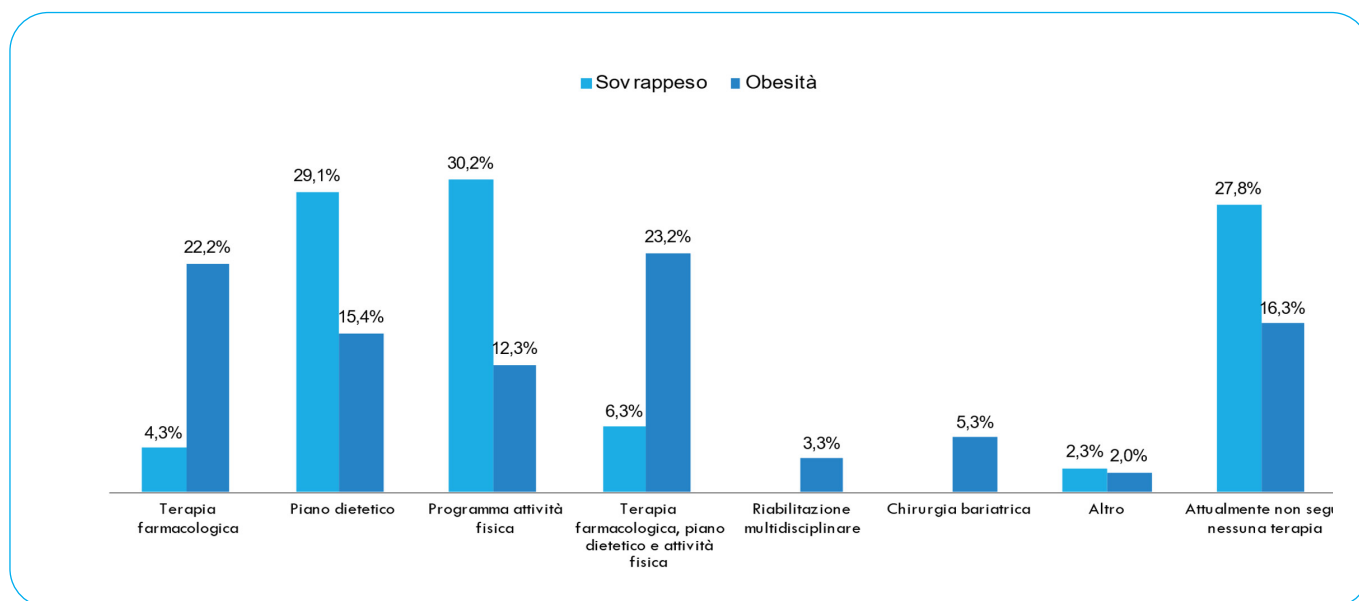
Trattamento

In relazione alla dichiarazione di seguire o meno un trattamento farmacologico il fatto di essere sovrappeso o obesi incide in modo determinante. Mettendo a confronto, infatti, gli intervistati che seguono un trattamento farmacologico (considerando chi lo segue in modo esclusivo e chi insieme ad un piano dietetico e di attività fisica) 45% sono gli intervistati obesi mentre il 10,6% sono sovrappeso.

A seguire esclusivamente un piano dietetico sono il 15,4% degli intervistati obesi contro il 29,1% degli intervistati sovrappeso e il 12,3% di chi soffre di obesità contro il 30,2% di chi è in sovrappeso segue un programma di attività fisica. Alla richiesta di valutare il grado di soddisfazione della terapia farmacologica il 66% degli intervistati obesi ha indicato di essere abbastanza soddisfatto della terapia e il 14,7% molto soddisfatto, mentre considerando il piano dietetico, il 54% degli intervistati obesi e il 67% degli intervistati sovrappeso ha indicato di essere abbastanza soddisfatti mentre il 24% per i pazienti obesi e il 15% per i pazienti sovrappeso hanno indicato di essere molto soddisfatti.

Degna di nota la quota di pazienti sovrappeso e obesi che non seguono alcun trattamento o piano dietetico/attività fisica, rispettivamente il 27,8% e 12,3%, percentuale quest'ultima non irrilevante considerando che parliamo di pazienti obesi. Dall'indagine infine emerge che gli intervistati in trattamento sono seguiti prevalentemente (nel 69% dei casi) da endocrinologi o nutrizionisti di centri specializzati e una percentuale minore dai medici di medicina generale (il 21%) e dai dietologi in strutture ambulatoriali (il 10%).

Figura 8. Trattamenti seguiti dai soggetti obesi e in sovrappeso



Fonte: Indagine Bhave, Obesity Monitor2022.

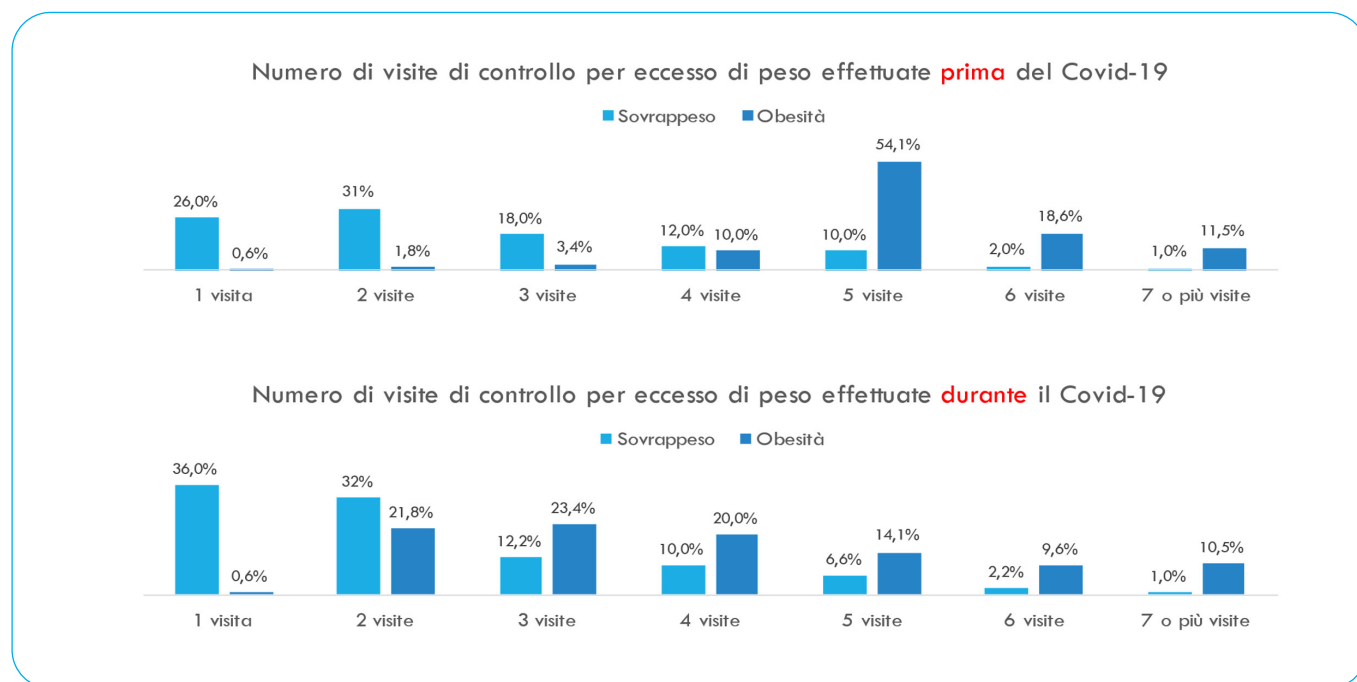
IMPATTO DEL COVID-19 SULL'ATTEGGIAMENTO DEI PAZIENTI VERSO LE VISITE DI CONTROLLO

Un focus speciale in questa indagine è stato dedicato all'impatto che l'emergenza legata alla pandemia da COVID 19 ha avuto sugli atteggiamenti dei pazienti verso le visite di controllo. Seppur infatti la maggior parte dei soggetti dichiara di non essere solito annullare o posticiparle, ma tra coloro che lo fanno il motivo principale è ricondotto alla disponibilità economica (66,7%) e alla consapevolezza di scarsa aderenza alla terapia (33,3%), da un confronto fra il riferito dei pazienti sulle visite effettuate prima dell'emergenza e le visite effettuate durante l'emergenza sono emersi alcuni elementi interessanti.

