

CONTRIBUTO DI RICERCA 370/2025

# **L'OBESITÀ NELLA CORNICE EPIDEMIOLOGICA, ECONOMICA E DELLE POLITICHE INTERNAZIONALI EUROPEE, NAZIONALI E REGIONALI**

Le conseguenze sulla salute

L'**IRES PIEMONTE** è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

#### **CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

Alessandro Ciro Sciretti, Presidente  
Giorgio Merlo, Vicepresidente  
Giulio Fornero, Anna Merlin, Alberto Villarboito

#### **COLLEGIO DEI REVISORI**

Raffaele Di Gennaro, Presidente  
Angelo Paolo Giacometti, Andrea Porta, Membri effettivi  
Antonella Guglielmetti, Anna Paschero, Membri supplenti

#### **COMITATO SCIENTIFICO**

Antonio Rinaudo, Presidente  
Mauro Durbano, Luca Mana, Alessandro Stecco, Angelo Tartaglia, Pietro Terna, Mauro Zangola

#### **DIRETTORE**

Stefano Aimone

#### **STAFF**

Marco Adamo, Stefano, Aimone, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargero, Stefania Bellelli, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cogno, Alessandro Cunsolo, Elena Donati, Luisa Donato, Carlo Alberto Dondona, Paolo Feletig, Claudia Galetto, Anna Gallice, Martino Grande, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macagno, Eugenia Madonia, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Gianfranco Pomatto, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Martina Sabbadini, Rosario Sacco, Bibiana Scelfo, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Roberta Valetti, Giorgio Vernoni.

#### **COLLABORANO**

Ilario Abate Daga, Niccolò Aimo, Massimo Battaglia, Filomena Berardi, Debora Boaglio, Kristian Caiazza, Chiara Campanale, Umberto Casotto, Paola Cavagnino, Stefano Cavaletto, Stefania Cerea, Chiara Cirillo, Claudia Cominotti, Salvatore Cominu, Simone Contu, Federico Cuomo, Elide Delponte, Shefizana Derraj, Alessandro Dianin, Giulia Dimatteo, Serena M. Drufuca, Michelangelo Filippi, Lorenzo Fruttero, Gemma Garbi, Silvia Genetti, Giulia Henry, Ilaria Ippolito, Ludovica Lella, Sandra Magliulo, Irene Maina, Luigi Nava, Miriam Papa, Valerio V. Pelligrina, Samuele Poy, Chiara Rondinelli, Laura Ruggiero, Paolo Saracco, Domenico Savoca, Laura Sicuro, Luisa Sileno, Chiara Silvestrini, Giuseppe Somma, Christian Speziale, Giovanna Spolti, Francesco Stassi, Chiara Sumiraschi, Francesca Talamini, Anda Tarbuna, Nicoletta Torchio, Elisa Tursi, Silvia Venturelli, Paola Versino, Fulvia Zunino.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

# **L'OBESITÀ NELLA CORNICE EPIDEMIOLOGICA, ECONOMICA E DELLE POLITICHE INTERNAZIONALI, EUROPEE, NAZIONALI E REGIONALI**

## **Le conseguenze sulla salute**

Approfondimento per la richiesta del Consiglio Regionale:

"INDAGINE ACCURATA DELLE CONSEGUENZE SULLA SALUTE DEL DIABETE E DELL'OBESITÀ, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI FATTORI DI RISCHIO, ALLA PREVALENZA NELLA POPOLAZIONE E AI COSTI SOCIALI E SANITARI LEGATI A QUESTE CONDIZIONI PATHOLOGICHE"

© 2025 IRES  
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte  
Via Nizza 18 -10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)



## GLI AUTORI

Il Contributo di Ricerca è stato realizzato dal gruppo di lavoro composto da Giovanna Perino, Stefania Bellelli, Chiara Rivoiro, Gabriella Viberti

### **Giovanna Perino**

Dirigente di ricerca dell'Area Salute e sviluppo del sistema sanitario, indirizza, coordina e contribuisce allo sviluppo di progetti nell'ambito della gestione e dell'innovazione della rete sanitaria, con particolare riferimento alle tematiche organizzative, funzionali, prestazionali ed economico-finanziarie. È responsabile dei progetti di prevenzione e promozione della salute, analisi delle politiche per la tutela della salute mentale, sviluppo dei percorsi di salute innovativi e integrati, governo della rete ospedaliera e territoriale piemontese, analisi e valutazione dei Partenariati Pubblici e Privati in sanità, salute e PNRR e dell'Osservatorio Sistema Salute Piemonte.

### **Stefania Bellelli**

Ricercatrice senior, è responsabile dei progetti relativi alla prevenzione e promozione della salute, sviluppo dei percorsi di salute innovativi e integrati, governo e valutazione degli investimenti in tecnologie biomediche, salute e PNRR, Osservatorio Sistema Salute Piemonte. È componente del Centro di ricerca e innovazione in HTA e HTM (CeRHTAM) e del gruppo di lavoro sugli studi della sanità digitale. Dal 2022 si occupa del coordinamento degli studi sulla sanità regionale insieme alla Dirigente dell'Area.

### **Chiara Rivoiro**

Ricercatrice senior presso l'IRES dal 2014, è responsabile dei progetti relativi alla prevenzione e promozione della salute e della valutazione degli investimenti in tecnologie biomediche (HTA). È componente tra gli altri, dei gruppi di lavoro sugli studi dei modelli innovativi dell'assistenza e dei percorsi di salute per i pazienti cronici e sugli studi sulla sanità digitale e telemedicina. Si occupa anche di analisi delle politiche per la tutela della salute mentale, con particolare riferimento alle azioni di prevenzione delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico e senza sostanza.

### **Gabriella Viberti**

Già ricercatrice e esperta di ricerca dell'IRES, si occupa di studi in vari filoni dell'economia sanitaria: organizzazione e valutazione della performance dei servizi, spesa e finanziamento, approfondendo in particolare applicazioni di innovazioni organizzative nel sistema socio sanitario. Ha seguito e curato numerosi Studi di Fattibilità per il riordino delle reti ospedaliere, nell'ambito di collaborazioni con Istituzioni di ricerca e sanitarie.



# INDICE

<b>PREFAZIONE .....</b>	<b>VII</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>XV</b>

## CAPITOLO 1

<b>EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO.....</b>	<b>17</b>
EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO NELLA POPOLAZIONE ADULTA .....	17
Eccesso di peso.....	18
Obesità .....	19
La geografia dell'eccesso di peso .....	20
Disuguaglianze sociali .....	21
EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI .....	22
COFATTORI DELL'OBESITÀ.....	24
La sedentarietà .....	24

## CAPITOLO 2

<b>I COSTI SOCIALI DELL'OBESITÀ .....</b>	<b>29</b>
IL CONTESTO INTERNAZIONALE OCSE – HEAVY BURDEN OF OBESITY.....	29
LA LETTERATURA SCIENTIFICA SUI COSTI SOCIALI DELL'OBESITÀ .....	33
La letteratura internazionale sui costi sociali dell'obesità .....	33
La letteratura italiana sui costi sociali dell'obesità.....	33
Conclusioni.....	34
SCENARI REGIONALI SUL PIEMONTE: PRIME EVIDENZE .....	35

## CAPITOLO 3

<b>LE POLITICHE DI PREVENZIONE PROPOSTE DALL'OMS.....</b>	<b>37</b>
GLI INTERVENTI DELL'OMS EUROPE: BREVE EXCURSUS .....	43

## CAPITOLO 4

<b>I DOCUMENTI DI INDIRIZZO NAZIONALI E PIEMONTESI.....</b>	<b>51</b>
I DOCUMENTI DI INDIRIZZO IN ITALIA .....	51
Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 .....	51
Linee di Indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità - Ministero della Salute .....	52
A LIVELLO REGIONALE: COME AFFRONTA L'OBESITÀ IL PIEMONTE.....	56

Il Piano Regionale di Prevenzione 2020-25.....	56
PDTA Obesità .....	57
Documenti di indirizzo della Regione Piemonte.....	58

## CAPITOLO 5

### CONCLUSIONI E SVILUPPI DELLA RICERCA .....59

### BIBLIOGRAFIA.....61

### ALLEGATI.....63

## PREFAZIONE

A cura del **prof. Alessandro Stecco**

Professore Associato presso Università del Piemonte Orientale,  
già Presidente IV Commissione del Consiglio Regionale del Piemonte, Sanità, assistenza, servizi sociali, politiche degli anziani, Consiglio Regionale del Piemonte,  
membro del Comitato Tecnico Scientifico dell'IRES Piemonte

La comunità medica e scientifica internazionale riconosce ormai l'obesità come malattia cronica, oltre ad essere un fattore di rischio importante per altre patologie severe non trasmissibili, quali tumori, malattie cardiovascolari, diabete mellito di tipo 2 e malattie respiratorie croniche. In particolare, l'eccesso ponderale in giovane età ha implicazioni a breve e a lungo termine sulla salute e rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta. Sovrappeso e obesità sono infatti tra le principali cause di morte e disabilità nella Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e stime recenti suggeriscono che causano più di 1,2 milioni di decessi all'anno, corrispondenti a oltre il 13% della mortalità totale nella Regione. I dati più recenti, relativamente alla prevalenza di questa patologia, ci restituiscono informazioni che fungono da allerta anche per il nostro Paese, storicamente caratterizzato da stili di vita e in particolare, alimentari, sani e presi come modello di riferimento: ricordiamo che la dieta mediterranea è riconosciuta come patrimonio dell'Unesco!

Nel mondo oggi, in totale, si contano circa 120 milioni di bambini e adolescenti obesi. Il 40% di questi bambini obesi diventeranno adolescenti obesi e l'80% degli adolescenti obesi saranno adulti obesi.

Guardando alla nostra Regione, sebbene nel 2021 la percentuale di persone adulte con eccesso di peso fosse del 39,3% (livelli più bassi dell'indicatore rispetto alla media nazionale), desta preoccupazione il fenomeno nei bambini delle scuole primarie di 8-9 anni, tra i quali con il 25,5% dei bambini che presenta un eccesso ponderale. E la pandemia ha certamente peggiorato la situazione, a causa della sospensione delle attività sportive e del maggior consumo di alimenti calorici.

Oggi le evidenze scientifiche ci mostrano altresì quanto complessa sia la genesi del sovrappeso e dell'obesità, non derivanti semplicemente da dieta inadeguata e inattività fisica: sappiamo, ad esempio, quanto un peso corporeo inadeguato nei primi anni di vita possa influenzare la tendenza futura a sviluppare l'obesità; o ancora, quanto fattori ambientali che caratterizzano la vita nelle società altamente digitalizzate siano determinanti di obesità (pensiamo al marketing digitale di prodotti alimentari malsani per i bambini e la proliferazione dei giochi online sedentari).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come gli interventi politici che si concentrano sui determinanti ambientali e commerciali della scorretta alimentazione siano efficaci nell'invertire l'epidemia di obesità, affrontare le disuguaglianze e raggiungere sistemi alimentari sostenibili.

Occorrono dunque ulteriori sforzi, in primis a partire dai decisori istituzionali, volti a rafforzare quelle strategie di promozione e prevenzione della salute che a partire dai primi mille giorni di vita, con la promozione dell'allattamento al seno, creino contesti facilitanti scelte alimentari

corrette, l'adozione di stili di vita attivi accessibili a tutti, opportunità di attività fisica adeguata nelle scuole e nei contesti comunitari per tutte le fasce di età.

Dobbiamo potenziare e migliorare l'accesso ai servizi di gestione dell'obesità e del sovrappeso nell'assistenza sanitaria di base, per rispondere ai differenti bisogni del paziente in sovrappeso o obeso nelle diverse fasce d'età, fornendo al contempo occasioni di formazione per tutti i professionisti coinvolti nei percorsi di salute.

Il primo passo per approntare azioni adeguate ai differenti contesti locali che caratterizzano la nostra Regione è una conoscenza approfondita della problematica. Il presente contributo, esito di un percorso di ricerca richiesto dal Consiglio Regionale del Piemonte all'Area Salute e Sviluppo del Servizio sanitario dell'IRES Piemonte, costituisce una fonte informativa preziosa, primo pilastro di un complesso conoscitivo al quale riferirsi ogni volta si progettino interventi di Sanità pubblica per persone affette da sovrappeso e obesità.

Alessandro Stecco

## EXECUTIVE SUMMARY

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità rappresenta uno dei più gravi problemi di salute pubblica.

L'obesità, definita come un eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo, è una malattia multifattoriale complessa che si sviluppa per l'interazione di vari fattori, tra cui quelli genetici, endocrino-metabolici e ambientali.

Oggi è anche noto che l'obesità è il principale fattore determinante di disabilità, causa di 13 diversi tipi di cancro, il quarto fattore di rischio più comune per le malattie non trasmissibili nella Regione Europea dell'OMS, dopo l'ipertensione, i rischi alimentari e il tabacco. Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto, esponendosi al rischio di sviluppare precocemente patologie di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia. L'obesità ha importanti risvolti anche a livello psicologico: chi è obeso è esposto a stigma sociale, i bambini in sovrappeso tendono a sviluppare un rapporto difficile con il proprio corpo e con i propri coetanei, con conseguente isolamento, che spesso si traduce in ulteriori abitudini sedentarie.

L'OMS ribadisce agli Stati Membri la necessità di portare avanti azioni ad hoc per arginare l'epidemia, quali la limitazione della commercializzazione di alimenti non salutari ai bambini, la tassazione delle bevande zuccherate e il miglioramento della risposta del sistema sanitario per la gestione dell'obesità lungo tutta la vita.

La recente normativa nazionale (Piano di prevenzione nazionale e le Linee guida di indirizzo su sovrappeso e obesità) dota il nostro Paese di importanti strumenti e indicazioni per l'implementazione, nei diversi ambiti, di azioni di prevenzione e presa in carico globale delle persone, a partire dalle prime fasi di vita.

Anche la nostra Regione, con le azioni previste nel Piano di prevenzione regionale 2020-2025, il Percorso diagnostico terapeutico per la prevenzione ed il trattamento integrato dell'obesità (PDTA), è impegnata nel contrasto all'obesità, attraverso una serie di azioni che partono già dal periodo della gravidanza, nei primi 1000 giorni di vita, sostenendo poi corretti stili di vita, in particolare l'alimentazione e l'attività motoria a scuola e nelle comunità.

### Epidemiologia dell'obesità e dell'eccesso di peso

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) e anche i livelli di **obesità** sono tra i più bassi, sebbene si evidenzino aumenti nel tempo: 11,7% vs 16,5% della media UE27 (fonte Eurostat, 2019). Il fenomeno dell'obesità è in tale crescita nel tempo, non solo in Italia ma in molti Paesi occidentali e non, che l'OMS parla di "pandemia di obesità". In Italia i livelli sono più contenuti e i vantaggi sembrano essere giustificati dalla dieta mediterranea, piuttosto che dall'attività fisica, che vede l'Italia tra i Paesi con gli indicatori peggiori su attività fisica e sedentarietà.

Gli ultimi dati disponibili del rapporto BES dell'ISTAT mostrano come a **livello nazionale** la percentuale di popolazione adulta in **eccesso di peso** nel 2021 era pari al 44,4% e si conferma l'andamento crescente dell'indicatore di eccesso di peso e obesità nella popolazione all'aumentare dell'**età**: già a partire dalla fascia d'età 45-54 anni riguarda quasi 5 persone su 10.

Si evidenziano **differenze di genere** in riferimento all'eccesso di peso con uno svantaggio maschile in tutte le età (53,6% vs 35,7%): se la maggioranza degli uomini adulti presenta un eccesso ponderale già a partire dai 35 anni, tra le donne questo accade dopo i 65 anni.

Anche per l'**obesità** si conferma come la popolazione maschile sia maggiormente esposta al rischio, ma con differenze di genere tra uomini e donne meno marcato rispetto all'eccesso di peso: nella popolazione adulta l'obesità riguarda complessivamente il 12,9% degli uomini e l'11,1% delle donne, con aumenti rilevabili in tutte le fasce d'età, sebbene nelle età più anziane, tra i 75enni, siano le donne ad essere più sfavorite.

Nella geografia dell'eccesso di peso si rileva il **gradiente territoriale** con una maggiore diffusione nel Sud dell'Italia. 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.

Il **Piemonte** fa costantemente rilevare livelli più bassi dell'indicatore rispetto alla media nazionale e pressoché in linea con i dati delle Regioni del Nord Ovest: nel 2021 la percentuale di persone adulte con eccesso di peso è del 39,3% e gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (47,5% versus 31,5%).

I gruppi sociali maggiormente deprivati o svantaggiati dal punto di vista socio-economico sono caratterizzati da tassi di obesità e sovrappeso più elevati: la probabilità di diventare obesi è doppia nelle persone appartenenti ai gruppi sociali più vulnerabili e si evidenzia una forte associazione tra condizione di sovrappeso o di obesità e basso **livello di istruzione**. Il titolo di studio si conferma come fattore protettivo con una maggiore attenzione ai comportamenti più salutari tra le persone con titolo di studio più elevato: 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%) nel 2021.

Il sovrappeso e l'obesità tra i **bambini e gli adolescenti** rappresentano un importante problema di salute pubblica: nel corso del decennio 2011-2021 in Italia, si stima che circa un minore su quattro di 3-17 anni sia in eccesso di peso. L'andamento temporale è stato caratterizzato prima da una riduzione per poi aumentare nel biennio 2020-2021, anche per effetto dell'aumento della sedentarietà nella popolazione giovane durante il periodo pandemico.

Nel biennio pandemico 2020-2021, si osserva come l'eccesso di peso sia maggiormente diffuso tra i bambini di 3-10 anni, dove raggiunge il 34,5%. All'aumentare dell'età, diminuiscono il sovrappeso e l'obesità, fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni (16,8%).

Come quanto rilevato per la popolazione adulta, anche per i minori si osserva un forte gap di genere con valori dell'eccesso di peso maggiori tra gli uomini rispetto alle donne (29,8% contro 24%) nel biennio 2020-2021 e un forte gradiente territoriale: le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud del Paese. Nel biennio 2020-2021 si evidenzia 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.

Il sistema di sorveglianza **OKkio alla Salute** sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie con di 8-9 anni conferma la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità in Piemonte con il 25,5% dei bambini che presenta un eccesso ponderale. Rispetto al livello nazionale, la nostra Regione si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e obesità leggermente inferiori alla media nazionale.

La **rilevazione HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) multicentrica e internazionale sullo stato di salute dei ragazzi in età scolare (11, 13 e 15 anni) segnala che la percentuale di adolescenti sovrappeso ed obesi in Piemonte si situa intorno al 16% con i ragazzi sovrappeso e obesi che sono quasi il doppio delle ragazze in tutte le fasce d'età.