Le visite di controllo sono diminuite durante l'emergenza sia nel caso dei pazienti sovrappeso che dei pazienti obesi: mentre prima del Covid-19 la maggioranza dei pazienti obesi il 51,1%, aveva effettuato 5 visite di controllo l'anno durante l'emergenza sanitaria i pazienti che sono riusciti ad essere seguiti con 5 visite di controllo scendono al 14,1% degli intervistati mentre la maggioranza degli intervistati ha indicato le modalità da 2 a 4 visite di controllo con una media di 2,4 visite l'anno. La diminuzione del numero di visite di controllo non è

meno importante nel caso dei pazienti sovrappeso visto che – nonostante siano in una situazione clinica meno grave rispetto ai pazienti obesi – ad aumentare in maniera rilevante è la quota percentuale dei pazienti che hanno effettuato una sola visita di controllo (da 26% prima del Covid-19 a 36% durante il Covid-19). Degno di nota, infine, la sostanziale stabilità della percentuale di pazienti visitati 7 o più volte l'anno nei due periodi (Fig.9), circa il 10% di pazienti obesi e l'1% dei pazienti sovrappeso, verosimilmente pazienti più gravi e bisognosi di cure e controlli.

Figura 9. Follow-up - N° visite di controllo/anno confronto prima -durante emergenza Covid-19.



Fonte: Indagine Bhavé, Obesity Monitor2022.

In linea con i dati precedenti dalla rilevazione è emerso che le difficoltà specifiche legate alla gestione dell'obesità durante l'emergenza sanitaria hanno riguardato vari aspetti della vita del paziente, come gli impedimenti nell'accesso alle strutture ospedaliere e il blocco delle attività ambulatoriali sul territorio e in ospedale da parte dei medici che ha portato come visto ad una riduzione del numero delle visite di controllo come l'elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti. Ciò ha comportato all'annullamento di switches prescrittivi nei trattamenti farmacologici fra gli intervistati (una percentuale del 12% dei pazienti obesi avevano indicato uno switch nei trattamenti prima dell'emergenza Covid-19 percentuale che si è azzerata durante l'emergenza sanitaria), una riduzione delle prescrizioni di nuovi trattamenti e/o di nuove indicazioni dietetiche (-23% rispetto all'anno precedente) e la riduzione dell'aderenza terapeutica del paziente (il 14% degli intervistati prima del-

l'emergenza Covid-19 riferiva una bassa aderenza al trattamento/terapia dietetica avendo indicato di non riuscire a seguire la terapia con costanza, contro il 21% durante l'emergenza).

MOTIVAZIONI E ASPETTATIVE LEGATE AL CORRETTO STILE DI VITA

Attività fisica

Passando a considerare invece i dati sull'attività fisica, l'OMS definisce quest'ultima come "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che comporta un dispendio energetico superiore rispetto alle condizioni di riposo"¹⁶. Con 'esercizio fisico' si intende invece un'attività strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente, sottoposta a regole precise¹⁷.

¹⁶ WHO. 2010. Global Recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO Press.

¹⁷ Per approfondire la distinzione, si vedano le definizioni fornite sui portali:

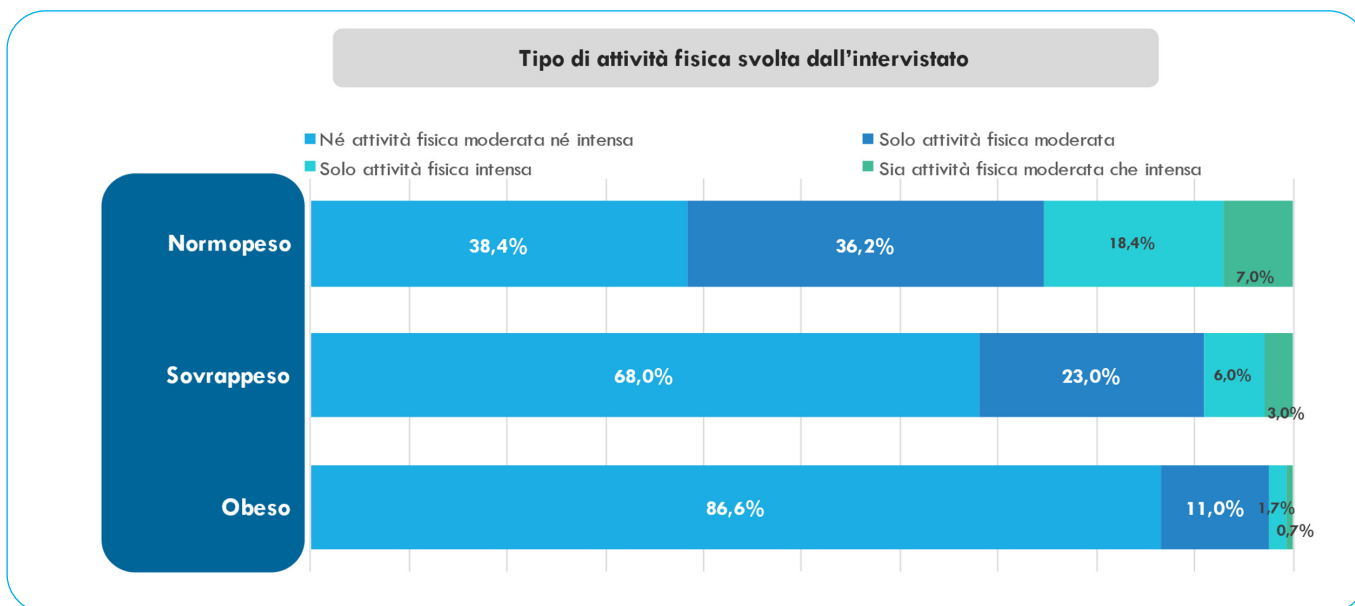
-ISS https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/. Ultimo accesso in data 02/10/2022 -OMS file:///C:/Users/ACER/AppData/Local/Temp/9789241599979_eng.pdf. Ultimo accesso in data 02/10/2020.

Nello specifico, l'attività fisica può portare ad un'ampia gamma di benefici per il paziente con cronicità, in quanto strategia di comprovata efficacia nella prevenzione primaria e secondaria¹⁸ oltre al fatto che proprio considerando il tema dell'eccesso di peso corporeo è possibile rilevare una relazione diretta tra livelli di attività fisica e predisposizione a sovrappeso e obesità. Un'attività fisica costante, anche moderata, consente di mantenere un peso stabile e contribuisce a far vivere meglio e più a lungo. Nei soggetti già in sovrappeso l'attività fisica e l'esercizio fisico moderato, in associazione a stili di vita corretti e in particolare a un'adeguata alimentazione, favoriscono un calo ponderale¹⁹ come anche rilevato in diverse revisioni sistematiche.²⁰

Nel caso di questa rilevazione, come anticipato, la quasi totalità del campione è impiegata in lavori di tipo sedentario: l'86,7% dei soggetti dichiara infatti di svolgere un lavoro dove bisogna stare seduti o in piedi ma con sforzo fisico esiguo o assente.

Guardando i risultati relativi all'attività fisica, emerge che il 23% degli intervistati sovrappeso e il 11% degli intervistati obesi dichiara di praticare un'attività fisica moderata intendendo con questa delle camminate effettuate 2-3 volte a settimana a fronte di un valore sicuramente più alto per gli intervistati normopeso (36,2%). Un parte minoritaria di soggetti con eccesso di peso pratica invece attività fisica intensa (6% soggetti sovrappeso e 1,7% obesi) con valori percentuali anche in questo inferiori rispetto agli intervistati normopeso (18,4%): stiamo parlando di un'attività che già con una camminata a velocità sostenuta/corsa della durata media di almeno 45 minuti una volta al giorno può essere considerata intensa per un paziente sovrappeso o obeso mentre il 2% dei soggetti sovrappeso e 0,7% dei soggetti obesi dichiara di praticare entrambi i tipi di esercizio. Da questi dati emerge come circa il 38,4% dei soggetti normopeso non pratici alcuna attività fisica, e percentuali più alte le ritroviamo nel caso dei pazienti sovrappeso (il 68%) e soprattutto di pazienti obesi (86,6%).