Infine, analizzando l'associazione tra eccesso di peso e scarsa o nulla attività fisico-sportiva praticata, si rileva dai dati dell'indagine BES sui bambini e ragazzi di 3-17 anni che l'11,2% presenta la situazione più critica perché associa entrambi i fattori di rischio e richiede particolare attenzione nell'ambito delle politiche di prevenzione e promozione della salute.

### I costi sociali dell'obesità. Il contesto internazionale (OCSE)

Dalle principali evidenze emerge che:

- l'obesità e le malattie croniche associate riducono l'aspettativa di vita per i Paesi OCSE di 2,7 anni in media;
- l'8% del budget per la sanità sarà speso per conseguenze dell'obesità nei prossimi 30 anni;
- un bambino obeso ha il 13% di probabilità in meno di avere buone performance a scuola;
- l'obesità diminuisce la possibilità di lavoro: si stima una riduzione forza lavoro di 54 milioni di persone/anno;
- l'obesità riduce del 3,3% in media il PIL;
- le azioni per promuovere stili di vita più salutari potrebbero avere un impatto positivo;
- più di 76.000 casi di patologie croniche all'anno evitabili implementando interventi informativi;
- per ogni dollaro USA investito nel combattere l'obesità, più di 5,6 dollari torneranno in benefici economici;
- i budget dei Paesi OCSE potrebbero risparmiare più di 26 miliardi di dollari USA, entro il 2050;
- grazie a incrementi nel lavoro e produttività la forza lavoro potrebbe crescere di circa 134.000 lavoratori/anno.

Se tutti i 36 Paesi implementassero:

	Pacchetti comunicativi	Pacchetti misti	Pacchetti attività fisica
Spesa sanitaria	26 mld \$ potrebbero essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050	23 mld \$ potrebbero essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050	17 mld \$ potrebbero essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050
Output mercato del lavoro	Il mercato del lavoro crescerebbe di 134.000 lavoratori all'anno	Il mercato del lavoro crescerebbe di 94.000 lavoratori all'anno	Il mercato del lavoro crescerebbe di 82.000 lavoratori all'anno
PIL	Crescerebbe in media di 0,044%	Crescerebbe in media di 0,032%	Crescerebbe in media di 0,027%

### I costi sociali dell'obesità. Analisi della letteratura

La letteratura internazionale e nazionale sui costi sociali dell'obesità evidenzia l'entità delle risorse economiche da questa assorbite, per l'assistenza sanitaria (costi sanitari) e a causa della

perdita di produzione (costi di produttività). Le evidenze disponibili suggeriscono che la seconda categoria di costi è più rilevante, anche se le stime per definirli sono più incerte, a causa delle metodologie per misurarli e monetizzarli. La letteratura evidenzia come i costi dell'obesità siano legati alle patologie correlate più che all'obesità di per sé stessa.

Gli studi condotti a livello internazionale mostrano che l'obesità assorbe una quota importante dei costi sanitari dei Paesi considerati, variando da un minimo del 2% in Francia a un massimo del 6,8% negli USA. L'Indagine Multiscopo Istat sugli aspetti della vita quotidiana indica una relazione positiva tra IMC (Indice di Massa Corporea) e spesa e una stima del 6% dell'incidenza dei costi sanitari dovuti all'obesità sulla spesa regionale (nel Sud del Paese).

### Scenari regionali – Piemonte

Applicando la percentuale di spesa sanitaria dovuta all'obesità, emersa dagli studi consultati, alla spesa del Piemonte (9.258.700.000 euro), emerge un consumo di risorse dovuto all'obesità sulla spesa sanitaria piemontese compreso tra un range molto vto ampio, come di seguito riportato per 3 principali scenari.

- Scenario prudentiale (4% spesa sanitaria dovuta all'obesità): **370.348.000 euro**
- Scenario intermedio (5% spesa sanitaria dovuta all'obesità): **462.935.000 euro**
- Scenario allarmistico (6% spesa sanitaria dovuta all'obesità): **555.522.000 euro.**

### Il ruolo della Prevenzione

Le evidenze scientifiche oggi disponibili mostrano che nel caso dell'obesità, come per molte altre patologie croniche, il trattamento principale è la prevenzione: adottando stili di vita sani, grazie cioè a un'alimentazione corretta e a un'attività fisica adeguata, si può controllare il proprio peso ed evitare che superi i livelli a rischio.

Senza pretesa di esaustività, vengono qui ripercorsi i principali documenti che l'OMS internazionale e l'OMS della regione europea hanno prodotto negli ultimi vent'anni, al fine di poter predisporre azioni concrete, nei paesi aderenti, per la promozione della salute e la prevenzione di quella che ormai è definita l'epidemia di obesità.

### Gli indirizzi dell'OMS e dell'OMS Europa

A partire dagli anni 2000, l'attenzione rivolta dall'OMS nella prevenzione del sovrappeso e obesità si è intensificata, anche a fronte dell'aumento di casi (il 2000 ha segnato una svolta per l'umanità: per la prima volta nella storia, il numero degli adulti in sovrappeso ha superato il numero di quelli sottopeso) e di evidenze scientifiche derivanti da differenti settori di studio.

Si è partiti dalle raccomandazioni ai decisori, centrate sulla necessità di poter garantire a tutti i cittadini una nutrizione corretta e bilanciata (garantendo l'accesso all'acqua potabile o riducendo gli sprechi alimentari, a seconda dei Paesi considerati), affiancata da stili di vita caratterizzati da attività fisica adeguata all'età. Nel tempo, si sono progressivamente modificati gli standard relativi alla composizione di una dieta sana, nelle differenti fasce di età, con attenzione scrupolosa alle diete offerte nelle mense scolastiche e negli ambienti di lavoro.

Parallelamente, anche la filiera alimentare è divenuta oggetto di attenzione delle politiche sanitarie: dalla fase di produzione alla pubblicizzazione degli alimenti, numerosi sono gli interventi richiesti dall'OMS al fine di tutelare la salute, in particolare per gli aspetti legati all'alimentazione sana nelle diverse fasce di età. In particolare, sono state redatte raccomandazioni relative all'alimentazione nei neonati, richiedendo ai governi sforzi per supportare l'allattamento

esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita e limitando dunque l'ingerenza dell'industria di alimenti sostitutivi. Ancora, attenzione particolare è stata data al marketing rivolto ai cibi frutti dai bambini, con indicazioni relative alle regolamentazioni delle pubblicità nei differenti canali mediatici possibili: dalla TV ai giornali, ai manifesti per arrivare alle ultime raccomandazioni relative ai social media. È ormai noto che il marketing digitale di prodotti alimentari malsani per i bambini e la proliferazione dei giochi online sedentari contribuiscano alla crescente ondata di sovrappeso e obesità nella regione europea.

Nel tempo, si sono anche accumulate evidenze scientifiche dell'impatto dei determinanti sociali ed economici sul possibile sviluppo di sovrappeso e obesità: in molti paesi europei, si è osservato un trend nel quale la prevalenza di obesità aumentava soprattutto nei gruppi di popolazione socio-economicamente più svantaggiati. Si è dimostrata una forte correlazione tra obesità e basso status socio-economico, soprattutto tra le donne. Inoltre, si è osservato che le donne obese, specialmente durante la gravidanza, possono andare incontro a maggiori rischi per la salute dei loro bambini aumentando così anche le disuguaglianze di salute attraverso le generazioni.

Il lavoro richiesto ai governi degli Stati membri per invertire questa tendenza, è dunque di attuare politiche e interventi su più livelli e settori: da una azione congiunta di governo tra il settore sociale e quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della sanità, oltre che del settore del commercio, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'economia e del settore privato. Il messaggio forte è che nello sviluppo di politiche a livello regionale, nazionale e locale, occorre tenere in considerazione le implicazioni legate all'equità, al fine di garantire che le politiche non aumentino le disuguaglianze ma le riducano.

Ancora, un ambito di approfondimento riguarda tutte le politiche sull'ambiente di vita, che sono intrinsecamente correlate alla salute umana, in particolare per la vita dei più piccoli: dall'accesso all'acqua potabile, alla rimozione dei fattori di rischio per incidenti nelle città, nelle strade, nelle case, nelle scuole, alle misure di sicurezza negli ambienti di lavoro, alle azioni per supportare la mobilità e l'attività fisica di tutti, alle regolamentazioni per la riduzione dell'uso di inquinanti ambientali.

Le evidenze disponibili oggi, come attestato recentemente dall'OMS, dimostrano che gli interventi politici, orientati ai determinanti ambientali e commerciali della scorretta alimentazione, possono probabilmente essere più efficaci nell'invertire l'epidemia di obesità, affrontare le disuguaglianze e raggiungere sistemi alimentari sostenibili. Gli sforzi per prevenire l'obesità devono dunque considerare i determinanti più ampi della malattia e le opzioni politiche dovrebbero allontanarsi da approcci incentrati solo sugli individui per affrontare i fattori strutturali dell'obesità.

In sintesi, è richiesto ai nostri governi di lavorare ancora e con maggior attenzione sui contenuti riportati nell'ultimo Rapporto Obesità del 2022, nel quale l'OMS riprende alcune politiche specifiche che si stanno dimostrando promettenti nel ridurre i livelli di obesità e sovrappeso:

- attuazione di interventi fiscali (come la tassazione delle bevande zuccherate o i sussidi per cibi sani);
- restrizioni alla commercializzazione di alimenti malsani per i bambini;
- miglioramento dell'accesso ai servizi di gestione dell'obesità e del sovrappeso nell'assistenza sanitaria di base, nell'ambito della copertura sanitaria universale.

Per garantire un futuro in salute alle nuove generazioni occorre dunque lavorare per prevenire sovrappeso e obesità in tutti gli ambiti di vita, contribuendo alla sostenibilità globale della presenza umana sulla terra. In tal senso, sono urgenti sforzi tra tutti gli stakeholder possibili per: migliorare la dieta e l'attività fisica nel corso della vita, compresi il periodo prima del concepimento e la gravidanza, la promozione dell'allattamento al seno, gli interventi a scuola e gli interventi per creare ambienti che migliorino l'accessibilità e la convenienza dei cibi sani, nonché le opportunità per lo svolgimento dell'attività fisica.

### I documenti di indirizzo in Italia

- **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025.** Strumento di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione. Prevede, per ridurre il carico prevenibile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio.
- **Linee di Indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità** del Ministero della Salute, approvate con Accordo Stato-Regioni nel settembre 2022, mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili, prevedono di sviluppare in Italia gli interventi raccomandati dall'OMS: interventi di sostegno alla genitorialità; interventi volti ad aumentare la competenza relativa all'alimentazione e stili di vita; campagne di marketing sociale; promozione dell'allattamento al seno; sviluppo delle reti delle Scuole che promuovono salute; diffusione di "luoghi di lavoro che promuovono salute"; interventi di modifica dell'ambiente urbano per la promozione dell'attività fisica; interventi sulla qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva e distributori di alimenti e bevande; interventi per la riduzione dell'impatto delle strategie di marketing di alimenti e bevande.

### A livello regionale: come affronta l'obesità il Piemonte

- **Piano Regionale di Prevenzione 2020-25.** Il Piemonte affronta il tema dell'obesità nel Capitolo 4 "Programmi Liberi", Paragrafo Alimenti e salute. Il Programma si propone come obiettivo quello di promuovere la diffusione di una cultura del consumo alimentare consapevole, responsabile e sostenibile.
- **PDTA Obesità.** Il Piemonte ha approvato nel 2020 il PDTA (Percorso di salute Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) per il trattamento integrato dell'obesità, che individua ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei professionisti coinvolti nella gestione dei/delle pazienti affetti da obesità. Il documento è frutto del lavoro condiviso di componenti della rete Endocrino Diabetologica, di Nutrizione Clinica e Dietetica, di rappresentanti dei Medici e Pediatri di Famiglia e Specialisti.

## INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo: si tratta di una vera e propria epidemia globale, che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni.

**L'eccesso ponderale** è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Alimentazione e attività fisica sono comportamenti fortemente influenzati dalle condizioni sociali, economiche e culturali: le fasce di popolazione più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico tendono a consumare più carne, grassi e carboidrati, piuttosto che frutta e verdura, e a curare meno la propria immagine e il benessere fisico. È anche noto che nell'obesità gioca un ruolo la componente genetica che, combinata a differenti fattori di rischio, sarebbe anche in grado di favorire o meno la capacità di perdere peso e di mantenerlo basso.

Le evidenze scientifiche oggi disponibili attestano l'importanza di adottare **politiche di prevenzione dell'obesità** a partire dall'infanzia e mirate alla famiglia, per sostenere uno stile alimentare salutare e una vita fisicamente attiva sin dalla nascita. Solo attraverso l'adozione di queste politiche si può intervenire in modo decisivo sui determinanti del sovrappeso e dell'obesità.

Un problema particolarmente grave oggi è infatti quello dell'insorgenza dell'obesità tra **bambini e adolescenti**, che divengono a rischio precoce di difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche di disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico. Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto, esponendosi al rischio di sviluppare precocemente patologie di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia.

Per prevenire l'eccesso di peso e per prendersi cura di coloro che hanno già problemi di peso è ormai dimostrato che le politiche devono poggiare su **programmi multicomponente e olistici** perché si possa agire sui fattori, protettivi e di rischio, ambientali e sociali, ancorati a stili di vita salutari. Occorre investire nella prevenzione dell'obesità e del sovrappeso, in tutte le fasi di vita poiché sono condizioni associate a morte prematura e riconosciute come fattori di rischio per le principali malattie croniche.

Il contributo presenta una prima analisi sul tema che, partendo da una lettura dei dati epidemiologici più recenti, disponibili per il contesto europeo, nazionale e regionale, offre una panoramica di quanto rilevato sin dagli anni 2000 dall'OMS. Si sottolineano, in seguito, le principali raccomandazioni avanzate dall'articolazione europea dell'OMS per descrivere poi l'ambito e i documenti di indirizzo di livello nazionale e regionale. Particolare attenzione viene dedicata a quanto presente nella letteratura scientifica relativamente agli aspetti economici e ai costi sociali dell'obesità con una prima analisi di contesto basata sui dati regionali.

L'approfondimento si inserisce nell'ambito dei progetti di studio e ricerca svolti dall'Area Salute e Sviluppo del Sistema Sanitario dell'IRES. L'IRES svolge attività di ricerca a supporto della programmazione regionale, della Giunta e del Consiglio della Regione Piemonte. La legge istitutiva dell'IRES, infatti, prevede che i programmi annuali e pluriennali di ricerca dell'Istituto comprendano anche le esigenze conoscitive espresse dal Consiglio regionale, formulate dal Comitato per la qualità della normazione e la valutazione delle politiche. Tra le esigenze manifestate nel

corso del 2022, vi è la richiesta di un'indagine delle conseguenze sulla salute del diabete e dell'obesità, con particolare attenzione ai fattori di rischio, alla prevalenza nella popolazione ed ai costi sociali e sanitari legati a queste condizioni patologiche. La richiesta è coerente con i progetti di studio e ricerca previsti dalla Scheda di Attività del Programma Annuale dell'IRES Piemonte 2022, 2023 e 2024 "Prevenzione e promozione della salute".

Il contributo è stato presentato il 30 gennaio 2023 nell'ambito del convegno sul tema "Obesità, la patologia del terzo millennio", a cura degli Stati generali della Prevenzione e del benessere, presso il Consiglio Regionale del Piemonte<sup>1</sup>.

Le ricerche documentate da questa pubblicazione sono state sviluppate nel biennio 2022-2023 e successivamente predisposte per la stampa, pertanto corredate da informazioni statistiche non più aggiornate al momento della pubblicazione. Le autrici ritengono tuttavia che ciò non influisca sulla rilevanza dei fenomeni analizzati e, pertanto, sulla validità scientifica della ricerca condotta, che sarà in ogni caso oggetto di aggiornamenti nel corso del 2025.

---

<sup>1</sup> <https://www.sistemasalutepiemonte.it/index.php/osservatorio/eventi-osservatorio/9-eventi/264-obesita-la-patologia-del-terzo-millenio>.

# CAPITOLO 1

## EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO

L'obesità è ormai classificata come una patologia vera e propria, oltre a rappresentare un fattore di rischio nell'insorgenza di altre malattie cronico-degenerative del sistema cardiovascolare, come l'ipertensione e le malattie coronariche, ma anche del diabete di tipo 2 o di alcuni tipi di cancro. 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 (Gargiulo L. et al., 2021). Il capitolo presenta le principali evidenze della letteratura internazionale, nazionale e regionale pubblicate recentemente con approfondimenti sul contesto italiano e piemontese tratti dal 4th Italian Obesity Barometer Monitor (Bologna E. et al., 2022), dal Rapporto BES 2021 (ISTAT, 2022), dai sistemi di sorveglianza e da altre indagini scientifiche.

### EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO NELLA POPOLAZIONE ADULTA

Secondo le ultime stime riferite ai 161 Paesi, nel mondo quasi 1 miliardo di persone vive con l'obesità, ossia 1 persona su 7 e le proiezioni valutano che nel 2035 saranno 1,9 miliardi (quasi 1 su 4) di cui 1,5 miliardi adulti, pari al 79% del totale e quasi 400 milioni bambini (cioè 1 bambino su 5), pari al 21%. Le persone con sovrappeso o obesità saranno 4 miliardi nel 2035 (Okunogbe A. et al., 2022).

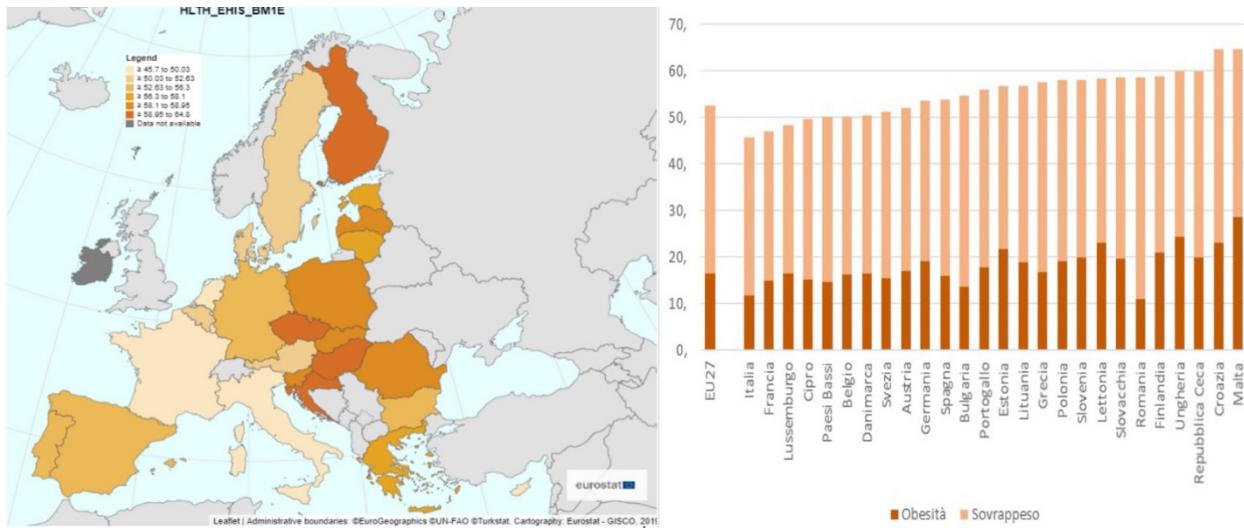
Nella Regione europea dell'OMS (52 Stati), il 58,7% degli adulti vive in condizioni di sovrappeso e obesità e il 29,5% dei bambini tra i 5 e i 9 anni (WHO, 2022).

I dati più recenti dell'Eurostat sull'Indagine europea sulla salute (EHIS)<sup>2</sup> evidenziano come l'Italia sia 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%) nel 2019. Le quote di eccesso di peso sono significativamente più alte in Finlandia (59%), Ungheria (59,9%), Repubblica Ceca (59,9%), Croazia (64,7%) e Malta (64,8%). Anche i livelli di obesità per l'Italia 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%).

I tassi di sovrappeso e obesità nella popolazione adulta dei Paesi dell'UE nel 2019 sono rappresentati in Figura 1.

<sup>2</sup> European Environment and Health Information System (EHIS).

**Fig. 1 Persone di 18 anni e più in eccesso di peso nei paesi dell'Unione europea. Anno 2019 (tassi per 100 persone)**



Fonte: 4th Italian Obesity Barometer Monitor, 2022

In Italia sono quindi 6 milioni le persone con obesità, quasi il 12% della popolazione adulta. Rispetto agli altri Paesi Europei, in Italia, a parità di metodo di misurazione, i livelli di obesità per gli adulti sono più contenuti, ma in crescita, mentre si continuano a registrare prevalenze dell'eccesso ponderale nell'età evolutiva superiori a molti Paesi dell'Unione europea.

Secondo le stime Istat più recenti<sup>3</sup>, nel 2021 in Italia la quota di persone **obese** tra gli adulti 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).

## Eccesso di peso

A livello nazionale l'analisi dell'eccesso di peso tra le persone di 18 anni e più, rilevato dall'ultimo **rapporto BES** dell'ISTAT, mostra come l'indicatore (tasso standardizzato) sia peggiorato nel passaggio dal 2019 al 2020, dopo tre anni di sostanziale stabilità: la percentuale di popolazione in eccesso di peso è salita da 44,9% a 45,9% (poi è scesa nuovamente a 44,4% nel 2021).

Analizzando la **distribuzione per età** dell'IMC della popolazione adulta, si conferma, anche per il 2021, l'andamento crescente dell'indicatore di eccesso di peso e dell'obesità nella popolazione all'aumentare dell'età: già a partire dalla fascia d'età 45-54 anni riguarda quasi 5 persone su 10.

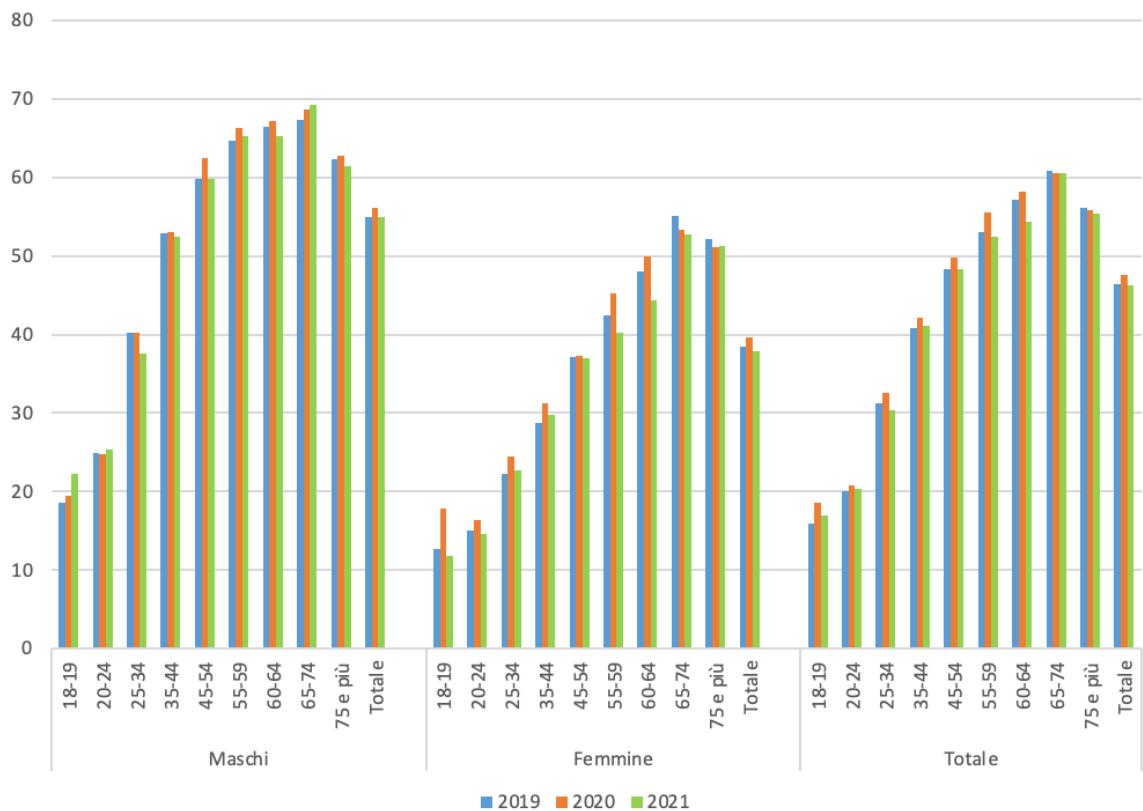
Le prevalenze più alte di eccesso di peso si rilevano tra gli uomini di 65-74 anni (69,2% vs il 52,8% delle donne coetanee), mentre le prevalenze più basse si riscontrano tra le giovani donne di 18-24 anni (13,7% vs il 24,5% dei loro coetanei maschi).

Gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori rispetto alle donne (53,6% vs 35,7%). Si evidenziano **differenze di genere** in riferimento all'eccesso di peso con uno svantaggio maschile in tutte le età: se la maggioranza degli uomini adulti presenta un eccesso ponderale già a

<sup>3</sup> 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 (IMC o BMI – Body Mass Index).

partire dai 35 anni, tra le donne questo accade dopo i 65 anni. La distanza delle prevalenze tra i due generi è più contenuta tra gli over75 e tra i più giovani, rispetto alle altre fasce d'età: le quote sono pari a 61,4% per gli uomini e 51,3% per le donne (Figura 2).

**Fig. 2 Proporzione di persone di 18 anni e più in eccesso di peso (tassi grezzi) per genere e classe di età. Italia, anni 2019, 2020, 2021. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione IRES su dati BES 2021, ISTAT

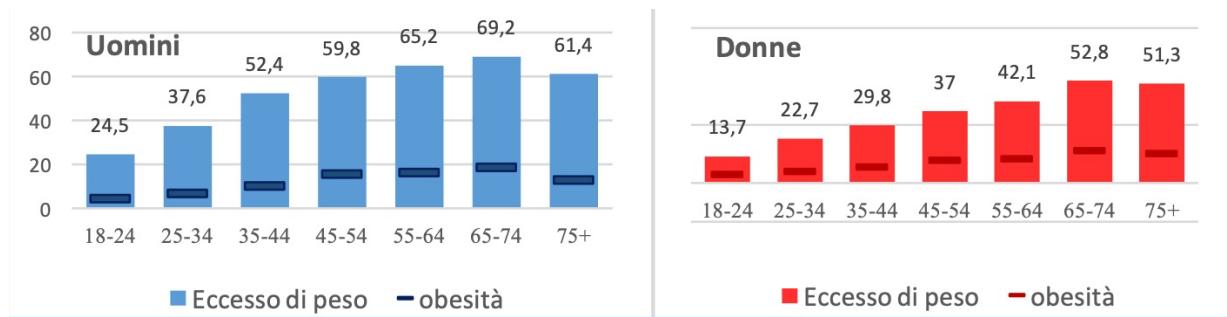
## Obesità

L'obesità è maggiormente diffusa tra gli uomini, ma le differenze di genere sono meno marcate rispetto all'eccesso di peso 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.

Le prevalenze dell'obesità a 18- 24 anni 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 donne coetanee (Figura 3).

**Fig. 3 Persone di 18 anni e più in eccesso di peso e obesità, per classe di età e genere. Anno 2021 (tassi per 100 persone)**



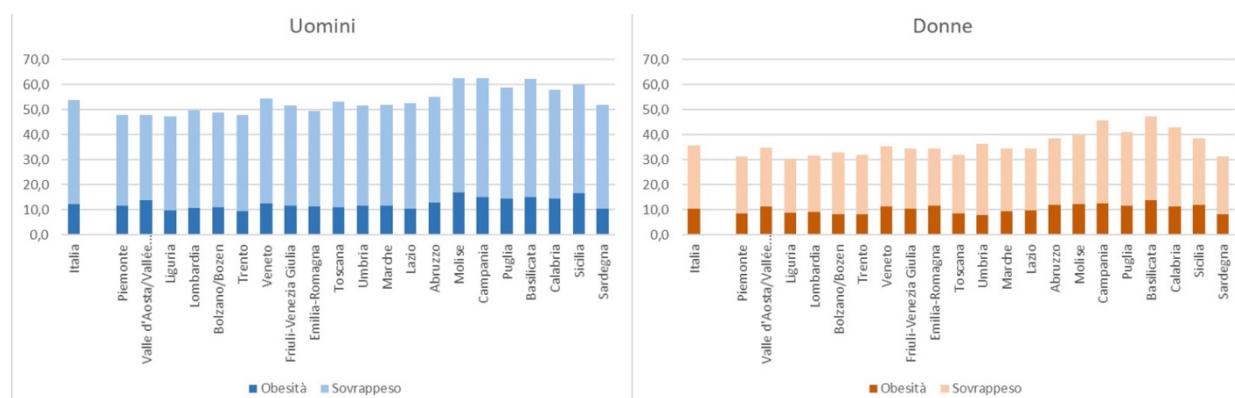
Fonte: 4th Italian Obesity Barometer Monitor, 2022

## La geografia dell'eccesso di peso

È presente un **gradiente territoriale** nell'eccesso di peso e si osserva una maggiore diffusione dell'eccesso di peso nel Sud dell'Italia. 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).

I **dati territoriali per genere** confermano i tassi molto più bassi per le donne rispetto agli uomini e il gradiente Nord-Sud che li caratterizza (Figura 4).

**Fig. 4 Persone di 18 anni e più in sovrappeso e obesità per genere e regione. Anno 2021 (tassi standardizzati per 100 persone)**

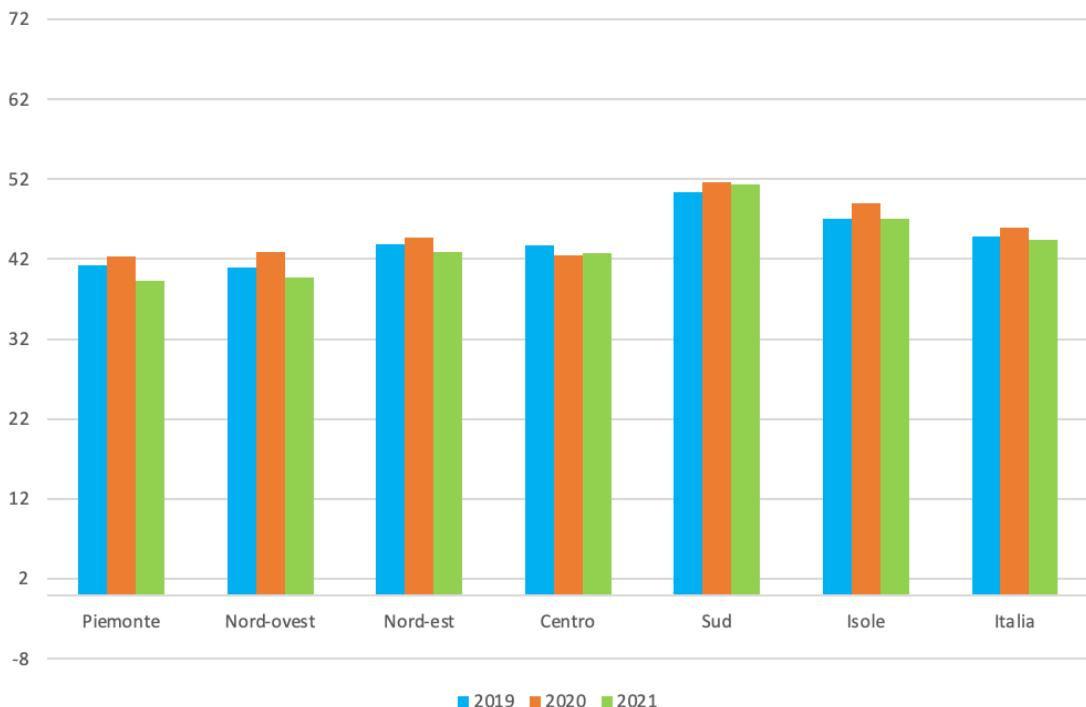


Fonte: 4th Italian Obesity Barometer Monitor, 2022

Il **Piemonte** fa costantemente rilevare livelli più bassi dell'indicatore rispetto alla media nazionale e pressoché in linea con i dati delle Regioni del Nord Ovest: nel 2021 la percentuale di persone con eccesso di peso è del 39,3%.

In Regione nel 2021, tra la popolazione adulta di 18 anni e più, gli uomini presentavano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (47,5% versus 31,5%), per entrambi in diminuzione di circa 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente (Figura 5).

**Fig. 5 Proporzione di persone di 18 anni e più in eccesso di peso per ripartizione geografica. Anni 2019, 2020, 2021. Tassi standardizzati per 100 persone**



Fonte: elaborazione IRES su dati BES 2021, ISTAT

Per l'obesità si osserva una maggiore variabilità territoriale, con un gradiente Nord-Sud significativo.

Se si analizza il territorio italiano rispetto al grado di urbanizzazione, distinguendo i comuni secondo la densità abitativa, si osserva come l'eccesso di peso sia maggiormente diffuso nelle **aree urbane ad elevata densità**, soprattutto tra gli adulti di 18-64 anni.

## Disuguaglianze sociali

I gruppi sociali maggiormente deprivati o svantaggiati dal punto di vista socio-economico sono caratterizzati da tassi di obesità e sovrappeso più elevati, come rilevato dagli studi della letteratura internazionale e nazionale. La probabilità di diventare obesi è doppia nelle persone appartenenti ai gruppi sociali più vulnerabili (EURO-THINE 2007, WHO 2013) e si evidenzia una forte associazione tra condizione di sovrappeso o di obesità e basso livello di istruzione.

Il titolo di studio si conferma come fattore protettivo con una maggiore attenzione ai comportamenti più salutari tra le persone con titolo di studio più elevato.

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%) nel 2021, anche tenendo sotto controllo il fattore età.

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

## EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITÀ E DELL'ECESSO DI PESO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

I dati dell'ultima rilevazione del Sistema di sorveglianza dell'OMS “**Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)**” del 2022, effettuata nelle scuole primarie di 33 Paesi dell'UE, mostrano come complessivamente, la prevalenza dell'eccesso ponderale (secondo le curve di crescita OMS e includendo sovrappeso e obesità) nei bambini e nelle bambine di 7-9 anni è del 29%, con un valore più alto tra i bambini (31%) rispetto alle bambine (28%). La prevalenza complessiva dell'obesità nei bambini e nelle bambine di 7-9 anni è del 12%, interessando il 14% dei bambini e il 10% delle bambine. Tuttavia i dati mostrano una notevole variabilità da Paese a Paese: dal 43% a Cipro al 6% in Tagikistan, e una prevalenza complessiva di obesità che varia dal 19% a Cipro all'1% in Tagikistan.

L'Italia è uno dei Paesi con le più alte prevalenze: 39% di sovrappeso (inclusa l'obesità) e 17% di obesità. In molti Paesi, la prevalenza di sovrappeso è risultata più elevata tra i figli di genitori con basso livello di istruzione. Tuttavia in 13 Paesi si è osservata un'associazione inversa. Risultati simili si sono osservati per l'obesità, con un gradiente di prevalenza di obesità in diminuzione con l'aumentare del titolo di studio in 18 Paesi<sup>4</sup> (WHO, 2022). Dati allarmanti se si pensa che le previsioni al 2035 vedono in generale un aumento di oltre il 100 per cento dell'obesità infantile (Okunogbe A. et al, 2022).

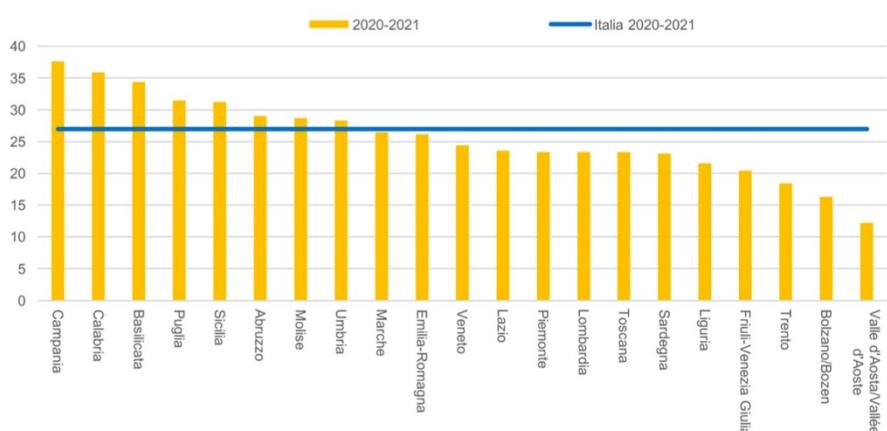
Nel corso del decennio 2011-2021 in Italia, si stima che circa un minore su quattro di 3-17 anni sia in eccesso di peso (sovrappeso o obesità). L'andamento temporale è stato caratterizzato prima da una riduzione dal 28,5% del 2010-2011 al 25,6% al 2018-2019, per poi aumentare nel biennio 2020-2021 al 27%, anche per effetto dell'aumento della sedentarietà nella popolazione giovane durante il periodo pandemico.