Figura 10. Tempo libero e attività fisica moderata o intensa



Fonte: Indagine Bhavé, Obesity Monitor 2022.

¹⁸ Warburton, D., & Bredin, S. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, 32(5), 541–556. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000437

¹⁹ Sull'argomento a cura di Barbara De Mei, Chiara Cadeddu, Paola Luzi, Angela Spinelli. 2018, ii, 95 p. Rapporti ISTISAN 18/9

²⁰ Ballor DL, Keesey RE. A meta-analysis of the factors affecting exercise-induced changes in body mass, fat mass and fat-free mass in males and females. *Int J Obes* 1991;15(11):717–26.; Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, et al. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003817.

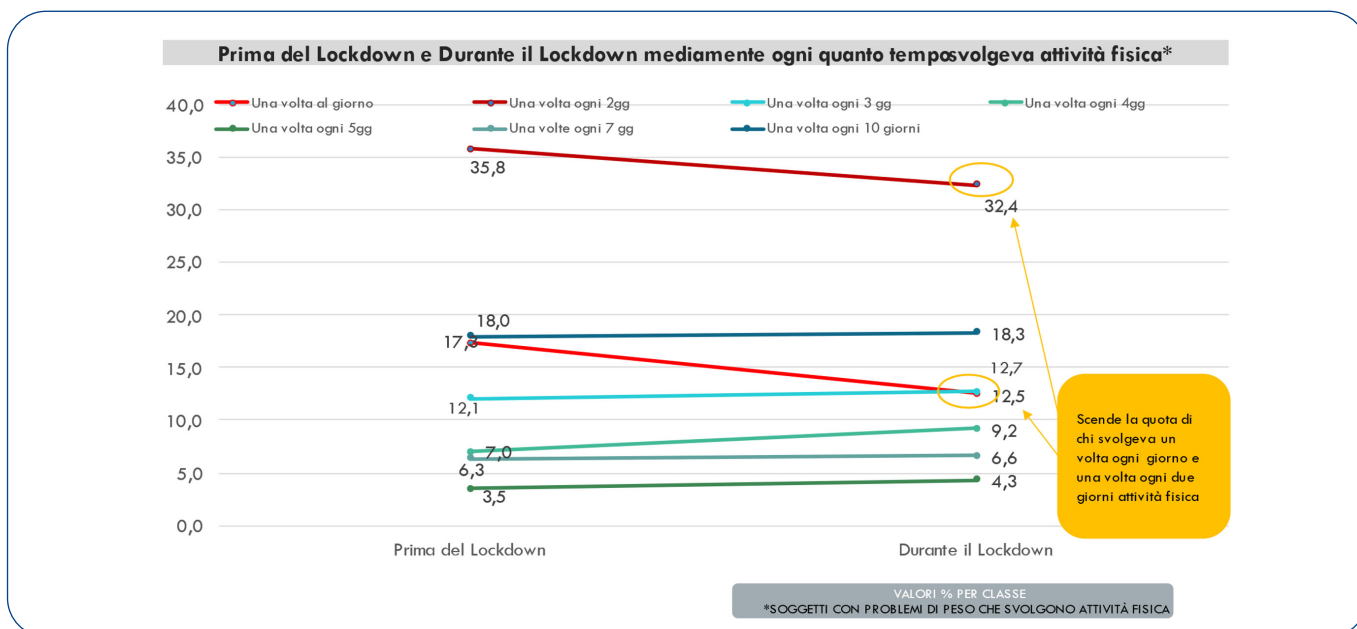
IMPATTO COVID-19: analisi di cluster sulla frequenza dello svolgimento dell'attività fisica

Alcune domande specifiche sono state rivolte per rilevare l'entità dell'impatto della pandemia da Covid-19 e del lockdown sulla gestione dell'obesità e del sovrappeso da parte degli intervistati. Le difficoltà principali riportate dagli intervistati in questo periodo sono state l'impossibilità di muoversi e fare attività fisica (37,3%) a pari livello con le problematiche nella gestione di un'alimentazione bilanciata (36,8%). Nonostante ciò, non si identifica una significativa riduzione, se non in pochi punti percentuali, della quota percentuale dei rispondenti sia sovrappeso che obesi che indicano di aver svolto attività fisica durante il periodo dell'emergenza sanitaria rispetto al periodo precedente. Da un'analisi sulla frequenza di svolgimento dell'attività si evidenzia in re-

altà un quadro un po' diverso, che certamente sarebbe da esplorare in modo più approfondito, ma che già può configurare dei modelli di comportamento diversi durante l'emergenza sanitaria: considerando infatti solo gli intervistati con problemi di peso che svolgono attività fisica si evidenzia una riduzione abbastanza marcata della quota dei rispondenti che praticavano attività fisica una volta al giorno dal 17,3 % al 12,5% e una volta ogni due giorni con una riduzione percentuale da 35,8% a 32,4%, con un aumento delle percentuali invece per gli intervistati che svolgevano attività una volta ogni 5 giorni.

In sostanza quei già pochi rispondenti in sovrappeso e obesi che svolgeva attività fisica in modo continuativo prima del covid-19 non hanno perso la buona abitudine, ma proprio chi era più regolare nell'attività ha ridotto in modo significativo la frequenza.

Figura 11. Variazioni nello svolgimento di attività fisica prima e durante il lockdown



Fonte: Indagine Bhavé, Obesity Monitor2022.

ASPETTATIVE, STILI DI VITA E COMPORAMENTI DI SALUTE

La rilevazione ha permesso di esplorare quali siano le motivazioni o le aspettative che stanno dietro una corretta gestione dello stile di vita soprattutto considerando aspetti e dimensioni sociali della malattia e della salute. Per far ciò sono state predisposte due batterie di domande, una con affermazioni sullo stile di vita su cui esprimere accordo/ disaccordo usando una scala Likert di 19 item, un'altra con una serie di 22 affermazioni riguardo abitudini relazionali, comportamentali e alimentari a cui rispondere sempre rispettando la stessa modalità di scaling. Le scale sono state elaborate sulla base di una revisione sistematica della letteratura scientifica degli ultimi 10 anni su questionari, interviste ed altri sistemi di raccolta dati elaborata all'interno del rapporto "I Questionari per la Sorveglianza Nutrizionale degli Adolescenti" prodotto per il progetto di ricerca corrente "La promozione della salute nel terzo millennio: facebook, social gaming e promozione di stili di vita sani tra gli adolescenti" da AGENAS in collaborazione con la Società di Nutrizione Umana (SINU). I temi considerati erano:

- dieta totale ed aspetti parziali della dieta;
- apporti di sale;
- ambiente obesogeno;
- dipendenza da internet

Le due scale di rilevazione sono state successivamente trattate con la tecnica multivariata dell'analisi fattoriale che ha permesso di individuare tre fattori principali sostanzialmente riconducibili alla "Triade di Twaddle"²¹ e quindi alla dimensione della malattia definita disease (la malattia fisica vera e propria che colpisce il malato e riguarda tutti i sintomi e i segni che il medico può constatare e tramite i quali può fare diagnosi e impostare terapie), la dimensione illness (la sensazione che il soggetto ha del proprio star male, una percezione personale che lo porta a entrare in contatto con i suoi pensieri e sentimenti) e la sickness (il modo in cui il contesto sociale e culturale interpretano la malattia dell'individuo, nello specifico questa visione è stata descritta interrogando il paziente, quindi raccogliendo il suo "sguardo come soggetto che sta in una comunità"). Questi tre fattori, analiticamente costruiti e interpretati sulla base dei punteggi

assegnati agli item da parte degli intervistati possono supportare delle possibili interpretazioni sulle dinamiche manifeste e latenti ai comportamenti dei soggetti che soffrono di eccesso di peso corporeo, così come una possibile leva strategica per definire degli interventi di prevenzione.