Nel biennio pandemico 2020-2021, si osserva come l'eccesso di peso sia maggiormente diffuso tra i bambini di 3-10 anni, dove raggiunge il 34,5%. All'aumentare dell'età, diminuiscono il sovrappeso e l'obesità, fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni (16,8%). Si evidenzia il forte gap di genere, con valori dell'eccesso di peso maggiori tra gli uomini rispetto alle donne (29,8% contro 24%) nel biennio 2020-2021.

Come quanto osservato per la popolazione adulta, 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. Nel biennio 2020-2021 si evidenzia 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 (Figura 6).

<sup>4</sup> <https://www.epicentro.iss.it/obesita/cosi-2022>.

**Fig. 6 Tassi di eccesso di peso dei bambini e ragazzi di 3-17 anni per Regioni. Media 2018-2019 e 2020-2021 (tassi per 100 persone)**



Fonte: 4th Italian Obesity Barometer Monitor, 2022

I sistemi di sorveglianza nazionali forniscono una panoramica su stato di salute e stili di vita<sup>5</sup>. La **VI rilevazione di OKkio** alla Salute che è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (avvenuta tra marzo e giugno 2019 su 5.385 bambini di 8 anni di età circa) segnala la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità tra i bambini del Piemonte (Caputo M., 2019). Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra Regione si è assistito ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi fino alla rilevazione del 2016 (24,4%).

La rilevazione del 2019 fa constatare un leggero rialzo fra i bambini obesi, infatti:

- l'1,7% (IC95% 1,3%-2,1%) risulta in condizioni di obesità grave,
- il 5,3% risulta obeso (IC95% 4,7%-6%),
- il 18,5% sovrappeso (IC95% 17,4%-19,6%),
- il 72,9% normopeso (IC95% 71,6%-74,2%) e
- l'1,6% sottopeso (IC95% 1,3%-2%).

Complessivamente il 25,5% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità; rispetto al livello nazionale, la nostra Regione si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e obesità leggermente inferiori alla media nazionale). Inoltre:

- nella nostra Regione il 10,9% dei bambini dorme meno di 9 ore e la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno (a livello nazionale questo dato è pari al 13%). In alcuni studi si è osservato che le ore di sonno del bambino sono associate al suo stato ponderale. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno
- rispetto ai dati delle raccolte precedenti si evidenzia una diminuzione dei bambini che fanno una colazione adeguata e di quanti consumano 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

la percentuale di bambini non attivi ha visto una progressiva diminuzione dal 2008 al 2014. Nel 2019 si rileva una decrescita dopo l'incremento del 2016.

<sup>5</sup> <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/sistemi-sorveglianza>

<sup>6</sup> IC, intervallo di confidenza.

Tutti questi fattori di rischio diminuiscono con il crescere della scolarità della madre e si sono ulteriormente esacerbati in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia. In particolare, la letteratura segnala che gli impatti negativi della pandemia sui bambini sono peggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione.

La **Rilevazione HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio multicentrico internazionale volto ad approfondire lo stato di salute di un campione di ragazzi in età scolare: 11, 13 e 15 anni.

Relativamente al campione di 3022 studenti piemontesi si rileva:

- rispetto allo stato ponderale, la percentuale di adolescenti sovrappeso ed obesi si situa intorno al 16%, senza grandi scostamenti per fasce d'età. Mentre per gli undicenni non si sono registrate variazioni dalla rilevazione precedente, per i quindicenni si nota un deciso aumento, a livelli pari al 2004;
- i ragazzi sovrappeso e obesi sono quasi il doppio delle ragazze in tutte le fasce d'età;
- diffusa è la sensazione di malessere che gli adolescenti vivono nel rapporto con la propria immagine corporea.

## COFATTORI DELL'OBESITÀ

Un potenziale cofattore dell'incremento dell'obesità può essere anche costituito dalla forzata sedentarietà sperimentata nel periodo della pandemia e il mutamento delle abitudini alimentari.

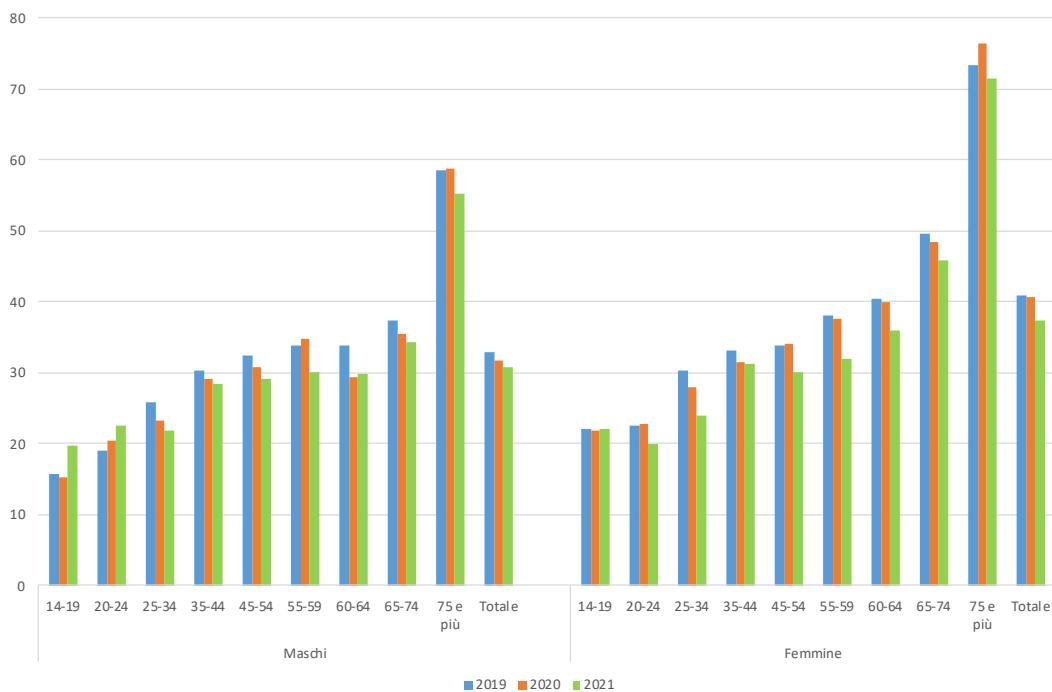
### La sedentarietà

Le disposizioni applicate al fine di contenere la diffusione del Coronavirus hanno notevolmente inciso sulle abitudini della vita quotidiana, specialmente durante la prima fase del lockdown che ha imposto forti limiti agli spostamenti.

Dall'ultimo **rapporto BES** dell'ISTAT si evince che, nel passaggio dal 2020 al 2021, con la progressiva ripresa delle attività, si è osservato un miglioramento generale riguardo alla sedentarietà della popolazione italiana che passa dal 34,5% al 32,5%. Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (34,6% vs 30,3%) anche se nel tempo il gap di genere è andato riducendosi. Analizzando l'indicatore per età, si rileva come la sedentarietà aumenta al crescere dell'età: 2 persone su 10 sono sedentarie tra gli adolescenti e i giovani fino a 24 anni fino a riguardare quasi 7 persone su 10 tra la popolazione di con età maggiore a 75 anni.

La diminuzione della sedentarietà osservata nell'ultimo triennio non ha riguardato la fascia tra i 14 e i 19 anni, per la quale si è assistito a un aumento della percentuale di sedentari che è passata dal 18,6% nel 2020 al 20,9% nel 2021; mentre si rileva un calo nella quota di persone sedentarie tra la popolazione adulta di 45-59 anni (-3,2 punti percentuali) e tra la popolazione con età > 75 anni (-4,3 punti percentuali). Nella fascia d'età tra i 14-24 anni la diminuzione della pratica sportiva continuativa è stata accompagnata dalla crescita della pratica saltuaria e dall'abitudine a svolgere attività fisiche per la possibilità di essere svolte in modo destrutturato e fuori dalle palestre e dai centri sportivi, interessati da lunghi periodi di chiusura nel periodo pandemico (Figura 7).

**Fig. 7 Proporzione di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica (tassi grezzi) per genere e classe di età. Italia, anni 2019, 2020, 2021. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione IRES su dati BES 2021, ISTAT

L'analisi per ripartizione geografica conferma un forte gradiente territoriale Nord- Sud con tassi di sedentarietà che si attestano al 23,2% nelle Regioni del Nord e arrivano al 47,2% al Sud. Rispetto al 2020, si osserva un decremento nella proporzione delle persone sedentarie in modo trasversale su tutto il territorio, ma in particolar modo nel Centro Sud.

In **Piemonte** le persone che non praticano alcuna attività fisica rappresentano il 29% della popolazione, proporzione più elevata del Nord-ovest (23,9%), ma inferiore rispetto alla media nazionale di 32,5%. Nonostante gli stili di vita più salutari che contraddistinguono le donne, se si analizza la sedentarietà, la proporzione di donne che non praticano alcuna attività sportiva è superiore rispetto a quella degli uomini (29,5% versus 28,5% in Piemonte), con una riduzione del gap di genere (dovuto alla diminuzione di 3,3 per le donne e all'aumento di 1,5 per gli uomini) rispetto all'anno precedente (Figura 8).

**Fig. 8 Proporzione di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per ripartizione geografica. Anni 2019, 2020, 2021. Tassi standardizzati per 100 persone**

72

62

52

42

32

22

12

2

-8

Piemonte

Nord-ovest

Nord-est

Centro

Sud

Isole

Italia

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021

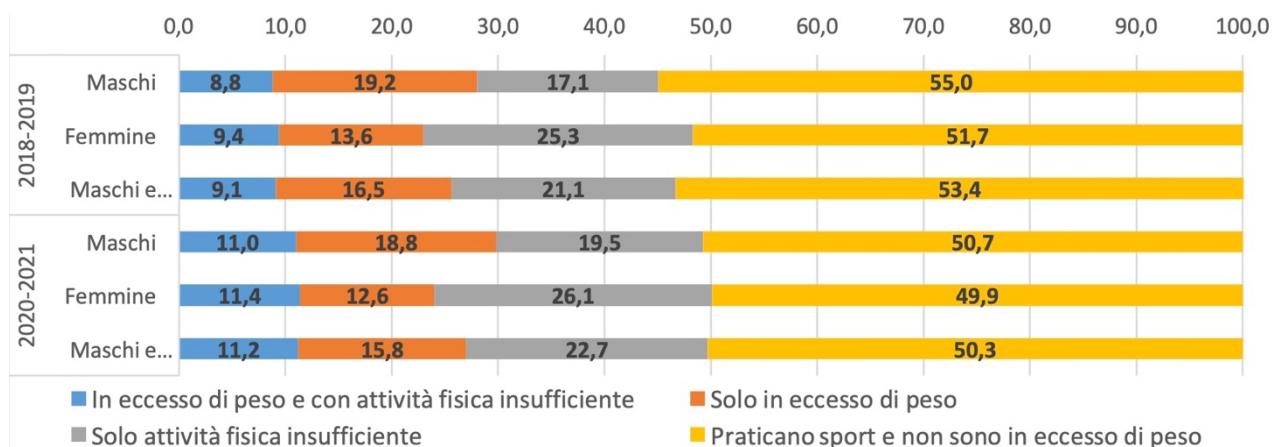
Fonte: elaborazione IRES su dati BES 2021, ISTAT

I dati dell'indagine BES sui bambini e ragazzi di 3-17 anni per eccesso di peso associato alla scarsa o nulla attività fisico- sportiva praticata per genere rilevano che:

- la scarsa attività fisica, o chi svolge raramente solo qualche attività fisica o è del tutto sedentario, o l'eccesso di peso riguardano circa 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;
- il 22,7% non ha problemi di peso ma è sedentario o svolge solo qualche attività fisica in modo saltuario (Figura 9).

La prevalenza è simile tra i generi rispetto a entrambi i fattori di rischio (maschi 11%; femmine 11,4% in eccesso di peso e con attività fisica insufficiente), 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 normopeso ma con bassi livelli di attività fisica (maschi 19,5%; femmine 26,1%).

**Fig. 9 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: 4th Italian Obesity Barometer Monitor, 2022

Nell'ultima **rilevazione HBSC** del 2018, in Regione Piemonte sono state campionate 120 classi per la scuola secondaria di I grado (classi I media e III media) e 66 classi di per la scuola secondaria di II grado (classe II superiore), per un totale di 186 classi. Il campione era costituito da un totale di 3022 studenti di cui: il 33% di 11 anni, il 35% di 13 anni ed il 32% di 15 anni (AA.VV., 2018). Dall'indagine emergono le seguenti evidenze:

- l'attività fisica fra gli adolescenti è piuttosto scarsa e si riduce ulteriormente con l'età e fra le ragazze. L'attività fisica quasi tutti i giorni è svolta in prevalenza dai maschi (21% contro il 12% delle femmine). Il 28,3% dei 15enni dichiara di svolgere attività sedentarie (TV, schermi, ecc) più di 2 ore al giorno. Il 10% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, il 54% riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana, ma risulta che l'attività fisica sia svolta in prevalenza dai maschi. Rimane un gap nei confronti del genere femminile che fa meno attività fisica. Resta la criticità di conoscere le opportunità per i giovani, al di fuori della scuola, in particolare quelle pubbliche, ad accesso libero.
- Permangono scorrette abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura da parte degli adolescenti resta un'abitudine poco diffusa: circa 4 adolescenti su 10 consumano frutta almeno una volta al giorno e solo 2 su 10 più di una volta al giorno. Sebbene si sia molto ridotto dalla rilevazione del 2004, il consumo di dolci e bevande zuccherate continua ad essere rilevante: quasi un terzo dei ragazzi dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci e il 12% di bevande zuccherate.



## CAPITOLO 2

# I COSTI SOCIALI DELL'OBESITÀ

La letteratura internazionale e nazionale sui costi sociali dell'obesità evidenzia l'entità delle risorse economiche da questa assorbite, per l'assistenza sanitaria (costi sanitari) e a causa della perdita di produttività (costi di produttività). Gli studi condotti mostrano che l'obesità assorbe una quota importante dei costi sanitari dei Paesi considerati, variando da un minimo del 2 % in Francia a un massimo del 6,8 % negli USA. L'Indagine Multiscopo Istat sugli aspetti della vita quotidiana indica una relazione positiva tra IMC e spesa e una stima del 6 % dell'incidenza dei costi sanitari dovuti all'obesità sulla spesa regionale (nel Sud del Paese).

### IL CONTESTO INTERNAZIONALE OCSE – HEAVY BURDEN OF OBESITY

Il 50% delle persone a livello mondiale andrà incontro all'obesità entro il 2050.

**Le persone obese o in sovrappeso nel mondo sono 2,1 miliardi**, circa il 30 % della popolazione. Continuando secondo la traiettoria attuale, nel 2030 si raggiungerà il 50 %, riducendo la speranza di vita di 3 anni entro il 2050, secondo le stime OCSE (OCSE, 2019). Il costo sociale dell'epidemia di obesità, in termini di perdita di produttività, servizi sanitari e investimenti per invertire la tendenza, è pari al 2,8 % del Pil mondiale, ovvero duemila miliardi di dollari l'anno (stima effettuata da McKinsey & Co., che calcola tra il 2 e il 7 per cento del totale la spesa sanitaria associata direttamente all'obesità nei paesi sviluppati, valore che sale al 20 %, se si prendono in considerazione i disturbi correlati).

L'analisi OCSE evidenzia come, con riferimento ai costi economici, sociali e sanitari legati all'eccesso ponderale della popolazione, i 52 Paesi esaminati (tra cui Paesi dell'area OCSE, UE e G20) spendano, mediamente, l'8,4 % del bilancio del sistema sanitario per curare le malattie legate al sovrappeso e come, in media, il sovrappeso sia responsabile del 71 % di tutti i costi delle cure per il diabete, del 23 % dei costi delle cure per le malattie cardiovascolari e del 9 % dei costi delle cure per i tumori.

**I costi sociali di una patologia** rappresentano la somma dei costi sanitari, cioè costi diretti collegati ad assistenza, cura, uso della tecnologia e di altre tipologie di costi, es. costi sociali non pagati dal SSN (assistenza sociale formale, retribuita, o informale, garantita da familiari e/o amici) o costi di produttività (costi indiretti), l'impatto che una malattia ha sulla forza lavoro, in termini di assenteismo (giorni di lavoro mancati), minore produttività sul lavoro fino all'abbandono prematuro del mercato del lavoro (riduzione della capacità di produrre ricchezza di un Paese).

L'obesità, per la sua crescente diffusione e la sua influenza negativa sulla qualità di vita delle persone, ha un importante impatto economico: rappresenta fattore di rischio di numerose patologie: cardiovascolari, diabete, osteo-articolari... con altissimi costi assistenziali e produce effetti negativi sulla capacità degli individui di contribuire alla vita economica (costi di produzione economica). L'obesità è un fattore debilitante dal punto di vista sanitario ma anche sociale, in

termini di reddito che la persona riesce a ottenere nel mercato del lavoro. Negli USA, dove è stata condotta sinora la maggior parte degli studi sui costi sociali dell'obesità si stimano minori costi di produttività per l'obesità intorno al 3/4 % del PIL, in Europa attorno all'1-2 %.

L'OCSE evidenzia, ancora, come ogni dollaro speso per prevenire l'obesità produca un ritorno economico 6 volte superiore.

In Italia, secondo l'analisi OCSE, i costi per l'obesità rappresentano il 9% della spesa sanitaria, gli italiani vivono in media 2,7 anni in meno a causa del sovrappeso e, nel mercato del lavoro, la produzione risulta inferiore di 571 mila lavoratori a tempo pieno all'anno. L'OCSE ricorda le politiche sanitarie messe in atto dal nostro Paese - in particolare pubblicazione delle linee guida su attività fisica e dieta sana, etichette nutrizionali per gli alimenti e standard nutrizionali nelle scuole - che fanno parte del pacchetto delle 10 tipologie di interventi raccomandate:

1. Regolamentazione pubblicitaria.
2. Etichettatura dei prodotti alimentari.
3. Campagna di informazione.
4. Etichettatura dei menù.
5. Applicazioni per dispositivi mobili.
6. Prescrizione di attività fisica.
7. Interventi nelle scuole.
8. Sedentarietà sul posto di lavoro.
9. Benessere sul posto di lavoro.
10. Mezzi di trasporto pubblico.

L'applicazione complessiva degli interventi potrebbe prevenire le malattie non trasmissibili, ridurre la spesa sanitaria e aumentare la produttività della forza lavoro. In particolare, l'OCSE stima che l'applicazione del pacchetto di comunicazione - etichettatura obbligatoria su confezioni, regolamentazione pubblicitaria e campagne di informazione - potrebbe prevenire 144 mila malattie non trasmissibili entro il 2050, far risparmiare 62 milioni all'anno in spesa sanitaria, e far aumentare l'occupazione e la produttività di una quota pari a 6 mila lavoratori a tempo pieno all'anno.