Dall'analisi fattoriale il passaggio di analisi successivo è stato quello di definire una categorizzazione dei soggetti sovrappeso e obesi sulla base di una cluster analysis sulle variabili emerse che ha portato alla identificazione di quattro gruppi. Infine, sono stati valutati i gruppi sulla base dei punteggi e dell'ordinamento ad una domanda nella quale si chiedeva agli intervistati di ordinare per importanza i propri obiettivi nella gestione del peso corporeo corretto. Considerando tutti gli intervistati con problemi di peso corporeo al primo posto è stato indicato "Sentirsi a proprio agio nei diversi contesti sociali" (rispettivamente il 23% per gli obesi e il 31% per chi è sovrappeso) al secondo posto nel caso degli intervistati che soffrono di obesità il "Compiacere i propri cari" mentre nel caso degli intervistati sovrappeso "Aumentare il benessere fisico" e a terzo posto nel caso degli intervistati con maggiori problemi di peso una dimensione legata alla salute quindi "Migliorare le proprie condizioni di salute generali" mentre nel caso degli intervistati sovrappeso "Aumentare l'autostima".

Il ranking di questi obiettivi analizzati successivamente rispetto ai diversi cluster hanno mostrato una coerenza logica rispetto alle caratteristiche dei cluster stessi. I cluster identificati sono 4: gli indifferenti (22%), gli ansiosi (33%), i solitari (24%), i complianti (21%). Di seguito una breve descrizione idealtipica sui singoli cluster:

Indifferenti: Uomo, anziano (over 65 anni), benestante anche se in passato ha avuto problemi economici, area di residenza nel Nordovest, sovrappeso o obeso di I grado, imprenditore o libero professionista, svolge un lavoro sedentario, non segue un regime dietetico rigoroso ma svolge saltuariamente attività fisica, ha molte interazioni sociali, ha piacere di partecipare ad eventi, feste e altre attività sociali. Ha un livello culturale medio-alto, legge e si informa sui temi dell'attualità, ha una bassa dipendenza dall'assistenza sanitaria. Pensa di godere generalmente di buona salute anche se usa il cibo come

²¹ "Triade di Twaddle" elaborata dal sociologo della salute e antropologo medico Andrew Twaddle in occasione della sua tesi di dottorato nel 1968 e successivamente rielaborata e approfondita da Bjorn Hoffman. - Twaddle A., 1968. Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behaviour among Older Males in Providence, Rhode Island. Ph.D. Thesis, Brown University. - Twaddle A. 1979. A Sociology of health. London: Macmillan. - Hoffman, B., 2002 On the triad disease, illness, and sickness J Med-Philos. 2002 Dec;27(6):651-73;

conforto durante i momenti difficili, beve alcol tutti i giorni anche fuori dai pasti, non legge informazioni sui temi legati all'alimentazione, compra cibi precotti, da asporto o molto processati. La gestione della condizione fisica legata al peso non assorbe molte delle sue energie mentali e vuole dimagrire per ottenere un miglioramento del proprio aspetto fisico.

Ansiosi: Donna tra i 50 e i 65 anni, dipendente, diplomata, del Centro-Sud, Sovrappeso o Obesità di I o II grado, prediabetica o diabetica, soffre di disturbi d'ansia, è molto attenta nella gestione dell'alimentazione anche se ha spesso bisogno di qualcuno che la esorti a rispettare la dieta. Ritiene il suo essere in sovrappeso/obesa una condizione molto grave e ha la sensazione di non essere seguita abbastanza nella gestione del suo peso corporeo. Le capita di sentirsi a disagio nei contesti sociali a causa del suo peso corporeo, crede che la sua situazione economica sia un limite nella gestione corretta del suo peso corporeo, che la porta spesso a provare malessere psicologico. La gestione della sua condizione fisica legata al peso assorbe molte delle sue energie mentali, ha poche interazioni sociali, trascorre molto tempo guardando la tv o al computer per motivi non legati al lavoro e legge e si informa quotidianamente sui temi dell'attualità. Nell'ultimo anno ha avuto problemi economici e il pensiero dei soldi è stato ricorrente e il contesto in cui abita non le offre molte opportunità per uscire e socializzare. Durante l'emergenza sanitaria ha ridotto la sua attività fisica ed è stata meno attenta alla dieta. Desidera sentirsi a proprio agio nei diversi contesti sociali e migliorare il proprio aspetto e il proprio benessere psicologico.

Solitari: Uomo, adulto 35-50 anni, laureato del Centro, Obeso di II grado, soffre di disturbi dell'umore e/o disturbi del comportamento alimentare, non riesce a gestire la terapia in maniera autonoma e ha bisogno di supporto psicologico. Non effettua le visite di controllo con regolarità e ha la sensazione di non essere seguito abbastanza nella gestione del mio peso corporeo. Il peso è per lui un limite alla conduzione di una vita normale e gli capita di sentirsi a disagio nei contesti sociali a causa

di esso. Ha poche interazioni sociali, e trascorre molto tempo guardando la tv o al computer per motivi non legati al lavoro. Svolge poca o nessuna attività fisica. Gli capita raramente di comprare cibi precotti, da asporto o molto processati e consuma la maggior parte dei suoi pasti da solo. Si sente soggetto a stigma sociale, vuole dimagrire per sentirsi a proprio agio nei diversi contesti sociali, ottenere compiacimento da parte dei propri cari e ridurre i rischi di altre patologie.

Complianti: Giovane-Adulto dai 18 ai 45 anni, ha un livello culturale elevato, Sovrappeso, rispetta tutte le indicazioni del suo medico di riferimento ed è molto attento nella gestione dell'alimentazione, riuscendo ad mantenersi costante nella terapia. Effettua le visite di controllo con regolarità e si sente soddisfatto del suo attuale medico curante. La gestione della sua condizione fisica legata al peso assorbe molte delle sue energie mentali. Legge e si informa quotidianamente sui temi dell'attualità, gli piace partecipare ad eventi, feste e altre attività sociali e nell'ultima settimana ha svolto almeno un'attività insieme ai suoi familiari (es. pasto, uscita, evento). Svolge attività fisica (camminata, corsa, ginnastica) o sportiva almeno 2 volte a settimana e si informa molto sul tema dell'alimentazione. Ha spesso bisogno di qualcuno che lo esorti a rispettare la sua dieta e quando è a casa cucina quasi tutti i suoi pasti. Vuole dimagrire perché interessato a ridurre i rischi di altre patologie e migliorare le proprie condizioni di salute generali.

CONCLUSIONI

L'obiettivo dell'indagine è stato quello di contribuire nel ricostruire una visione delle problematiche e delle prospettive del soggetto che soffre di problemi di eccesso di peso cercando di esplorare il tema più profondo del rapporto col corpo così come vissuto dal paziente cronico e rivedendo la dimensione *dell'illness esperita*, e cioè di quelle «percezioni di dolore, sofferenza o ansia da parte del soggetto indipendentemente dalla presenza o meno di alterazioni organiche rilevabili attraverso strumentazioni bio-mediche». ²² Il paziente con eccesso di peso infatti si trova talvolta a vivere, come espresso in alcuni resoconti di malattia, una condizione duale e divisa capace di mettere in discussione uno dei sei caratteri della 'realtà di senso comune' elaborati dal sociologo Alfred Schütz, ovvero la capacità di vivere un "sé totalmente indiviso" ²³, sviluppando un senso di antagonismo nei confronti del proprio corpo, soprattutto quando il corpo – attraverso una volontà che vacilla o apparentemente debole nel rapporto con il cibo – non "risponde". Ulteriori analisi dovrebbero essere condotte per verificare quanto l'attività fisica e sportiva, incentivando lo sviluppo del cosiddetto *body control*, ²⁴ sia in grado di ridurre il conflitto e la dualità esperita dai soggetti cronici con obesità.

Le conseguenze di queste riflessioni portano alla necessità di riflettere su un contesto di salute-malattia in un'accezione più ampia che comprenda interamente tutta la dimensione sociale e relazionale.

In quest'ottica, l'attività fisica nei soggetti con obesità è uno di quei ponti euristici che aiuta a comprendere in maniera intuitiva la necessità della ricomposizione di queste dimensioni in uno sguardo unitario che superi la distinzione tra i diversi piani della malattia, recuperando l'esperienza unitaria vissuta dal paziente. Sul piano clinico, si tratta, infatti, di una pratica con effettivi benefici evidence-based riconosciuti dalla comunità scientifica ^{25,26}, ma anche di un'attività che chiama in causa varie componenti portatrici di enorme significato nella vita delle persone che rimandano alle rappresentazioni

sociali della malattia, come la possibilità di sentirsi parte di un gruppo e il senso di accettazione sociale ed inclusione che deriva dal non sentirsi discriminati per la propria condizione di salute ²⁷. Come visto, tali dimensioni sono infatti motore essenziale delle decisioni dei soggetti in eccesso ponderale sul fronte terapeutico, i quali sovente individuano nella possibilità di sentirsi a proprio agio nei contesti sociali e nel compiacimento dei propri cari alcune delle motivazioni principali per innescare un cambiamento nel proprio stile di vita e condizione di salute, e dunque i cardini su cui poter costruire aspettative positive per il futuro.

²² Maturo, A. (2007). *Sociologia della malattia*. Milano: Franco Angeli. Pg. 122.

²³ Good BJ. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità. (Ed. or. 1994 *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press)

²⁴ Frederick, C. M., Morrison, C., & Manning, T. (1996). Motivation to Participate, Exercise Affect, and Outcome Behaviors toward Physical Activity. *Perceptual and Motor Skills*, 82(2), 691–701.

²⁵ González-Gross, M., & Meléndez, A. (2013). Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. *Nutricion hospitalaria*, 28 Suppl 5, 89–98

²⁶ Kortmann, T., & Schumacher, G. (2013). Physical activity in obesity and overweight. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, 70(2), 113–117.

²⁷ Thedinga, H. K., Zehl, R., & Thiel, A. (2021). Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC public health*, 21(1), 565.



*Commento
delle associazioni
pazienti*



Amici obesi

Iris Zani

Presidente Amici Obesi

Siamo giunti, forse, alla fine di un periodo molto intenso e anche molto pericoloso per tutte le persone con obesità. La pandemia ha evidenziato quanto il paziente con obesità sia fragile e non solo per le malattie che colpiscono l'apparato respiratorio. Per la prima volta è stata riconosciuta questa fragilità agevolando l'accesso alle cure ai pazienti con obesità.

Il percorso per il riconoscimento della malattia avvenuto nel novembre 2019 difatto si è fermato proprio per l'arrivo della pademia ad inizio 2020.

I percorsi di cura sono ancora difficoltosi ed onerosi, soprattutto per i pazienti affetti da obesità di media gravità, con BMI inferiore a 35. In Italia, per assurdo, per avere il diritto alle cure bisogna essere affetto da obesità grave con BMI superiore a 35.

Questo purtroppo è un punto dolente. Il paziente non sempre è in grado di sostenere le spese per seguire percorsi di cura molto articolati e soprattutto che si protraggono nel tempo. La malattia non è semplice, trattasi di malattia cronica che necessita di un percorso che spesso viene abbandonato proprio per il grande carico economico che comporta.

Per affrontare l'obesità è fondamentale che tutti coloro che necessitano di cure abbiano accesso ai migliori servizi disponibili. I servizi assistenziali in tutte le Regioni devono essere rafforzati

E questo fa sì che l'obesità continui ad aumentare. I dati parlano chiaro.

Come associazione riportano ancora una volta lo slogan che deve portare necessariamente dei risultati:

OCCORRE AGIRE

- riconoscere che l'obesità è una malattia e necessita di un adeguato supporto professionale;
- consentire l'accesso universale, la copertura sanitaria e/o assicurativa per i trattamenti dell'obesità;
- inserimento l'obesità nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- creare percorsi assistenziali chiari per le persone affette da obesità;
- creare team multidisciplinari a supporto del trattamento dell'obesità;
- consentire l'accesso ai trattamenti farmaceutici e ai dispositivi medici in base alle esigenze individuali;
- investire in prevenzione attraverso interventi precoci per migliorare il successo del trattamento;
- creazione di reti regionali di assistenza per la persona con obesità che coinvolgano centri specialistici e medici di medicina generale.

Prevenzione, diagnosi, trattamento precoce, corretto accesso alle cure possono impedire e ritardare il rischio di complicanze e di mortalità



Call to action

Paolo Sbraccia

Vice Presidente IBDO Foundation

La lotta all'obesità è un fenomeno complesso che deve vedere coinvolti diversi attori del sistema, per identificare le strategie politiche, sociali, economiche e cliniche di maggiore impatto, utili ad agire a livello dei macrofattori e di tutti gli interventi sulla popolazione.

Il successo di tali strategie dipende dal grado di coinvolgimento, consapevolezza e interazione di tutte le componenti e delle corrette valutazioni che vanno fatte in termini di impatto sulle persone, anche in considerazione del loro livello socio-culturale-economico.

La ricerca delle azioni prioritarie non può prescindere da una analisi di fattibilità delle stesse e dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi.

Le call to action che possono essere oggi individuate debbono tenere conto della Carta europea sull'azione di

contrasto all'obesità, della recente mozione approvata dalla Camera dei Deputati nel 2019 e dei dati oggi disponibili a livello nazionale sull'impatto dell'obesità.

In tal senso si individuano quattro aree dove sviluppare le azioni di prevenzione e contrasto all'obesità:

- per promuovere la domanda e l'offerta di alimenti più salutari
- per incentivare l'attività fisica nella popolazione
- per realizzare interventi specifici di politica sanitaria
- per assicurare dignità e diritti alla persona con obesità
- per sostenere la formazione e la ricerca

Per ognuna di queste aree l'Italian Obesity Barometer Report 2022 individua alcuni punti qualificanti di azione sinergica nella lotta all'obesità e al sovrappeso.

Promuovere la domanda e l'offerta di alimenti più salutari

La pubblicità e promozione alimentare, dovrebbe ridurre il peso della promozione commerciale per gli alimenti e le bevande non alcoliche destinate ai bambini, anche attraverso un sistema di autoregolazione dell'industria;

La composizione e rimodulazione degli alimenti, dovrebbero essere incoraggiate attraverso politiche che incoraggino l'industria alimentare a rivedere le caratteristiche nutrizionali dei loro prodotti al fine di ridurre i livelli di grassi totali, grassi saturi, zuccheri e sale aggiunto;

L'etichettatura alimentare dovrebbe consentire di individuare i prodotti che contengono elevate quantità di grassi, zuccheri e sale e l'etichettatura nutrizionale dovrebbe essere presentata con modalità facilmente comprensibili;

Nelle scuole, negli asili infantili e nei posti di lavoro dovrebbe essere garantita una ristorazione conforme alle linee guida per una sana alimentazione, privilegiando l'offerta di frutta e verdura e garantendo una varietà di scelte alimentari che siano compatibili con le linee guida per una sana alimentazione.

Incentivare l'attività fisica nella popolazione

Rendere più facile la scelta di un trasporto attivo attraverso la promozione di una attività fisica moderata e diffusa anche attraverso la promozione di politiche sulla sicurezza di ciclisti, runners e pedoni (soprattutto bambini).

Progettare il tessuto urbano e residenziale con soluzioni che possono facilitare un'attività motoria, sportiva e aver uno stile di vita attivo;

Sviluppare nelle scuole attività curriculari ed extracurriculari che consentano a bambini ed adolescenti almeno 60 minuti quotidiani di attività fisica di vario tipo;

Promuovere nei luoghi di lavoro programmi di attività motoria almeno tre volte la settimana e fornire incentivi e agevolazioni fiscali per i dipendenti e i datori di lavoro. Gli interventi specifici per il servizio sanitario.

Interventi specifici di politica sanitaria

Sviluppare sinergie tra l'assistenza di base e quella specialistica per fornire orientamenti su alimentazione, stili di vita e trattamenti farmacologici, per aiutare gli individui a mantenere un peso accettabile e bloccare la progressione dal sovrappeso all'obesità;

Aumentare la diagnosi e trattamento delle comorbidità associate all'obesità, attraverso programmi di screening sulla popolazione, impedendo l'utilizzo di pratiche diagnostiche, dietologiche e terapeutiche dietetiche la cui base scientifica non sia documentata;

Realizzare una rete diffusa e omogenea di centri per l'obesità in tutte le Regioni che possano prendere in carico la persona in tutte le fasi della sua vita;

Considerare l'obesità come una malattia con esiti fortemente invalidanti e condizionanti la vita della persona.