### L'impatto dell'obesità sul budget della sanità

Le persone obese richiedono servizi sanitari più spesso e per bisogni più complessi. Questo determina un incremento della spesa sanitaria di 209 dollari pro capite nei Paesi OCSE. In media, i Paesi OCSE spenderanno l'8,4% dell'intero budget sanitario nel trattare le conseguenze dell'obesità dei prossimi 30 anni.

### L'obesità danneggia i risultati educativi, la produttività della forza lavoro e l'economia

I bambini obesi hanno performance scolastiche più basse e, quando crescono, evidenziano risultati peggiori e minori probabilità di accedere a studi superiori. Le bambine e ragazze obese hanno tre volte la probabilità in più di essere bullizzate rispetto alle coetanee.

L'obesità ha un considerevole impatto sull'economia e riduce la produttività della forza lavoro e il capitale umano.

Nei 52 Paesi inclusi in quest'analisi l'obesità riduce la forza lavoro di 54 milioni di persone all'anno:

- 28 milioni *full time equivalent* dovuti alla riduzione dell'impiego
- 18 milioni *full time equivalent* dovuti alla ridotta produttività sul lavoro.
- 8 milioni dovuti all'assenteismo.

L'effetto a livello macro è che l'obesità riduce in media il PIL del 3,3 % nei Paesi OCSE.

### I Paesi hanno messo in atto politiche per fronteggiare l'obesità, ma il gap resta

I Paesi hanno fatto sostanziali progressi nello sviluppare politiche che affrontino diete poco salutari negli ultimi decenni. Pressoché tutti i Paesi analizzati hanno un Piano nazionale sull'obesità in corso e un Piano per affrontare l'obesità infantile, nonché linee guida nazionali per promuovere diete e stili di vita salutari.

In generale, i Paesi sono attivi nel mettere in atto politiche che forniscano informazioni e aumentino il numero di opzioni salutari a disposizione della popolazione; sono meno sviluppate le politiche che modifichino il costo di scelte correlate alla salute, es. tasse su bevande e cibi ipercalorici o regolamentare scelte non salutari, es. pubblicità.

Tuttavia la rapida crescita dei tassi di obesità dimostra che la risposta non è stata adeguata alla sfida. In alcuni casi le politiche sono sviluppate in forme che non sono le più efficaci o le Azioni non sono sviluppate uniformemente in tutto il Paese. In altri casi ancora, risorse limitate o problemi applicativi limitano il numero degli individui che potrebbero beneficiare dell'intervento.

### Pacchetti di politiche pubbliche onnicomprese migliorano la salute della popolazione.

Per fronteggiare l'epidemia di obesità servono politiche di prevenzione onnicomprese, che hanno un impatto positivo sulla salute della popolazione e rappresentano un eccellente investimento per i Paesi. Il Report OCSE valuta tre tipologie di pacchetti:

- **Pacchetto comunicativo** che combini etichettature dei cibi, regole alla pubblicità e campagne dei media. Molti Paesi hanno già politiche di questo tipo, spesso non disegnate o sviluppate per un massimo impatto.
- **Pacchetto misto**, consistente in azioni più innovative meno estese che includono l'etichettatura dei menu, la prescrizione di attività fisica e programmi benessere sul lavoro. Forniscono opportunità di estensione alle risposte politiche.
- **Pacchetto per promuovere l'attività fisica** attraverso prescrizione di attività fisiche, interventi sui trasporti pubblici, educazione fisica nelle scuole e azioni per contrastare il comportamento sedentario sul lavoro.

Questi tre pacchetti di politiche riducono significativamente il carico di malattia causato dall'obesità. Il pacchetto comunicativo ha la potenzialità di risparmiare 76.000 nuovi casi di malattie croniche all'anno, nei Paesi analizzati. Il pacchetto misto consentirebbe di risparmiare 61.000 nuovi casi di malattia cronica all'anno, il pacchetto attività fisica 38.000 nuovi casi.

### ... e hanno un impatto positivo sull'economia

In aggiunta al miglioramento della salute della popolazione, queste politiche porterebbero risultati economici, poiché riducono la spesa sanitaria e crescono gli output sul mercato del lavoro. Combinate con l'impatto sulla salute della popolazione, potrebbero incrementare il PIL.

Se tutti i 36 Paesi implementassero

	Pacchetti comunicativi	Pacchetti misti	Pacchetti attività fisica
Spesa sanitaria	26 miliardi di dollari potranno essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050	23 miliardi di dollari potranno essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050	17 miliardi di dollari potranno essere risparmiati nei costi sanitari entro il 2050
Output mercato del lavoro	Il mercato del lavoro crescerà di 134.000 lavoratori all'anno	Il mercato del lavoro crescerà di 94.000 lavoratori all'anno	Il mercato del lavoro crescerà di 82.000 lavoratori all'anno
PIL	Il PIL crescerà in media dello 0,044 %	Il PIL crescerà in media dello 0,032 %	Il PIL crescerà in media dello 0,027 %

### Il ritorno degli investimenti in politiche per fronteggiare l'obesità

Per ogni dollaro investito nella prevenzione dell'obesità è previsto un ritorno di circa di 5,6 dollari in benefici economici (in termini di PIL) ogni anno.

Ridurre del 20 % le calorie nei cibi ipercalorici avrebbe effetti positivi significativi:

- 1,1 milioni di casi di malattie non trasmissibili evitate ogni anno.
- 1,4 milioni di lavoratori full time all'anno.
- 13,2 miliardi di dollari (PPP) risparmiati ogni anno per la minor spesa sanitaria.
- 0,5 % di incremento del PIL.

### Riformulazione alimentare

Negli anni più recenti molti Paesi OCSE hanno mostrato un interesse crescente nella promozione di politiche di riformulazione del cibo. Ad esempio nel 2018 la sanità pubblica inglese ha pubblicato un programma di stimolo alla riformulazione per le industrie per ridurre le calorie nei cibi ipercalorici quali pizze, salse snack e condimenti...

Ancora, nel 2018 l'OCSE portò al G20 la proposta di un accordo globale tra governi nazionali e industrie per dimensionare questi sforzi a livello globale.

Un accordo globale per ridurre del 20 % le calorie nei cibi ipercalorici non eliminerebbe le cause dell'epidemia di obesità, incluso ad esempio il basso livello di attività fisica, ma avrebbe un significativo impatto su salute e economia: migliorerebbe la salute della popolazione, farebbe risparmiare sulla spesa sanitaria, migliorerebbe la produttività del lavoro e incrementerebbe il PIL.

## LA LETTERATURA SCIENTIFICA SUI COSTI SOCIALI DELL'OBESITÀ

Le malattie portano sofferenze alle persone affette e alle persone vicine, ma hanno anche un forte impatto sui costi, assorbendo risorse che, scarse, vengono sottratte a impieghi alternativi, generando un impatto indiretto negativo sul benessere sociale.

### La letteratura internazionale sui costi sociali dell'obesità

Gli studi, eterogenei sotto il profilo metodologico, mostrano che l'obesità assorbe una quota importante dei costi sanitari dei Paesi considerati, variando da un minimo del 2 % in Francia a un massimo del 6,8 % negli USA.

Una recente ricerca (Fattore G., 2021) ha analizzato 208 revisioni sistematiche, delle quali riporteremo qui i risultati più rilevanti.

La prima revisione disponibile risale al 2001 e include 18 studi, per la maggior parte con dati USA. Dagli studi il rapporto tra costi attribuibili all'obesità e il PIL del Paese è stimato tra 5,5 e 7 % per gli USA (maggior prevalenza dell'obesità registrata in questo Paese) e il 2 e il 3,5 % per gli altri Paesi considerati (Australia, Canada, Francia, Nuova Zelanda e Portogallo).

La seconda analisi sistematica viene pubblicata 10 anni dopo. I 32 studi analizzati coprono un set di Paesi più ampio e propongono dati di sintesi simili, anche se espressi con indicatori diversi. Viene stimato che l'obesità assorbe tra 0,7 e 2,8 % della spesa sanitaria nazionale.

In un successivo studio di Tsai il costo dell'obesità è stimato in 110,5 miliardi di dollari USA, pari a 4,4 % della spesa sanitaria nazionale.

La prima revisione sistematica di studi (50) di costi sociali che analizza costi non sanitari viene pubblicata nel 2017. Analizza quattro categorie di costi: assenteismo, perdita di produttività sul lavoro, disabilità e morte prematura e evidenzia una forte variabilità dei risultati. Non vengono riportate stime quantitative.

### La letteratura italiana sui costi sociali dell'obesità

In Italia, come in tutti i Paesi sviluppati, è fortemente diffusa l'obesità tra bambini, ragazzi e adulti, con una situazione particolarmente critica per quanto riguarda i bambini.

Il primo articolo con un'ampia base dati che affronta specificamente il tema dei costi è del 2013: i pazienti sono stati arruolati in una struttura del **Piemonte** specializzata in riabilitazione nutrizionale tra il 1996 e il 2002, seguita per un tempo medio di 7,3 anni. I risultati dello studio confermano gli studi internazionali: i pazienti obesi hanno tassi di ospedalizzazione e costi ospedalieri superiori a quelli normopeso, principalmente ascrivibili alle complicanze della condizione piuttosto che ai suoi effetti diretti. Complessivamente il costo medio in eccesso attribuibile all'obesità viene stimato in 3.389 euro per gli uomini e 3.125 euro per le donne. Il modello stima costi più elevati al crescere delle fasce d'età, per pazienti con IMC superiore a 40KG/m<sup>2</sup>, circonferenza vita superiore al valore mediano, con diabete, malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, malattie respiratorie, ipertensione, disordini mentali e malattie muscolo scheletriche.

Uno dei temi più rilevanti della letteratura, quello della distinzione tra effetti diretti e indiretti sui costi dell'obesità, è affrontato in un lavoro di Atella, Kopinska, et al, con uno studio osservazionale e retrospettivo su 557.145 pazienti. Usando un grande database risultante dalle rilevazioni dei medici di medicina generale e collegandolo a un dataset con prezzi/tariffe delle prestazioni erogate, gli autori ricostruiscono per ogni paziente i costi annuali per il periodo 2004-2010. Con

questi dati di spesa e una serie di variabili cliniche e demografiche, attraverso una serie di equazioni multiple, si identifica il costo direttamente e indirettamente attribuibile ai diversi livelli di IMC. Rispetto ai pazienti normopeso (IMC tra 18,5 e 25Kg/m<sup>2</sup>). I pazienti obesi, molto obesi e severamente obesi registrano un costo aggiuntivo annuale rispettivamente di 193 €, 446 € e 550 €. Per le stesse tre patologie l'effetto indiretto, dovuto alle patologie attribuite all'eccesso di peso è rispettivamente 237 €, 351 € e 417 €, con forte impatto sui costi delle patologie correlate all'eccesso di peso (ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete). Lo stesso studio propone una stima dei costi sanitari complessivi dell'obesità in Italia, pari a 4,5 miliardi di euro (4% della spesa del SSN).

A risultati simili perviene uno studio con dati analoghi ma campione più limitato (circa 20.000 pazienti di 3 ASL di Campania, Lombardia e Toscana): rispetto ai pazienti normopeso (18,5-25 Kg/m<sup>2</sup> IMC) si registra un eccesso assoluto di costi totali annuali per paziente obeso di 348 euro (42,5 % in più). L'incremento deriva soprattutto dai costi per farmaci e assistenza ospedaliera.

L'Indagine Multiscopo Istat sugli aspetti della vita quotidiana indica una relazione positiva tra IMC e spesa e una stima del 6 % dell'incidenza dei costi sanitari dovuti all'obesità sulla spesa regionale (Area Sud del Paese).

## Conclusioni

La letteratura internazionale e nazionale sui costi sociali dell'obesità evidenzia l'entità delle risorse economiche da questa assorbite, per l'assistenza sanitaria (costi sanitari) e a causa della perdita di produzione (costi di produttività). Le evidenze disponibili suggeriscono anche che la seconda categoria di costi sia più rilevante, come spesso avviene per le malattie cronico degenerative, anche se le loro stime sono più incerte, causa le incertezze metodologiche su come misurarli e monetizzarli.

La letteratura evidenzia anche come i costi dell'obesità siano prevalentemente associati alle patologie correlate. L'obesità rappresenta fattore di rischio di una lunga serie di patologie.

Gli studi richiamati nel lavoro di Fattore evidenziano come i costi sociali dell'obesità rappresentino almeno il 4 % della spesa sanitaria italiana.

Tuttavia, secondo un approccio economico, quello che conta è il rapporto tra costi e efficacia tra alternative e quindi la sfida per i prossimi anni è quella di studiare possibili strategie di intervento per contrastare l'obesità, per valutare se la strategia, oltre a essere efficace, sia anche costo efficace.

## SCENARI REGIONALI SUL PIEMONTE: PRIME EVIDENZE

Abbiamo provato, a titolo esplorativo, a effettuare una prima simulazione applicando le percentuali di spesa sanitaria dovuta all'obesità, così come emerse dagli studi consultati, alla spesa sanitaria corrente complessiva del Piemonte per il 2021 (9.258.700.000 euro)<sup>7</sup>.

Dai calcoli emerge un consumo di risorse dovuto all'obesità sulla spesa sanitaria piemontese che va dai 370 milioni ai 555 milioni di euro, a seconda dello scenario considerato.

Di seguito il dettaglio della spesa per i tre scenari:

- scenario prudentiale (4 % spesa sanitaria dovuta all'obesità): **370.348.000 euro di maggiore spesa dovuta all'obesità**
- scenario intermedio (5 % spesa sanitaria dovuta all'obesità): **462.935.000 euro di maggiore spesa dovuta all'obesità**
- scenario allarmistico (6 % spesa sanitaria dovuta all'obesità): **555.522.000 euro di maggiore spesa dovuta all'obesità**

---

<sup>7</sup> Dati MEF, Ministero dell'Economia e delle Finanze.



# CAPITOLO 3

## LE POLITICHE DI PREVENZIONE PROPOSTE DALL'OMS

Particolare attenzione alle politiche di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, a livello globale, è stata posta a partire dalla seconda metà degli anni '90, quando a fronte del rapido accrescimento dei tassi di queste condizioni, l'OMS ha avviato differenti strategie, anche diversificate per le differenti fasce di età.

L'OMS sottolinea come l'aumento globale nella disponibilità e accessibilità di cibo, unito alle ridotte opportunità di dispendio energetico creino ambienti di vita definiti "obesogenici", ovvero ambienti che facilitano un consumo di cibo in eccesso e aumentano la diffusione di stili di vita sedentari, accrescendo così il rischio di obesità. Oltre a danneggiare la salute e il benessere di vaste proporzioni della popolazione e generare forti spese da parte dei servizi sanitari, l'obesità ha un impatto inaccettabile sui bambini. I bambini obesi sono esposti per una quantità maggiore di anni alla sindrome metabolica e vanno incontro a comorbidità, come ad esempio la comparsa del diabete in stadi più precoci della vita. L'obesità dei bambini è la dimostrazione più lampante della forza delle influenze ambientali e dell'insuccesso delle strategie di prevenzione tradizionali basate solo sull'educazione alla salute: i bambini sono di gran lunga più recettivi ai messaggi commerciali che alle raccomandazioni degli insegnanti o degli operatori sanitari.

Oltre ai bambini, sono i gruppi socialmente vulnerabili quelli più colpiti dall'obesità, perché vivono in zone che non facilitano il trasporto attivo e lo svago, hanno minore accesso all'educazione e ad informazioni su stili di vita e salute, consumano cibi più economici che hanno scarsa densità nutrizionale ed elevata densità energetica.

Dagli anni 2000, l'azione dell'OMS nella lotta contro l'obesità ha preso forma con due strategie importanti:

- la **Strategia globale sull'alimentazione dei neonati e dei bambini**, approvata dall'Assemblea mondiale sulla salute del maggio 2002 (Risoluzione WHA55.25), seguita dalla
- la **Strategia globale su dieta, attività fisica e salute** approvata dall'Assemblea mondiale sulla salute del maggio 2004 (Risoluzione WHA57.17).

Tali Strategie mirano a ridurre i fattori di rischio per le malattie non trasmissibili che derivano da un'alimentazione non sana e dall'inattività fisica, a fronte della necessità che in tutti gli stati si avviiino politiche per la promozione di ambienti che sostengono cibi salutari e attività fisica.

Nel giugno 2004, con la **Dichiarazione di Budapest** (Declaration. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, 2004) adottata dai Ministri della Salute e dell'Ambiente alla Quarta Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, l'OMS sottolinea con forza, per la prima volta, l'importanza dell'interazione tra settori differenti (ambiente e salute) e con uno sguardo particolare all'infanzia nella prevenzione di sovrappeso e obesità.

Il Piano specifico **“Children’s Environment and Health Action Plan for Europe”** (Piano d’azione per l’ambiente e la salute dei bambini per l’Europa (CEHAPE) ribadisce la necessità di garantire ambienti di vita sani e che favoriscano l’attività fisica dei bambini. Vengono individuate 4 priorità:

- ridurre significativamente morbidità e mortalità con misure che garantiscano l’accesso da parte dei bambini a fonti d’acqua sicura dal punto di vista sanitario;
- prevenire e ridurre la mortalità infantile dovuta a eventi accidentali e ridurre la morbidità per mancanza di politiche di promozione dell’attività fisica per i minori;
- prevenire e ridurre l’incidenza di malattie respiratorie a causa dell’inquinamento atmosferico e domestico e contribuire a ridurre la frequenza di attacchi d’asma spesso legati a cause analoghe;
- ridurre il rischio di malattie legate all’esposizione a sostanze chimiche nocive, come i metalli pesanti, ad agenti fisici (per esempio gli eccessivi rumori) e biologici. Ridurre il rischio di patologie dovute ad ambienti di lavoro rischiosi durante la gravidanza, l’infanzia e l’adolescenza.

A seguito della Conferenza di Budapest, l’OMS ha lanciato un ampio progetto di sistema informativo paneuropeo sulla salute ambientale: **l’European Environment and Health Information System (EHIS)**, una piattaforma per il monitoraggio di 26 indicatori, selezionati sulla base della loro rilevanza e attendibilità scientifica, che intende proporsi come standard per monitorare e promuovere le politiche sanitarie pubbliche europee sulla base di prove di evidenza complessive (cfr. Capitolo 1).

Nel 2007 viene pubblicato il primo lavoro dalla nascita della piattaforma informativa **“Children’s health and the environment in Europe: a baseline assessment”**, svolto in collaborazione con gli Stati membri e rivolto a decisori politici, professionisti della sanità pubblica ed epidemiologi. Obiettivo è fare da punto di riferimento per la valutazione dei risultati delle deliberazioni della conferenza di Budapest del 2004, in vista della quinta Conferenza ministeriale su salute e ambiente in programma per il 2009. Si evidenzia in particolare una forte disparità nelle condizioni ambientali di interesse sanitario sia tra i diversi Paesi europei sia all’interno dei singoli Stati membri.

I lavori dell’OMS proseguono, seguendo i trend epidemiologici, e si arriva alla necessità di affrontare anche gli aspetti legati all’offerta sul mercato di cibo e bevande non alcoliche. È quanto viene descritto nel Report dell’OMS intitolato **“Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children”** che contiene una serie di raccomandazioni sulla commercializzazione di alimenti e bevande analcoliche ai bambini, presentate alla 63° Assemblea Mondiale della Sanità nel **maggio 2010** e approvate con la risoluzione WHA63.14. Il documento invita ad agire a livello nazionale e internazionale per ridurre l’impatto sui bambini della commercializzazione di alimenti ad alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi trans, zuccheri liberi o sale. L’OMS, dopo una sezione dedicata alle evidenze esistenti, presenta 12 raccomandazioni nelle quali emerge, in maniera trasparente la necessità di garantire in tutti gli Stati un commercio responsabile dei prodotti alimentari. Le politiche in vigore, in quegli anni, negli Stati membri variavano per quanto riguarda gli approcci all’offerta di cibo: dai divieti alla pubblicità televisiva per bambini di alimenti predefiniti, all’adozione di codici volontari da parte di alcuni settori dell’industria alimentare e pubblicitaria. L’OMS dichiara l’urgenza di azioni

comuni tra gli Stati, anche al fine di facilitare le politiche di scambio tra paesi limitrofi e garantire a tutti i cittadini un omogeneo livello di protezione della salute.

La 65<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) ha approvato nel **maggio 2012** un **"Piano di implementazione globale sulla nutrizione materna, infantile e dei bambini"** (approvato con risoluzione WHA65.6) che comprendeva sei obiettivi globali:

- ridurre l'arresto della crescita e lo spreco nei bambini sotto i 5 anni;
- arrestare l'epidemia di obesità;
- ridurre l'anemia nelle donne in età riproduttiva;
- ridurre il basso peso alla nascita;
- aumentare il tasso di allattamento al seno esclusivo.

Gli obiettivi globali sono stati stabiliti per aiutare gli Stati membri a identificare le aree prioritarie sulle quali orientare priorità di investimento, a seconda delle condizioni specifiche, impegnandosi su investimenti, nonché sulla disponibilità politica e istituzionale a stabilire e a scalare le azioni.

Le evidenze scientifiche hanno poi portato all'attenzione dei decisori e dei ricercatori l'importanza delle diseguaglianze nell'insorgenza di sovrappeso e obesità. Nel 2014, l'Oms Europa ha infatti pubblicato un policy brief dedicato al tema **"Obesity and inequities Guidance for addressing inequities in overweight and obesity"**, al fine di offrire, ai decisori europei, un supporto per migliorare la progettazione, l'implementazione e la valutazione di interventi e politiche volti a ridurre le diseguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità. Questa guida – che si basa su solide evidenze scientifiche - si propone di aiutare concretamente i decisori politici europei a raggiungere gli obiettivi di Salute 2020. La guida descrive le azioni che si possono attuare per ridurre il fenomeno dell'obesità in Europa. Sono proposti approcci che affrontano i determinanti sociali dell'obesità e le relative conseguenze di salute, sociali ed economiche agendo sul gradiente sociale.

Continua a preoccupare il trend dell'**obesità infantile**: sin dal 2014, per affrontare e gestire al meglio questa crisi globale, l'OMS ha istituito la Commission on Ending Childhood Obesity (Echo) per individuare quali approcci e interventi di contrasto all'obesità si siano dimostrati più efficaci nei diversi Paesi del mondo. Nel 2016, questa Commissione, dopo aver coinvolto più di 100 paesi, ha redatto un report **"Ending childhood obesity"**, riferimento ancora oggi per le politiche di contrasto all'obesità infantile, contenente sei raccomandazioni necessarie per far fronte all'ambiente "obesogenico" e ai periodi cruciali della vita per prevenire l'obesità infantile.

La Commissione ha evidenziato in particolare che:

- singoli interventi non sono in grado di affrontare una problematica così complessa e che investe molti ambiti della vita degli individui, delle comunità e dell'intera società;
- le evidenze scientifiche che si accumulano nel tempo, sottolineano l'importanza di provvedere ad interventi durante tutta la vita delle persone, ma con riguardo particolare all'epoca peri-concepimento, alla quale sino ad oggi si era poco guardato con lo sguardo della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

In tal senso diventano oggetto di interesse la tipologia e la disponibilità di cibo e bevande, il marketing che li accompagna, le leggi fiscali che li riguardano. O anche l'organizzazione urbanistica delle città moderne (che non favorisce l'andare a piedi e la frequentazione di spazi di

aggregazione e di moderata attività fisica) e la diffusione di attività ludiche di tipo sedentario (videogiochi, televisione, ecc).

Le raccomandazioni del Report rivolte ai governi si riassumono in 6 punti principali:



Promuovere l'assunzione di cibi sani: implementare programmi globali che promuovano una sana alimentazione per i bambini e adolescenti, riducendo l'assunzione di alimenti non salutari e bevande zuccherate (attraverso, ad esempio, una tassazione efficace sulle bevande zuccherate e arginando il marketing di cibi non sani).

1. Promuovere l'attività fisica: implementare programmi che promuovano l'attività fisica e riducano i comportamenti sedentari tra bambini e adolescenti.
2. Assistenza durante le fasi di pre concepimento e gravidanza: sviluppare/integrare guide per la prevenzione delle malattie non trasmissibili con le attuali indicazioni su pre concepimento e cura prenatale (al fine di ridurre il rischio di obesità infantile, prevenendo un peso alla nascita troppo basso o troppo alto, prematurità e altre complicanze in gravidanza).
3. Attenzione precoce alla dieta e all'attività fisica infantili: fornire indicazioni e supporto per quanto riguarda una dieta sana, il sonno e l'attività fisica nella prima infanzia e promuovere sane abitudini affinché i bambini crescano con abitudini salutari (promuovendo l'allattamento al seno; limitando il consumo di cibi ad alto contenuto di grassi, zucchero e sale; assicurando la disponibilità di cibi sani e promuovendo l'attività fisica nei luoghi frequentati da bambini).
4. Salute, alimentazione e attività fisica per i bambini in età scolare: implementare programmi completi che promuovano ambienti scolastici sani e l'alfabetizzazione di bambini e adolescenti sui temi della salute, della nutrizione dell'attività fisica (attraverso la

definizione di standard per i pasti scolastici, eliminando la vendita di alimenti e bevande non sani, includendo e rafforzando l'educazione fisica e l'educazione alla salute e alla nutrizione nel curriculum scolastico).

5. Gestione dei servizi/weight management: sviluppare e sostenere i servizi per la presa in carico del bambino e dell'adolescente obeso, attraverso l'implementazione di azioni multicomponenti dirette alle famiglie.

È del 2015, la pubblicazione delle **Linee guida, sempre dell'OMS, per la valutazione, la presa in carico dei bambini nelle cure primarie, al fine di prevenire obesità e malnutrizione**. Come parte della risposta all'epidemia globale di obesità, l'OMS ha pubblicato queste linee guida specifiche per aiutare gli operatori sanitari di base a identificare e gestire i bambini in sovrappeso o obesi. In particolare, tutti i neonati e i bambini di età inferiore ai 5 anni che si presentino alle strutture sanitarie di base, dovrebbero essere sottoposti alla misurazione del peso e dell'altezza per determinare il loro stato nutrizionale, secondo gli standard di crescita infantile dell'OMS. Se i neonati e i bambini vengono identificati come in sovrappeso, l'OMS raccomanda di fornire ai genitori e a chi se ne prende cura consigli sull'alimentazione e sull'attività fisica, compresa la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno esclusivo nei primi 6 mesi e l'allattamento continuato fino a 24 mesi o oltre. Se i bambini sono obesi, è necessario sottoporli a un'ulteriore valutazione e sviluppare un piano di gestione adeguato.

L'attenzione all'alimentazione nelle prime fasi di vita, quale fattore protettivo nei confronti del rischio di obesità in età adulta, con una particolare raccomandazione alla promozione dell'allattamento al seno esclusivo nei primi 6 mesi di vita viene riportato dall'OMS in una serie di pubblicazioni sul tema che prendono avvio dal Report pubblicato nel 2016 dal titolo **“Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual”**. La crescente preoccupazione che la promozione dei sostituti del latte materno e di alcuni alimenti commerciali per i lattanti e i bambini stia minando i progressi nell'alimentazione ottimale dei lattanti e dei bambini, era stata già riconosciuta dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2010, quando ha esortato tutti gli Stati membri a "porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini". L'OMS, con questa nuova Guida mira a rafforzare le regole sul marketing degli alimenti per l'infanzia e i sostituti del latte materno sancite dal "Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno" del 1981. La Guida OMS del 2016 afferma esplicitamente che gli alimenti commerciali complementari non dovrebbero essere pubblicizzati per i bambini di età inferiore ai 6 mesi.

L'importanza del tema della nutrizione, nelle sue differenti declinazioni legate specificatamente agli ambienti naturali, culturali, sociali e familiari, viene riconosciuta dall'OMS con la creazione, a partire dal 2018, del sottogruppo **NUGAG, Nutrition Guidance Expert Advisory Group**, che ha come obiettivo principale la redazione di linee guida nutrizionali, basate sull'evidenza, e la redazione di linee guida sulle azioni politiche che hanno dimostrato un impatto sull'ambiente alimentare, grazie agli esperti di livello internazionale, selezionati in questo team.

Ancora, l'attenzione dell'OMS si è rivolta anche all'ambito scolastico: nel Report del 2021, **“Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review”**, vengono presentati i risultati di un'analisi condotta per identificare e mappare le evidenze esistenti sugli effetti delle politiche alimentari e nutrizionali scolastiche, in relazione alla salute dei

bambini in età scolare, come parte della preparazione iniziale per intraprendere il processo di sviluppo delle linee guida ad opera del Sottogruppo di esperti consultivi dell'OMS per le linee guida sulla nutrizione (NUGAG) nelle azioni politiche. Al fine di allinearsi al quadro dell'Iniziativa "Scuole amiche della nutrizione (NFSI) dell'OMS", gli interventi in materia di alimentazione e nutrizione nelle scuole sono stati valutati in termini di impatto in quattro aree chiave: la comunità scolastica, il curriculum scolastico, l'ambiente alimentare e nutrizionale della scuola e i servizi sanitari e nutrizionali della scuola.

È di recentissima pubblicazione, il WHO European Regional Obesity Report 2022 nel quale si sottolinea che i numeri dell'obesità sono destinati a crescere nei prossimi anni, pertanto è necessario uno sforzo importante per invertire la tendenza (cfr. Capitolo 1). Attualmente, nessuno dei 53 Stati membri è sulla buona strada per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile e per fermare l'aumento dell'obesità entro il 2025.

Nel contrasto a questa emergenza, l'Organizzazione mondiale della Sanità suggerisce ai governi di adottare misure come la tassazione delle bevande zuccherate, la cosiddetta **sugar tax**, fondata sull'idea che un aumento di prezzo di questi prodotti possa convincere le aziende del settore a modificare le ricette e, dall'altra parte, scoraggiare e sensibilizzare i consumatori negli acquisti.

Al fine di approfondire queste politiche, nel dicembre 2022, sempre l'OMS ha pubblicato una **guida sulle politiche fiscali relative alle bevande zuccherate**. L'obiettivo è quello di fornire casi studio e dati sugli effetti che la tassazione di questo tipo di bevande ha sulle scelte alimentari della popolazione. Il manuale è rivolto ai decisori politici e a tutti coloro che sono coinvolti nello sviluppo di politiche fiscali, per questo motivo presenta anche un quadro sulle tattiche che l'industria alimentare adotta per dissuadere i politici dall'applicazione delle politiche fiscali. Si tratta di tattiche già utilizzate, ad esempio, nell'ambito del commercio del tabacco e vengono definite "Tattiche SCARE (di paura)", ovvero:

- tattica di paura "s": seminare il dubbio nei cittadini, screditando la scienza relativamente alle indicazioni riguardanti attività fisica, health literacy;
- tattica di paura "c": minacce di ricorso al tribunale e alle vie legali;
- tattica di paura "a": retorica antipovertà o regressività;
- tattica di paura "r": instabilità delle entrate;
- altre tattiche: acquisti transfrontalieri/commercio illegale.

In estrema sintesi, l'OMS sottolinea che l'uso di solide evidenze scientifiche a supporto delle decisioni politiche, una forte coalizione di sostegno tra parti interessate ed una strategia di advocacy ben sviluppata possono rendere le politiche fiscali un'arma efficace nella lotta all'obesità.

Ancora di fine 2022, è il Report OMS dal titolo **"Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs, and behaviours: a narrative review"**. Questo rapporto presenta i risultati di una revisione narrativa condotta per aggiornare una precedente revisione descrittiva pubblicata dall'OMS, nel 2009, sulla portata, la natura e gli effetti del marketing alimentare. L'attuale revisione è stata richiesta dal sottogruppo sulle azioni politiche del Nutrition Guidance Expert Advisory Group (NUGAG) dell'OMS come parte della revisione delle evidenze per informare la formulazione di una linea guida aggiornata dell'OMS sulle politiche per proteggere i bambini dall'impatto nocivo del marketing alimentare. La revisione ha incluso 143 studi di analisi del contenuto (studi che considerano dove si svolge il marketing alimentare, quanto ce n'è, per quali marchi/prodotti e quali contenuti creativi e tecniche di marketing

vengono utilizzati) e 36 studi di ricerca sui consumatori (studi che esplorano le credenze, gli atteggiamenti, le percezioni e le risposte comportamentali degli individui al marketing alimentare) pubblicati tra il 2009 e il 2020.

Sulla base di tali studi, il marketing alimentare rimane prevalente, anche negli ambienti in cui si riuniscono i bambini e durante la programmazione televisiva e gli orari di visione dei bambini. Il marketing alimentare promuove prevalentemente alimenti che contribuiscono a diete non salutari (come i "fast food", le bevande zuccherate, il cioccolato e i dolciumi) e utilizza un'ampia gamma di strategie creative in grado di attrarre il pubblico giovane (come le sponsorizzazioni di celebrità/sportivi, personaggi promozionali e giochi). I risultati degli studi sui consumatori includono associazioni positive tra la frequenza o il livello di esposizione al marketing alimentare e il consumo abituale di alimenti commercializzati o meno salutari.

A seguito di quanto emerso dallo studio sopra citato, l'OMS ha prodotto una guida dal titolo **"Protecting children from the harmful impact of food marketing: policy brief"**, che fornisce ai responsabili delle politiche e dei programmi, agli operatori sanitari e stakeholder interessati, opzioni politiche per aumentare la protezione dei bambini dall'impatto dannoso del marketing alimentare, riducendo il potere e l'esposizione dei bambini a tali pratiche di marketing.

Per mitigare l'impatto dannoso del marketing alimentare sui bambini, i governi sono chiamati a implementare approcci politici completi per limitare la commercializzazione di alimenti che contribuiscono a una dieta non sana, per ridurre l'esposizione dei bambini e il potere di tale marketing, offrendo la migliore protezione possibile a tutti i bambini. Gli approcci politici globali possono essere sufficientemente ampi da limitare tutte le forme di marketing alimentare a cui i bambini sono esposti, compreso il marketing transfrontaliero.

L'OMS propone i seguenti tre approcci politici globali che si ritiene abbiano il più alto potenziale per raggiungere l'impatto politico desiderato:

1. rimozione di tutte le forme di commercializzazione di alimenti che siano "ad alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi trans, zuccheri liberi o sale", zuccheri liberi o sale" a cui è esposta un'ampia fascia di bambini;
2. eliminare tutte le forme di marketing alimentare a cui è esposta un'ampia fascia di bambini;
3. eliminare tutte le forme di marketing a cui è esposta un'ampia fascia di bambini.

## GLI INTERVENTI DELL'OMS EUROPE: BREVE EXCURSUS

Una delle prime azioni concrete portate avanti a livello europeo è stata la creazione, nel marzo 2005, della **EU Platform on Diet, Physical Activity and Health**, un programma destinato a tutti gli attori interessati alla lotta all'obesità e alla promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione sana, con lo scopo di creare uno spazio comune europeo di discussione e aggiornamento. Si tratta di un forum per organizzazioni di livello europeo, tra cui operatori del settore alimentare (produttori, dettaglianti, ristoratori, fast food), Organizzazioni dei consumatori, ONG di salute pubblica, Associazioni scientifiche e professionali. Gli impegni dei membri della piattaforma mirano a sostenere i governi nazionali dei Paesi dell'Unione europea in materia di:

- ridurre l'assunzione di sale, grassi saturi, grassi trans e zuccheri aggiunti;
- aumentare il consumo di frutta e verdura;
- ridurre l'esposizione e l'impatto sui bambini del marketing degli alimenti;
- aumentare l'attività fisica regolare e ridurre i comportamenti sedentari;

- aumentare i tassi di allattamento al seno esclusivo e continuato;
- ridurre le disuguaglianze legate all'alimentazione e all'attività fisica.

Alla valutazione, effettuata nel 2010, relativamente ai risultati ottenuti attraverso la Piattaforma, i valutatori esterni hanno sottolineato che si tratta di un processo innovativo, che ha portato al confronto attori con interessi molto diversi tra loro. La Piattaforma ha raccolto più di 300 azioni realizzate dai membri, di cui la maggior parte (56%) concentrate nell'area "Stili di vita ed educazione". Molto è stato fatto anche nelle aree tematiche relative al marketing, alla pubblicità e ai brevetti.

Nel novembre 2006, l'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha definito la Strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (approvata dal Comitato regionale per l'Europa dell'OMS alla sua quinta-sesta sessione nel 2006), presentata nella **Conferenza ministeriale europea dell'OMS sull'azione di contrasto all'obesità**, tenutasi a Istanbul. La Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, firmata in tale occasione, contiene le linee di indirizzo per gli Stati membri riguardo gli interventi di lotta all'obesità: la prevenzione dell'obesità diventa obiettivo di sanità pubblica urgente e che va affrontato con approcci ambientali innovativi e incisivi, analogamente a quanto effettuato nel XVIII e XIX secolo con l'introduzione di forniture di acqua pulita, impianti di fognatura e servizi per il controllo degli alimenti e, più recentemente, con i controlli sull'inquinamento atmosferico, la guida in stato di ebbrezza, l'uso delle cinture di sicurezza e il fumo nei luoghi pubblici.

Frutto della Conferenza è anche il **Decalogo dell'obesità**, un documento che presenta in breve le dieci questioni fondamentali da affrontare nel contrasto all'obesità.