Assicurare dignità e diritti alla persona con obesità

Aumentare il coinvolgimento delle Istituzioni, dei medici, delle persone e dei media circa la consapevolezza dell'impatto dello stigma sul peso, per migliorare la qualità di vita delle persone;

Aiutare le persone a superare le barriere che sorgono a causa dello stigma, evitando ed eliminando le etichette e i riferimenti peggiorativi riguardanti le persone con obesità;

Generare maggiore consapevolezza nella lotta allo stigma evitando ogni forma di discriminazione e bullismo per le persone con obesità nei luoghi di lavoro, nelle scuole e in tutti i luoghi;

Abbandonare l'uso di immagini negative, stereotipi e un linguaggio inappropriato sull'obesità da parte dei media, della pubblicità e della comunicazione in genere.

Assicurare dignità e diritti alla persona con obesità

Aumentare il coinvolgimento delle Istituzioni, dei medici, delle persone e dei media circa la consapevolezza dell'impatto dello stigma sul peso, per migliorare la qualità di vita delle persone;

Aiutare le persone a superare le barriere che sorgono a causa dello stigma, evitando ed eliminando le etichette e i riferimenti peggiorativi riguardanti le persone con obesità;

Generare maggiore consapevolezza nella lotta allo stigma evitando ogni forma di discriminazione e bullismo per le persone con obesità nei luoghi di lavoro, nelle scuole e in tutti i luoghi;

Abbandonare l'uso di immagini negative, stereotipi e un linguaggio inappropriato sull'obesità da parte dei media, della pubblicità e della comunicazione in genere.



Editor e coautori

Prof. Paolo Sbraccia

Il Prof. Paolo Sbraccia è Professore Ordinario di Medicina Interna nel Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna e Centro Medico dell'Obesità del Policlinico Tor Vergata. È Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna e componente del Comitato Etico Indipendente presso la Fondazione Policlinico Tor Vergata. È stato inoltre Presidente del Corso di Laurea di Dietistica (2006 – 2018).

È Vice Presidente Vicario della "Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation" e membro dell'Executive Committee della European Association for the Study of Obesity (EASO). È inoltre Past President della Società Italiana dell'Obesità (SIO) e della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Dal 2006 al 2010 è stato Componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Diabetologia (SID), e nel biennio 2008-2010 Coordinatore del Comitato Scientifico della SID. Nel biennio 2009-2011 è stato membro della Commissione del Ministero della Salute per la valutazione dell'Appropriatezza diagnostico-terapeutica per Obesità e Diabete. Nel biennio 2010-2012 è stato nominato Coordinatore del Comitato Scientifico della Società Italiana dell'Obesità (SIO). Dal 2008 è membro del "Scientific Advisory Group for Diabetes and Endocrinology" dell'EMA (Londra). Sempre dal 2009 è membro dell'Editorial Board della rivista "Internal and Emergency Medicine", dal 2014 della rivista "Eating and Weight Disorders" e dal 2018 della rivista "Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research" e ad hoc reviewer di numerose riviste scientifiche internazionali. Nel 2015 ha fatto parte del gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Superiore di Sanità "Patologia endocrina", con particolare riferimento all'obesità.

Nel biennio 2014-2016 è stato Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO).

Dal 2017 al 2019 è stato Presidente della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Nel 2015 è stato uno dei promotori della "Milan Declaration: A Call to Action on Obesity - an EASO Position Statement on the Occasion of the 2015 EXPO" (Ref. 81).

Nel 2016 ha coordinato la stesura delle linee guida nazionali sull'obesità: "Standard Italiani per la Cura dell'Obesità (Società Italiana dell'Obesità (SIO) – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)"; tradotte in inglese e pubblicate da Springer (Clinical Management of Overweight and Obesity. Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO) (109, 110). In tali linee guida ha coordinato e proposto alla comunità internazionale un nuovo algoritmo di cura dell'Obesità (SIO management algorithm for patients with overweight or obesity: consensus statement of the Italian Society for Obesity).

Dott.ssa Roberta Crialesi

La dottoressa Roberta Crialesi è Dirigente del Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza dell'Istat. Coordina la progettazione e realizzazione di indagini e analisi per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, della disabilità, dell'assistenza e dei servizi socio-sanitari resi dalle istituzioni e private. Le sue ricerche comprendono lo studio delle dinamiche socio demografiche, la cronicità, la qualità della sopravvivenza, le disuguaglianze socio-economiche nella salute e nella mortalità, l'incidentalità stradale. Partecipa a gruppi di lavoro, task force, commissioni nazionali e internazionali; è stata il delegato italiano al Working party on Statistics per discutere il Regolamento europeo nel campo delle statistiche su sanità pubblica. La Dottoressa Crialesi è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Antonio Nicolucci

Il Dott. Antonio Nicolucci è Direttore di CORESEARCH ed è stato Coordinatore del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud – Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". Le sue ricerche comprendono la metodologia epidemiologica e i risultati dell'assistenza nel diabete, l'impatto psicosociale del diabete, della malattia cardiovascolare e dei trattamenti associati. Nel corso della sua carriera, ha rivestito diversi ruoli nella Società Italiana di Diabetologia e nell'Associazione Medici Diabetologi.

Il Dott. Nicolucci è Coordinatore del Data Analysis Board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Lucio Corsaro

Il Dott. Lucio Corsaro dal 2020 è Fondatore di BHAVE, startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario per comprenderne le motivazioni, supportando le organizzazioni pubbliche e private nella ricerca di soluzioni attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti di persone, pazienti, operatori e stakeholder del settore sanitario.

Esperto di strategia, marketing, analisi statistiche e comportamentali, ha progettato e realizzato studi ed analisi sia a livello nazionale che internazionale nell'ambito delle patologie croniche, malattie rare, fragilità, oncologia ed infettivologia.

Insieme al suo team, attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning è in grado di integrare ed elaborare sia big che small data, creando modelli di comportamento predittivo e progetti per il miglioramento dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni.

Il marketing comportamentale e lo studio delle scienze comportamentali, nell'ambito della salute, sono uno dei suoi maggiori interessi e nel tempo è diventato sempre più determinato a rendere questi argomenti professionali il fulcro assoluto della sua vita lavorativa quotidiana.

Attualmente è impegnato in gruppi di lavoro, task force, docenze, consigli direttivi, consulenze strategiche e di

marketing per aziende, istituzioni, società scientifiche e associazioni pazienti.

Niente potrebbe descrivere meglio la sua visione di ciò che Arthur Conan Doyle ha dichiarato in "The Adventure of the Blue Carbuncle": "Il mio mestiere è sapere ciò che gli altri non sanno. Mi sono allenato a vedere le cose che gli altri trascurano".

Lucio Corsaro è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.



Promotori e partner

IBDO FOUNDATION

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation - IBDO nasce come modello di modern Think Tank sul diabete nella certezza che questa patologia oggi debba essere affrontata attraverso un confronto continuo sulle tematiche cliniche, sociali, economiche e politico-sanitarie.

Il confronto strutturato, l'analisi e il monitoraggio continuo dei dati permettono di valutare una varietà di indicatori per giungere a individuare strategie a breve, medio e lungo termine in grado di determinare reali cambiamenti gestionali.

L' IBDO Foundation ritiene che una roadmap per individuare le priorità di intervento sul diabete può essere tracciata solo attraverso l'analisi e l'integrazione delle quattro aree strutturali, clinica, sociale, economica e politica su cui si basa il moderno approccio all'Healthcare Landscape.

Per tali motivi, l'IBDO Foundation è stata chiamata a far parte, quale membro istituzionale, di importanti gruppi internazionali che si occupano di salute pubblica, come la European Public Health Association, al pari dei Ministeri della Salute dei Paesi europei, compreso quello italiano, e di importanti enti di ricerca internazionali.

L'ambizione è rendere l'Observatory un modello di partnership intersettoriale tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, Università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete, per creare uno strumento che dia organicità e sistematicità alle numerose iniziative intraprese sul diabete.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestare la progressione "pandemica" del diabete.

È il primo osservatorio sul diabete a livello mondiale che vede il coinvolgimento di Università, Istituzioni Governative e Parlamentari, Società Scientifiche e Industria.

L'obiettivo dichiarato è promuovere "un progetto unita-

rio" che identifichi, a beneficio degli attori dello scenario "diabete" e della pubblica opinione e attraverso l'analisi dei dati e la valutazione delle attività intraprese, tutto quanto viene compiuto per meglio pianificare i futuri interventi.

CORESEARCH

Il Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology -CORESEARCH è un istituto di ricerca con sede a Pescara, fondato da un team di ricercatori con oltre 25 anni di esperienza nel campo dell'epidemiologia clinica delle malattie croniche e nell'applicazione di tecniche statistiche avanzate alla ricerca biomedica.

Le principali aree di competenza comprendono: disegno, conduzione ed analisi di sperimentazioni cliniche controllate e studi osservazionali, conduzione di revisioni sistematiche e metanalisi, valutazione della qualità della cura e della qualità della vita, analisi di grandi database amministrativi e di real world data, con attenzione ai risultati clinici, sociali ed economici, creazione di registri di patologia.

I diversi approcci metodologici vengono utilizzati per lo studio di farmaci, dispositivi biomedicali, strategie assistenziali, telecare/telemedicina e per valutazioni di epidemiologia clinica e salute pubblica.

In CORESEARCH si integrano molteplici background specialistici derivanti da percorsi di studio in Medicina, Farmacia e Farmacologia, Biotecnologie, Statistica, Informatica.

La multidisciplinarietà caratterizza le attività del gruppo che si distingue per la capacità di tradurre la complessità di sofisticati approcci metodologico statistici in messaggi di immediata fruibilità dal punto di vista clinico.

Le attività si articolano in tre aree principali: Servizi, Formazione, Ricerca.

I ricercatori e gli esperti di CORESEARCH sono autori di oltre 250 articoli pubblicati in riviste scientifiche internazionali indicizzate, fra le quali The Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine, BMJ, Archives of Internal

Medicine, Diabetes Care, Diabetologia, Journal of National Cancer Institute, Journal of Clinical Oncology.

CORESEARCH opera come Clinical Research Organization (CRO, DM 15/11/2011) ed è inserito nel network europeo per la ricerca non profit Ecrin/Ita-Crin.

FONTE: core@coresearch.it

BHAVE

Bhave è la digital startup nata per portare innovazione nel settore della Salute, nei processi di decision making e nel marketing strategico, attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti delle persone, dei medici e degli stakeholder, sfruttando le incredibili potenzialità dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning per integrare ed elaborare big e small data.

La quantità di dati che viene prodotta quotidianamente è di flusso sempre crescente in ogni settore, dall'ambito sanitario a quello industriale. La vera sfida oggi è saper gestire e utilizzare questa importante ed enorme mole di informazioni per accrescere la competitività e l'efficacia dei servizi offerti.

La raccolta dei dati non basta da sola, se non viene accompagnata da una accurata analisi ed elaborazione di tutte le informazioni.

La disciplina che consente di farlo in modo analitico è l'Applied Behavioral Analysis, l'area di ricerca finalizzata a comprendere le relazioni che intercorrono tra le conseguenze di un comportamento e gli eventi che lo precedono.

Questo tipo di analisi è diventata un elemento chiave per prendere decisioni importanti nell'ambito della Salute e implementare le strategie d'impresa, perché consente di identificare e focalizzare l'attenzione sulle motivazioni alla base dei comportamenti delle persone (pazienti, medici, stakeholder, consumatori, utenti), andando oltre le tradizionali metriche numeriche e analisi sociodemografiche.

Questi paradigmi sono le fondamenta dell'approccio BHAVE e delle diverse soluzioni innovative disegnate per supportare le aziende e le istituzioni operanti nell'ambito della salute.

FONTE: <https://bhave.it>

OPEN ITALY

OPEN (Obesity Policy Engagement Network) è un'iniziativa globale che ha l'obiettivo, attraverso il confronto reciproco e lo scambio di best practice, di sostenere il percorso nazionale di ogni membro aderente per il raggiungimento degli obiettivi di policy per la prevenzione e la cura dell'obesità.

PERCHÉ OPEN

Attraverso la rete globale ai membri è data l'opportunità di discutere dei progressi e dei risultati ottenuti nel proprio Paese, ottenere informazioni e suggerimenti da altri Paesi ed esperti, nonché strumenti tangibili per sviluppare ulteriormente la propria strategia nazionale sull'obesità.

OPEN Italy si è insediato a Roma il 7 ottobre 2019 ed è costituito da esperti che rappresentano società scientifiche, associazioni pazienti e di cittadinanza, rappresentanti politico-istituzionali.

OBIETTIVI OPEN ITALY

Ottenere il riconoscimento politico, clinico e pubblico dell'obesità come malattia per garantire una responsabilità condivisa, e non solo sul singolo individuo;

Rivedere e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie per garantire finanziamenti per l'assistenza e la cura della persona con obesità;

Integrare l'obesità nel percorso di formazione e nei curricula di apprendimento per le professioni legate all'obesità al fine di adottare cure più efficaci e informate;

Istituire centri di obesità multidisciplinari e garantire l'accesso alle cure transdisciplinari per le persone con obesità.

INTERGRUPPO PARLAMENTARE OBESITÀ E DIABETE

L'Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete" è stato costituito in seno alla XIX Legislatura, quale spazio di dialogo e confronto parlamentare permanente e bipartisan sui temi dell'Obesità e del Diabete.

L'Intergruppo è formato da Deputati e Senatori eletti nella XIX legislatura che, in modo coordinato, s'impegnano per dare impulso e concretezza, attraverso gli strumenti legislativi a disposizione degli organismi parlamentari, alle istanze provenienti da tutti i soggetti operanti nel mondo dell'obesità e del diabete, intervenendo,