È di poco successiva, **luglio 2007**, la pubblicazione del volume inerente i risultati complessivi del progetto, sempre di respiro europeo, che ha valutato gli interventi ritenuti più efficaci per rendere gli ambienti domestici in grado di facilitare uno stile di vita attivo. Le caratteristiche dell'ambiente residenziale possono influenzare positivamente l'attività fisica e ridurre il rischio di sovrappeso e obesità, fornendo opportunità per la ricreazione e l'esercizio fisico. Il documento, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e della discussione di casi di studio, identifica, per i diversi gruppi target (bambini e adolescenti, anziani, gruppi socialmente svantaggiati), gli interventi specifici necessari per far sì che l'ambiente residenziale diventi un ambiente "sano", ad esempio:

- creare percorsi pedonali e piste ciclabili;
- fornire opportunità per un pendolarismo attivo, compreso il trasporto pubblico;
- fornire l'accesso a strutture per l'attività fisica durante tutto l'anno (ad esempio parchi, spazi aperti, parchi giochi, strutture sportive al coperto e all'aperto);
- aumentare la qualità, il design estetico e l'attrattiva delle aree residenziali;
- collegare le strade per facilitare le brevi distanze tra le destinazioni;
- fornire un uso misto del territorio;
- ridurre la criminalità o la paura della criminalità (ad esempio, fornendo illuminazione stradale, quartieri piacevoli e privi di graffiti, rifiuti e inciviltà);
- misure di prevenzione della criminalità;
- migliorare la sicurezza stradale (ad esempio, attraverso misure di moderazione del traffico, limiti di velocità, marciapiedi ben curati e illuminazione stradale).

Ancora, è del 2007, la pubblicazione da parte della Commissione europea del **"Libro bianco. Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità"** che aveva come obiettivo quello di definire un approccio integrato europeo, finalizzato alla riduzione dei problemi sanitari causati da un'alimentazione scorretta, dal sovrappeso e dall'obesità. Esso si basa sulle recenti iniziative della Commissione, in particolare sulla piattaforma d'azione europea per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute e sul Libro verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche". La Commissione ribadisce che:

"Qualsiasi provvedimento pubblico in questo settore, ivi compresi quelli che eventualmente venissero intrapresi a livello comunitario, dovrebbe tenere presente tre fattori. In primo luogo va riconosciuto che, in ultima analisi, il singolo individuo è responsabile del proprio stile di vita e di quello dei suoi figli, pur riconoscendo l'importanza e l'influenza dell'ambiente sul suo comportamento. In secondo luogo, soltanto un consumatore ben informato è in grado di compiere scelte razionali. Infine, la risposta ottimale in questo settore si otterrà promuovendo sia la complementarietà che l'integrazione dei vari settori strategici pertinenti (approccio orizzontale) e dei vari livelli d'azione (approccio verticale)".

Il libro descrive pertanto quali azioni i Governi sono chiamati ad intraprendere, includendo vari settori strategici governativi e vari livelli di governo, utilizzando una serie di strumenti fra cui strumenti legislativi, collegamento in reti, approcci pubblico/privato, nonché impegnando il settore privato e la società civile.

Con la Risoluzione del Parlamento europeo sul Libro Bianco concernente **"Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità"**, pubblicata a settembre 2008, il Parlamento ribadisce la necessità che gli Stati membri riconoscano l'obesità come malattia cronica e definisce le linee di intervento. Il documento individua nei bambini il target prioritario dell'azione.

L'attenzione, sin dai primi anni 2000, viene posta alla prevenzione dell'obesità nei bambini e nei giovani, anche grazie alle ricerche e alle survey che mostrano i trend in aumento di tali condizioni nelle fasce più precoci di età. Da anni, il monitoraggio fornito dall'Ufficio dell'OMS per l'Europa, dall'OCSE e dalle indagini per fasce di età, come l'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), forniscono dati aggiornati relativi a stili di vita della popolazione, esposizione a fattori di rischio specifici (sedentarietà, consumo di alcool), incidenza e prevalenza di obesità e sovrappeso, fattori economico sociali, alla base delle principali diseguaglianze di salute anche rispetto a tali condizioni.

Per ottenere dati specifici alle fasce di età più precoci, in particolare, come risposta alla necessità di avere un sistema di sorveglianza che fornisca misure confrontabili sul sovrappeso e l'obesità tra i bambini della scuola primaria nasce nel 2008 l'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) **"Childhood Obesity Surveillance Initiative (Così)"**. Il sistema di sorveglianza raccoglie periodicamente dati su bambini della fascia di età 6-9 anni, misurando peso e altezza e raccogliendo altre informazioni, da parte dei genitori e del personale scolastico, su alcuni fattori importanti per lo sviluppo di sovrappeso e obesità (sedentarietà, attività fisica, abitudini alimentari, ecc). Nel novembre 2022 sono stati rilasciati i dati relativi alla quinta rilevazione COSI effettuata nelle scuole primarie di 33 Paesi dell'UE (cfr. Capitolo 1).

È in corso la raccolta dei dati per il round 2021-2023 nelle scuole europee.

È del 2012 la pubblicazione della **Strategia europea Health 2020**, la strategia di politica sanitaria approvata dai 53 Paesi della Regione europea dell'OMS, che punta sul miglioramento della salute per tutti e alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie, promuove il miglioramento della leadership e della governance per la salute e individua i principali problemi sanitari attuali. Quattro i settori prioritari individuati come oggetto dell'azione politica:

- promuovere la salute lungo tutto il corso della vita e investire nelle capacità decisionali delle persone;
- affrontare le principali sfide per la salute in Europa: malattie non trasmissibili e malattie che si possono trasmettere;
- rafforzare sistemi sanitari centrati sulle persone, promuovere la capacità della salute pubblica, migliorare la sorveglianza sanitaria e la risposta all'emergenza;
- creare comunità resilienti e ambienti solidali.

L'obesità rientra dunque tra le principali sfide dell'UE e a rinforzo di questa strategia, nella **Declarazione di Vienna, firmata nel 2013**, a margine della conferenza ministeriale dei Paesi della Regione europea dell'OMS, viene ribadito l'impegno a portare avanti politiche e interventi contro l'obesità e le altre malattie croniche provocate da cattiva alimentazione e da uno stile di vita sedentario. Il documento finale questa volta mira al coinvolgimento e alla consapevolezza dei cittadini, sottolineando l'importanza di promuovere l'attività fisica, di agire sull'etichettatura dei prodotti alimentari e di valutare gli effetti sempre più pesanti delle disuguaglianze: in Europa, infatti, metà dell'obesità tra le donne e un quarto negli uomini è legata a determinanti di tipo sociale ed economico.

Le evidenze scientifiche ed empiriche raccolte sino a quel momento avevano assicurato che le leve economiche e fiscali hanno efficacia, che intervenire su marketing e pubblicità dell'industria alimentare ha un impatto significativo sulle scelte dei consumatori e che sovrappeso e obesità tendono a presentarsi in età sempre più precoce. È anche per questo che nella Dichiarazione di Vienna la salute materno-infantile, l'allattamento al seno e i cibi per l'infanzia sono considerati ambiti su cui puntare e lavorare di più, a stretto contatto con gli altri professionisti del settore.

Nonostante gli sforzi portati avanti a livello globale, i dati epidemiologici continuano a rilevare trend in aumento dei tassi di obesità nella popolazione adulta ed in maniera preoccupante, nei bambini e nei giovani europei.

Con l'**Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020**, il Piano d'azione contro l'obesità infantile, pubblicato a febbraio 2014, i Paesi membri dell'Unione europea hanno voluto rispondere all'esigenza di contribuire ad arrestare l'aumento di sovrappeso e obesità nei bambini e ragazzi (0-18 anni) entro il 2020. Il Piano d'azione fornisce una base su cui lavorare per implementare delle politiche nazionali di contrasto all'obesità basate su otto aree prioritarie di intervento:

- sostenere un sano inizio della vita;
- promuovere ambienti sani (in particolare nelle scuole e gli asili);
- rendere l'opzione sana la scelta più semplice;
- limitare la commercializzazione e la pubblicità rivolta ai bambini;
- informare e responsabilizzare le famiglie;
- incoraggiare l'attività fisica;
- monitorare e valutare il fenomeno;
- potenziare la ricerca.

L'Action Plan individua tre principali tipologie di stakeholder che giocheranno un ruolo importante nel raggiungere gli obiettivi: i 28 Stati membri dell'Ue, la Commissione europea e le organizzazioni internazionali, quali l'OMS e la società civile, le organizzazioni non governative (Ong), l'industria e gli istituti di ricerca.

La dimostrazione di impatto sul possibile cambiamento degli stili di vita di adulti e giovani in relazione all'attuazione di politiche riguardanti i prezzi degli alimenti, nel 2015, viene attestato, nel 2015, nel documento **"Using price policies to promote healthier diets"** che fornisce prime informazioni sull'uso delle politiche dei prezzi per promuovere una sana alimentazione e sintetizza gli studi di alcuni Paesi membri (come per esempio Danimarca, Finlandia, Francia e Ungheria).

A fronte dell'accumularsi di evidenze scientifiche rigorose, l'OMS della regione europea pubblica nel 2016 il report **"Good maternal nutrition. The best start in life"** richiamando l'attenzione sulla necessità di migliorare la nutrizione materna e quella del primo periodo di vita per diminuire il rischio - a lungo termine - di malattie croniche e obesità nei bambini. Il documento attesta come sia fondamentale iniziare a prevenire l'obesità sin dai primi giorni di vita; presenta inoltre i risultati di un'indagine sulla presenza a livello nazionale di raccomandazioni concernenti la nutrizione e l'attività fisica dal periodo periconcezionale alla prima infanzia.

Sempre per supportare le evidenze che l'alimentazione nelle prime fasi di vita è fondamentale per prevenire l'obesità e il sovrappeso in età adulta, a seguito della pubblicazione dell'OMS internazionale del Report pubblicato nel 2016 dal titolo **"Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual"**, nel **luglio 2019**, la Regione europea dell'OMS pubblica il documento **"Alimenti commerciali per neonati e bambini piccoli nella Regione europea dell'OMS"**, nel quale viene descritta la metodologia sviluppata per identificare gli alimenti per l'infanzia presenti sul mercato e raccogliere i dati sulla loro composizione, caratteristiche nutrizionali, confezione, etichettatura e promozione.

Nello specifico, gli obiettivi dello studio sono stati:

- raccogliere dati sui prodotti alimentari commercializzati per la prima infanzia (0-36 mesi);
- confrontare la composizione di tali prodotti (incluso il contenuto nutrizionale) con la Guida OMS 2016 e con le linee guida nazionali sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli;
- confrontare i metodi utilizzati per promuovere i prodotti (etichettatura, indicazioni, prezzi e promozioni) con quanto raccomandato dalla Guida OMS 2016.

Lo studio è stato condotto tra novembre 2017 e gennaio 2018 in quattro Paesi della Regione (Austria, Bulgaria, Israele e Ungheria). Sono stati raccolti i dati di 7955 prodotti alimentari o bevande commercializzati come adatti per lattanti e bambini piccoli in 516 punti vendita delle città di Vienna, Sofia, Budapest e Haifa. I risultati fanno emergere che, nei paesi coinvolti nello studio, una sostanziale proporzione di prodotti (28-60%) è commercializzata per bambini di età inferiore ai 6 mesi. Questi prodotti sono in violazione del Codice internazionale e della Guida OMS 2016, che prevede che i cibi complementari non siano pubblicizzati come adatti a bimbi di meno di 6 mesi. L'OMS chiede anche a produttori e distributori di aderire a tali raccomandazioni, indipendentemente dal fatto che siano state tradotte in leggi nazionali. Rispetto alla qualità nutrizionale, in circa la metà dei prodotti analizzati in Austria, Bulgaria e Ungheria, più del 30% dell'energia proviene da zuccheri.

Ancora, se dai 2 anni di età, l'OMS raccomanda che l'assunzione massima di sodio sia di 2 g al giorno (equivalente a 5 g per giorno di sale), si è riscontrata una percentuale considerevole delle categorie di carne e di pesce, minestre, zuppe, biscotti/biscotti/wafers/crispe analizzati che conteneva 50 mg di sodio o più per 100 kcal.

Tra le altre caratteristiche indagate, la maggioranza dei prodotti riportava la composizione e le proprietà nutritive ma anche slogan sulla salute, in contrasto con quanto previsto dal Codex: immagini destinate ad attirare l'attenzione dei bambini (per esempio i fumetti). Queste pratiche sono dannose per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli "perché possono interferire con l'allattamento e con la fiducia dei genitori nell'alimentazione complementare fatta con gli alimenti della famiglia, cucinati in casa, e incoraggiare la dipendenza da alimenti e bevande commerciali".

Parallelamente, l'OMS Europa ha pubblicato anche il discussion paper "**Ending inappropriate promotion of commercially available complementary foods for infants and young children between 6 and 36 months in Europe (2019)**" pensato per supportare i Paesi nello sviluppo di un modello di profilo nutrizionale appropriato per gli alimenti destinati all'infanzia.

Sempre per fornire strumenti ai decisori politici relativamente ad azioni efficaci nella lotta contro l'obesità infantile, nel 2017, la Commissione europea pubblica il documento "Public Procurement of Food for Health" pensato per supportare i Paesi europei nella definizione dell'alimentazione in ambito scolastico. Il testo indica, per esempio, come scrivere schede tecniche chiare su alimenti e servizi di ristorazione da appaltare e contiene sia schede tecniche per gruppi di alimenti e nutrienti chiave, sia informazioni sulla preparazione dei cibi.

Molto recentemente, nel maggio 2022, l'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato il **Rapporto 2022 sull'obesità nella Regione** che evidenzia tassi di sovrappeso e obesità che hanno raggiunto proporzioni epidemiche in questa parte del mondo: il 59% degli adulti europei e quasi 1 bambino su 3 (29% dei maschi e 27% delle femmine) è in sovrappeso o è affetto dall'obesità, ormai considerata una vera e propria malattia (le stime pubblicate sono calcolate utilizzando le curve OMS). Sovrappeso e obesità sono infatti tra le principali cause di morte e disabilità nella Regione europea dell'OMS e stime recenti suggeriscono che causano più di 1,2 milioni di decessi all'anno, corrispondenti a oltre il 13% della mortalità totale nella Regione.

La prevalenza dell'obesità negli adulti nella Regione europea è più alta che in qualsiasi altra Regione dell'OMS, fatta eccezione per le Americhe. La situazione non sembra migliorare nel tempo e le prevalenze sono ancora in aumento in quasi tutti i Paesi; dai dati sembrerebbe che nessuno dei 53 Stati membri della Regione europea sia sulla buona strada per perseguire l'obiettivo dell'OMS sulle malattie non trasmissibili e fermare l'aumento dell'obesità entro il 2025.

Inoltre, la pandemia di COVID-19 può aver peggiorato la situazione. I dati preliminari suggeriscono infatti che in questo periodo le persone hanno avuto una maggiore esposizione ai fattori di rischio dell'obesità, compreso un aumento dello stile di vita sedentario e del consumo di cibi malsani.

Anche i fattori ambientali che caratterizzano la vita nelle società altamente digitalizzate dell'Europa moderna sono determinanti di obesità: nel rapporto si sottolinea come il marketing digitale di prodotti alimentari malsani per i bambini e la proliferazione dei giochi online sedentari contribuiscano alla crescente ondata di sovrappeso e obesità nella regione europea.

Il rapporto dell'OMS delinea inoltre come gli interventi politici, che si concentrano sui determinanti ambientali e commerciali della scorretta alimentazione, possano probabilmente essere più efficaci nell'invertire l'epidemia di obesità, affrontare le disuguaglianze e raggiungere sistemi alimentari sostenibili. Gli sforzi per prevenire l'obesità devono considerare i determinanti più ampi della malattia e le opzioni politiche dovrebbero allontanarsi da approcci incentrati solo sugli individui e affrontare i fattori strutturali dell'obesità.

Il rapporto dell'OMS enuncia alcune **politiche specifiche** che si stanno dimostrando promettenti nel ridurre i livelli di obesità e sovrappeso:

- l'attuazione di interventi fiscali (come la tassazione delle bevande zuccherate o i sussidi per cibi sani);
- restrizioni alla commercializzazione di alimenti malsani per i bambini;
- miglioramento dell'accesso ai servizi di gestione dell'obesità e del sovrappeso nell'assistenza sanitaria di base, nell'ambito della copertura sanitaria universale;
- sforzi per migliorare la dieta e l'attività fisica nel corso della vita, compresi il periodo prima del concepimento e la gravidanza, la promozione dell'allattamento al seno, gli interventi a scuola e gli interventi per creare ambienti che migliorino l'accessibilità e la convenienza dei cibi sani, nonché le opportunità per lo svolgimento dell'attività fisica.



# CAPITOLO 4

## I DOCUMENTI DI INDIRIZZO NAZIONALI E PIEMONTESI

Il controllo dell'obesità richiede un approccio intersetoriale e multidisciplinare, con interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o allo stadio iniziale, rallentarne la progressione, al fine di evitare o ritardare quanto più possibile il ricorso a terapie farmacologiche o chirurgiche.

A livello nazionale il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025** è lo strumento di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione prevede, per ridurre il carico prevenibile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio. Le **Linee di Indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell' obesità del Ministero della Salute**, approvate con Accordo Stato-Regioni nel settembre 2022, mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili, prevedono di sviluppare gli interventi raccomandati dall'OMS, di sostegno alla genitorialità; volti ad aumentare la competenza relativa all'alimentazione e stili di vita; campagne di marketing sociale; promozione dell'allattamento al seno; sviluppo delle reti delle Scuole che promuovono salute; diffusione di "luoghi di lavoro che promuovono salute"; interventi di modifica dell'ambiente urbano per la promozione dell'attività fisica; qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva e distributori di alimenti e bevande; interventi per la riduzione dell'impatto delle strategie di marketing di alimenti e bevande.

In Piemonte il Piano Regionale di Prevenzione 2020-25 affronta il tema dell'obesità nel Capitolo 4 "Programmi Liberi", Paragrafo Alimenti e salute, proponendosi l'obiettivo di promuovere la diffusione di una cultura del consumo alimentare consapevole, responsabile e sostenibile; il PDTA (Percorso di salute Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) Obesità approvato nel 2020 per il trattamento integrato dell'obesità, individua ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei professionisti coinvolti nella gestione dei/delle pazienti affetti da obesità.

### I DOCUMENTI DI INDIRIZZO IN ITALIA

#### Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025

Strumento di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione. Prevede, quale strategia per ridurre il carico prevenibile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio. Il Piano identifica, come "Linee strategiche di intervento", tra loro correlate, che le Regioni devono per seguire nei Piani Regionali della Prevenzione:

- il contrasto all'obesità/sovrappeso;
- la riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà;
- l'aumento del consumo di frutta e verdura;
- la riduzione del consumo eccessivo di sale e la promozione dell'utilizzo del sale iodato.