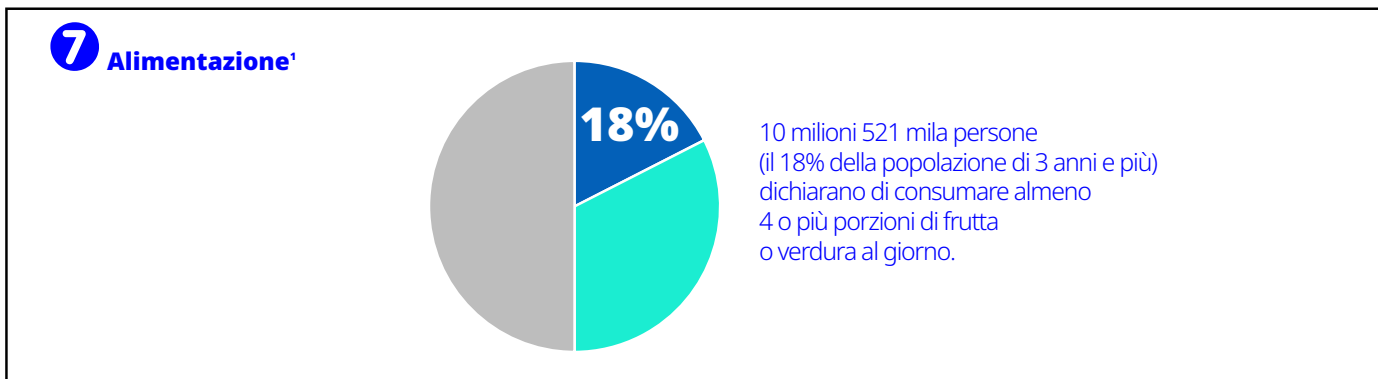
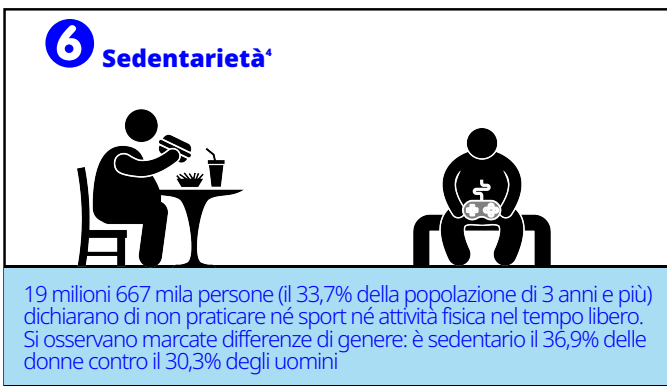
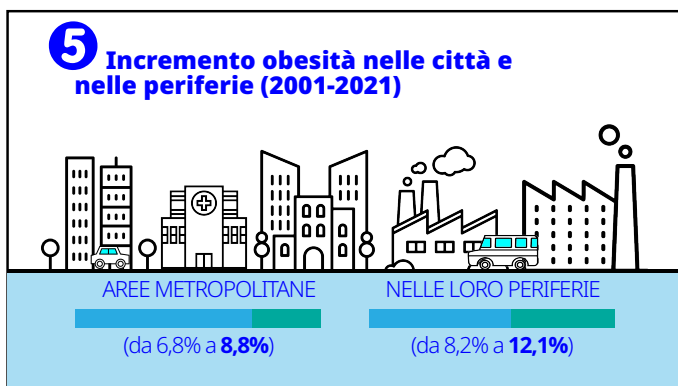
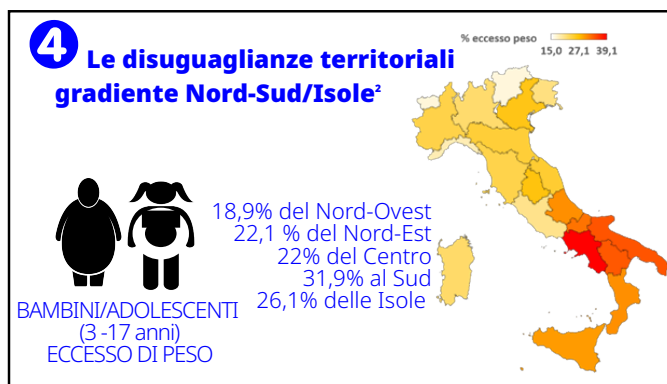
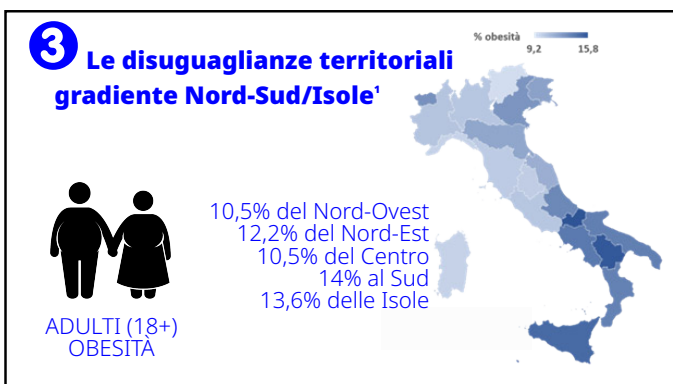
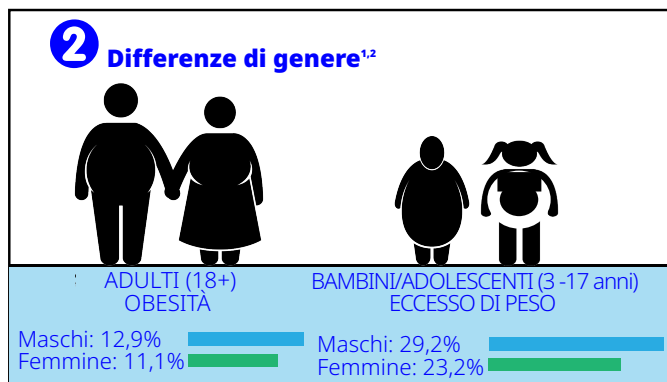
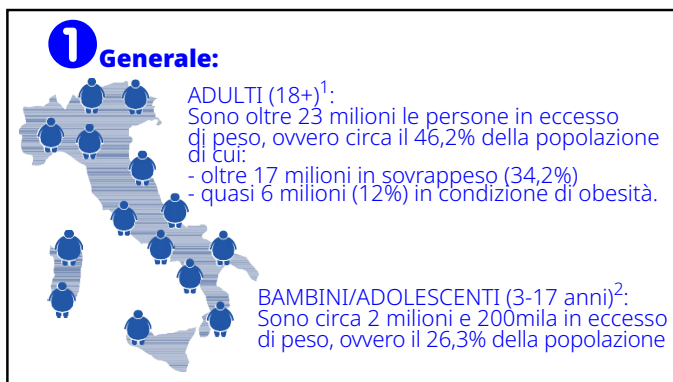
con particolare pro-attività, su tutti quei determinanti e fattori di rischio che possano ridurre la prevalenza, specie in ambito urbano.

Obesità e Diabete affliggono principalmente categorie sociali svantaggiate, con minore capacità di reddito e minore livello d'istruzione, oltre che con maggiori difficoltà di accesso alle cure. Si riverberano, dunque, in un profondo tema di riflessione che è la disuguaglianza, innescando 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 e finanziarie che rendono difficile compiere scelte salutari per un'adeguata qualità di vita.

La dimensione della questione è tale da meritare l'attenzione massima delle Istituzioni e della politica e da rappresentare una priorità nell'ambito delle scelte da adottare e delle azioni da intraprendere, nel breve periodo, in termini di salute pubblica.

Per queste ragioni, l'Intergruppo Parlamentare "Obesità e Diabete" intende coinvolgere il Parlamento, il Governo e tutte le Istituzioni, anche a livello territoriale, sulla questione, rendendo quanto più possibile partecipi del processo conoscitivo, informativo e decisionale i cittadini stessi.

L'impatto dell'Obesità in Italia

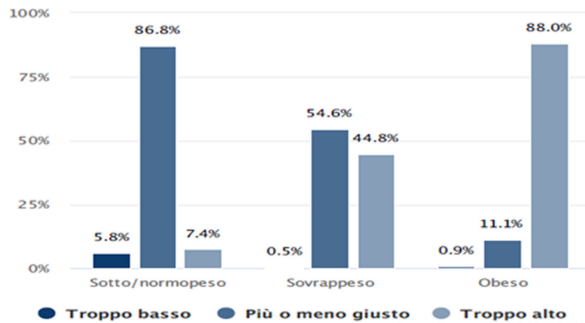


L'impatto dell'Obesità in Italia

8 Percezione dell'eccesso di peso¹

Auto percezione adulti⁶

Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale
ITALIA

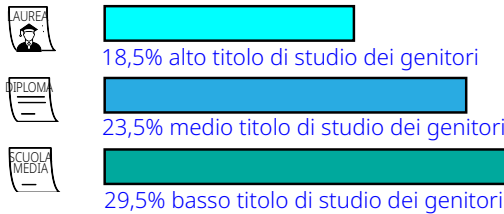


Percezione delle madri di bambini con eccesso di peso⁵

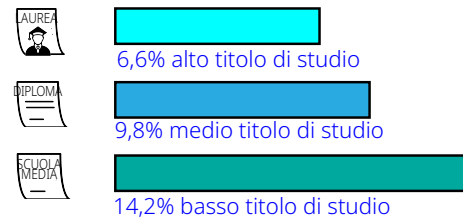


9 Le disuguaglianze sociali correlate all'obesità³

BAMBINI/ADOLESCENTI (6-17 anni)
ECESSO DI PESO E GRADO DI ISTRUZIONE DEI GENITORI

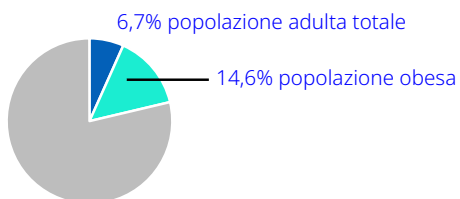


ADULTI (18+) - OBESITÀ E GRADO DI ISTRUZIONE



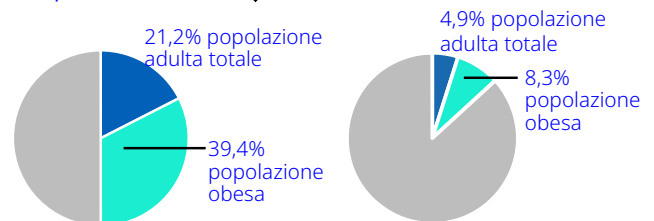
10 Obesità e altre malattie³

Diabete ~~14,6%~~



11 Obesità e altre malattie³

Ipertensione Malattie del cuore



REFERENZE

- 1) Indagine ISTAT: Aspetti della vita quotidiana 2021
- 2) Indagine ISTAT: Aspetti della vita quotidiana 2019-20
- 3) Italian Barometer Report 2019
- 4) FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE: FUMO, OBESITÀ, ALCOL E SEDENTARIETÀ - ANNO 2021
- 5) Okkio alla salute report Italia 2019
- 6) Sorveglianza PASSI 2020-2021

Per scaricare il Report



Con il contributo non condizionato di  **novo nordisk**[®]