Le Azioni del PNP di rilievo per il contrasto all'obesità:

- promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori, la salute nei primi 1000 giorni, interventi volti a favorire l'allattamento al seno;
- promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale;
- promuovere la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva sull'importanza della sana alimentazione per favorire lo sviluppo di conoscenze e competenze;
- identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio;
- favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute, anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri.

## Linee di Indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità - Ministero della Salute

Approvate con Accordo Stato-Regioni nel settembre 2022, prevedono, attraverso la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio, di realizzare attività di prevenzione mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili, rafforzando gli interventi raccomandati dall'OMS:

- interventi di sostegno alla genitorialità;
- interventi volti ad aumentare la competenza relativa ad alimentazione e stili di vita;
- campagne di marketing sociale;
- promozione dell'allattamento al seno;
- implementazione dell'approccio e delle reti delle Scuole che promuovono salute;
- diffusione di "luoghi di lavoro che promuovono salute";
- interventi di modifica dell'ambiente urbano per la promozione dell'attività fisica;
- interventi sulla qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva e distributori di alimenti;
- interventi per la riduzione dell'impatto delle strategie di marketing di alimenti e bevande.

Di seguito le principali strategie di Azione contenute nelle Linee di Indirizzo ministeriali.

### La prevenzione dell'obesità nel contesto urbano e gli Obiettivi dell'Agenda 2030

L'attenzione diffusa alla relazione tra salute pubblica e pianificazione urbana richiede:

- una buona pianificazione dell'assetto urbano;
- il miglioramento della circolazione stradale;
- la riqualificazione di zone degradate dove maggiori possono essere situazioni di disagio;
- la creazione di spazi verdi, piste pedonali e ciclabili e percorsi sicuri casa-scuola-lavoro.

L'ONU, tra i 17 Obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, punta, nell'Obiettivo 11, a "rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resistenti e sostenibili".

Interventi di rigenerazione urbana incidono su numerosi indicatori di salute e contribuiscono a migliorare la qualità della vita in città: le aree verdi ad es. hanno effetti benefici sulla salute fisica, su equilibrio psicologico e salute mentale, favorendo socializzazione e scambi culturali.

### Misure per la protezione e promozione dell'allattamento al seno materno

Il latte materno costituisce l'alimento "ideale" per i neonati. Le indicazioni OMS, UNICEF e Ministero della Salute sono di allattare esclusivamente al seno per i primi 6 mesi di vita, continuare fino all'anno insieme all'alimentazione complementare e, se mamma e bambino lo desiderano, fino al 2° anno e oltre. Allattare al seno si associa a dimostrati benefici di salute a breve, medio

e lungo termine. Inoltre, il periodo dell'allattamento si pone all'interno dei 1000 giorni nell'ambito in cui si determina il destino metabolico dell'individuo. Il rischio di obesità appare correlato alla durata dell'allattamento.

### Il servizio sanitario e le strategie di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

A livello centrale il settore salute svolge un ruolo di coordinamento, favorendo lo scambio di informazioni ed esperienze rilevate dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita, per accrescere la capacità di scelta consapevole dei cittadini e orientare le decisioni dei *policy makers*.

A livello locale il Dipartimento di Prevenzione, attraverso i servizi deputati alla promozione della salute - medicina, dello sport e sicurezza nutrizionale (SIAN) - svolge attività di sorveglianza, promozione della salute e prevenzione previste nei LEA, di regia dei programmi previsti dai Piani Regionali di Prevenzione (PRP) e può attivare competenze per realizzare rilevazioni di dati, alleanze inter-istituzionali, formazione degli operatori sanitari sugli stili di vita ed il supporto motivazionale, interventi di *health literacy* al fine di promuovere l'*empowerment* dei cittadini, programmi di promozione sulla corretta alimentazione e l'attività fisica.

Il medico di medicina generale (MMG) e il pediatra di libera scelta (PLS) hanno un ruolo fondamentale per la promozione di uno stile di vita sano e attivo. Conoscono la storia clinica dei propri pazienti, il loro contesto familiare, sociale e lavorativo e rappresentano il principale legame tra popolazione e sistema dei servizi. I loro ambulatori sono capillarmente diffusi su tutto il territorio nazionale. È necessario favorire la crescita della loro consapevolezza circa l'importanza strategica del proprio ruolo.

### La Scuola e le strategie di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

La Scuola ha un ruolo importante nella definizione delle abitudini e nell'aiutare gli alunni e le loro famiglie a fare scelte più sane. Può fornire ai bambini e ragazzi le conoscenze di cui hanno bisogno per condurre stili di vita sani e creare ambienti che li incoraggino a mangiare in modo sano e ad essere fisicamente attivi. È luogo di elezione per realizzare un'efficace educazione alimentare attraverso il proprio radicamento territoriale, la specifica ricchezza interculturale, il dialogo e l'osservazione continua e quotidiana con i ragazzi. Rappresenta il luogo dove promuovere e svolgere la necessaria attività fisica.

### I luoghi di lavoro e le strategie di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

Il lavoro rappresenta aspetto rilevante della vita per la stragrande maggioranza delle persone e occupa una parte significativa della giornata. Il posto di lavoro rappresenta un *setting* ideale per migliorare la salute ed affrontare molti dei fattori chiave dell'epidemia di obesità. Stress da lavoro, orari impegnativi, poche pause e turni di lavoro notturni possono favorire cattiva alimentazione e poco esercizio fisico.

### Ruolo della ristorazione collettiva e distributori automatici alimenti

È importante il ruolo della ristorazione collettiva per la promozione di sane abitudini alimentari e la prevenzione dell'obesità. La costituzione di reti tra operatori dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione e operatori delle Associazioni ristorazioni collettive (ARC) può favorire il raggiungimento di numerosi obiettivi: riduzione consumo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento di consumo di frutta e verdura, contrasto a obesità/sovrappeso, sviluppo di conoscenze e competenze sulla sana alimentazione, nei *setting* scuola, luoghi di lavoro e comunità.

## Il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'obesità (PPDTA)

È necessario disporre di un documento nazionale di riferimento per le Regioni, per facilitare e sostenere la riorganizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dei servizi sanitari impegnati nel contrasto del sovrappeso e obesità che identifichi più livelli di prevenzione:

- un livello di prevenzione primaria, finalizzato a ridurre l'incidenza dell'obesità, suddivisibile in prevenzione "universale" rivolta alla totalità della popolazione, e prevenzione "selettiva" rivolta a gruppi a rischio (es. figli di uno o entrambi i genitori con obesità, adulti e anziani sedentari);
- un livello di prevenzione secondaria, per soggetti in sovrappeso o già obesi e/o con comorbidità.

L'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da elevata prevalenza di obesità in tutte le fasce di età, con trend in crescita, richiede che gli interventi di prevenzione inizino sin dal concepimento e proseguano nell'intero ciclo di vita, per individuare precocemente soggetti a rischio e prevenire complicanze clinico-metaboliche. Il percorso di presa in carico si articola in tre livelli coordinati:

- il primo è rappresentato dall'assistenza territoriale convenzionata (PLS e MMG);
- il secondo è costituito a livello territoriale dal Dipartimento di Prevenzione e dai centri Spoke della Rete clinico- nutrizionale;
- il terzo è costituito dai centri ospedalieri, ad alta specializzazione, per la cura dell'obesità grave.

Alcune linee di Azione del PPDTA dovranno riguardare:

- obesità per bambini e adolescenti, finalizzate a un cambiamento duraturo dello stile di vita del bambino/adolescente e della sua famiglia che va attivamente coinvolta nel percorso di cambiamento;
- obesità per adulti e anziani, dedicate al soggetto adulto e/o anziano, anche con presenza di fattori di rischio (ipertensione, dislipidemia), snodo operativo multidisciplinare integrato che mette in sinergia strategie e criteri dell'"approccio preventivo" con la "presa in carico clinico-nutrizionale" dei soggetti obesi.

## Chirurgia bariatrica

La chirurgia bariatrica non è indicata indistintamente in tutti i soggetti obesi ma, in casi di obesità grave, selezionati, con una forte determinazione ad affrontare l'intervento e solo dopo che la dieta e le altre terapie mediche e farmacologiche a disposizione non abbiano dato i risultati attesi.

In soggetti obesi con diabete di tipo 2, la chirurgia bariatrica ha mostrato buoni risultati nel migliorare il controllo glicemico e la remissione del diabete durante almeno 5 anni di follow-up ed è associata a tassi più bassi di complicanze micro- e macro-vascolari e di mortalità rispetto alle normali terapie mediche per il diabete, con miglioramento anche dell'ipertensione arteriosa e della dislipidemia.

Affinché il trattamento dell'obesità risulti efficace, sia in termini di risultati che di mantenimento degli stessi, è necessario affiancare all'intervento medico un intervento educativo che consenta al soggetto di comprendere le cause del problema e di mettere in atto nella vita di tutti i giorni comportamenti idonei a raggiungere gli obiettivi prefissati.

### La formazione

La formazione, come intervento globale e trasversale, è alla base di tutti i processi legati alla promozione della salute, alla prevenzione e alla presa in carico.

Nel PNP 2020-25 la formazione è una delle azioni di sistema che contribuiscono “trasversalmente” al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità nell’attuazione dei diversi programmi.

### Strategie di comunicazione per ridurre l’obesità

La comunicazione rappresenta una leva strategica per le politiche di prevenzione e promozione della salute in particolare per il contrasto dell’obesità. È uno strumento per aumentare la conoscenza e l’empowerment, promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire l’accesso e l’adesione ai programmi di prevenzione e di cura e il coinvolgimento attivo del cittadino (engagement).

### Monitoraggio e valutazione

Monitoraggio e valutazione di queste linee di indirizzo rappresentano due elementi importanti per favorire il loro utilizzo e eventuali modifiche. Il processo di monitoraggio e valutazione è, innanzitutto, un supporto per le Regioni/PA finalizzato non solo a raccogliere dati oggettivi sull’andamento del fenomeno in seguito alle raccomandazioni, ma a cercare di valutare il loro effettivo utilizzo, le difficoltà realizzative e i fattori di successo nei diversi contesti al fine di una ampia condivisione dei risultati.

## A LIVELLO REGIONALE: COME AFFRONTA L'OBESITÀ IL PIEMONTE

### Il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025

In Piemonte, il Piano Regionale di Prevenzione affronta il tema dell'obesità nel Capitolo 4 "Programmi Liberi", Paragrafo Alimenti e salute, proponendosi l'obiettivo di promuovere la diffusione di una cultura del consumo alimentare consapevole, responsabile e sostenibile.

Nell'analisi di contesto iniziale vengono citati i dati di Indagini regionali (OKkio alla salute).

Per la sua attuazione, il Programma indica Azioni di Sorveglianza nutrizionale e di Vigilanza/monitoraggio nutrizionale nelle ristorazioni collettive (scolastica, assistenziale, ospedaliera), accompagnate da Azioni di Comunicazione, Informazione, Formazione, Counseling.

Nello specifico serve il coinvolgimento di più settori e parti interessate, inclusi i settori pubblico e privato, che dovrebbero lavorare in sinergia al fine di:

1. creare coerenza nelle politiche e nei piani di investimento:
  - incoraggiare la riformulazione dei prodotti alimentari per ridurre il contenuto di grassi saturi, grassi trans, zuccheri liberi e sale/sodio;
  - stabilire standard per promuovere pratiche dietetiche sane garantendo disponibilità di alimenti sani;
  - esplorare strumenti normativi e volontari (ad es. regolamenti di marketing e politiche di etichettatura nutrizionale) per promuovere una dieta sana;
  - incoraggiare i servizi di ristorazione a migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti.
2. incoraggiare la domanda di cibi e pasti sani:
  - promuovere la consapevolezza dei consumatori;
  - sviluppare politiche e programmi scolastici che incoraggino i bambini ad adottare diete sane;
  - educare bambini, adolescenti e adulti alla nutrizione e alle pratiche dietetiche sane
  - incoraggiare le abilità culinarie dei bambini;
  - supportare le informazioni sul punto vendita, anche attraverso un'etichettatura nutrizionale che garantisca informazioni accurate, standardizzate e comprensibili;
  - fornire consulenza nutrizionale e dietetica presso strutture sanitarie primarie.
3. promuovere pratiche adeguate di alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli, in particolare proteggere e sostenere l'allattamento al seno nei servizi sanitari e nella comunità.

## PDTA Obesità

Il Piemonte ha approvato, con Determinazione Dirigenziale n. 786 del 20 luglio 2020, il **PDTA per il trattamento integrato dell'obesità**, che individua ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei/delle pazienti affetti da obesità, dalla diagnosi ai vari processi di cura. Il documento è frutto del lavoro condiviso di componenti della rete Endocrino Diabetologica, della Rete di Nutrizione Clinica e Dietetica, di rappresentanti dei Medici e Pediatri di Famiglia e dei Medici Specialisti.

L'obiettivo del documento è di fornire un'assistenza appropriata, coerente con le indicazioni scientifiche, al fine di garantire ai pazienti la tempestiva presa in carico e il percorso più appropriato. Il percorso si applica a tutti i pazienti adulti affetti da obesità ( $BMI \geq 30 \text{ K} \text{m}^2$ ) maggiori di 18 anni.

Si evidenzia la prevenzione come priorità per il trattamento della patologia.

Il PDTA è attivato nell'ambito delle ASL del Piemonte, nel contesto ospedaliero, territoriale e domiciliare e in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo. Sono coinvolte nella sua attuazione le strutture specialistiche afferenti alla Rete endocrino diabetologica regionale e alla Rete di dietetica e nutrizione clinica della Regione Piemonte, in forma integrata con la medicina e la pediatria di territorio.

Successivamente viene descritto lo sviluppo complessivo del PDTA:

- In base alla corretta fenotipizzazione del paziente viene **individuato il miglior percorso possibile da parte del Medico di famiglia**.
- Il livello di intervento successivo è caratterizzato dall' **intervento specialistico ambulatoriale** che prevede il lavoro di un team costituito da: dietologo, dietista, endocrinologo, psichiatra, psicologo, fisiatra, fisioterapista, chirurgo, medico del sonno, cardiologo, pneumologo, medico dello sport. A questi potranno affiancarsi, ove necessario, altri specialisti per specifiche comorbidità. Le finalità del team sono: definire un quadro clinico completo (endocrino-metabolico, nutrizionale, psicologico) del paziente, identificare un percorso di cura appropriato e in accordo con i Medici di Famiglia, che prevede inizialmente un percorso medico-nutrizionale (dietoterapia, esercizio fisico, supporto psicologico, farmacoterapia) e successivamente, per i pazienti per cui se ne evidenzia la necessità, un percorso chirurgico, nell'ambito delle indicazioni previste secondo linee guida.
- Importante infine mantenere un **follow-up** medico-nutrizionale e medico-nutrizionale-chirurgico globale e duraturo e ridurre attraverso un'adeguata gestione dell'obesità i costi sociali diretti (costi per ricoveri) e indiretti (riduzione della produttività lavorativa, morti premature) legati alla malattia.

Nel Documento sono descritte nel dettaglio le diverse tappe illustrate di seguito:

1. Accesso al PDTA e modalità di presa in carico
2. Visita endocrinologica o dietologica di accoglienza in PDTA
3. Visita endocrinologica o dietologica di indirizzo in PDTA
4. Percorso di salute medico-dietistico (visite dietistiche – follow up), secondo linee guida
5. Percorso di salute medico-chirurgico (in caso di indicazioni), secondo linee guida.

Il PDTA contiene un pacchetto di indicatori per la verifica della sua applicazione e ne prevede la diffusione attraverso gli strumenti regionali/aziendali.

## Documenti di indirizzo della Regione Piemonte

La Regione Piemonte si è dotata di alcuni documenti di indirizzo e di indagine:

**Regione Piemonte - Proposte operative per la ristorazione assistenziale (nella scuola, in strutture riabilitative e assistenziali per anziani, negli Ospedali) - 2007**

Il Documento individua le problematiche più significative, articolate in capitoli che, partendo dal contesto, passano ad analizzare le singole diete, modalità di somministrazione dei pasti e ipotesi operative. Sono inoltre indicati i requisiti fondamentali del servizio di ristorazione, ma non vengono definiti specifici modelli di riferimento, in quanto la soluzione ottimale deve essere calata nel contesto locale.

**Regione Piemonte, Assessorato Tutela Salute, Rete Attività Fisica in Piemonte, Centro regionale di documentazione per la Promozione della Salute – Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro**

L'ambiente di lavoro è un setting strategico per promuovere la salute, e nello specifico, l'attività fisica in età adulta. Sul luogo di lavoro le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e si possono, così, più facilmente raggiungere e coinvolgere, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare e attivo sia offrendo delle opportunità per praticare attività fisica (spostamenti casa-lavoro attivi, uso delle scale, realizzazione, durante le pause, di esercizi di mobilità, gruppi di cammino...).

Il manuale "Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro" si rivolge a quanti lavorano nella pubblica amministrazione, in particolare nelle ASL/AO, ai loro professionisti socio-sanitari, dirigenti e direttori di struttura, e offre un percorso guidato pratico-operativo (Cap. 3), che tiene conto di modelli riconosciuti e accreditati, di quanto indicato da evidenze (Cap. 1), ed "esperienze sul campo" (Cap. 2), per favorire elaborazione realizzazione e valutazione di progetti di promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro.

**Sistema di sorveglianza alla Salute (Istituto Superiore di Sanità). Risultati dell'Indagine 2019**

Il Report descrive i risultati dell'ultima raccolta dati della sorveglianza OKKIO alla Salute, attuata nel 2019. La Regione Piemonte vi aderisce dal 2008 (cfr. Capitolo 1).

OKKIO alla Salute descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della III classe primaria e delle attività scolastiche che possono favorire la sana nutrizione e il movimento.

# CAPITOLO 5

## CONCLUSIONI E SVILUPPI DELLA RICERCA

La ricerca effettuata tra la fine del 2022 e i primi mesi del 2023, continua a mantenere la sua validità scientifica ed ha consentito di inquadrare il fenomeno dell'obesità nella cornice delle politiche internazionali, europee, nazionali e regionali, con una prima restituzione degli aspetti epidemiologici, di impatto economico e sociale della patologia oggetto di indagine.

I ricercatori dell'IRES Piemonte potranno condurre approfondimenti di differente natura al fine di poter definire un quadro aggiornato, utile al decisore pubblico, anche in termini di futura programmazione, delle reti presenti sul territorio regionale che si occupano della prevenzione, diagnosi e presa in carico delle persone affette da obesità. Si potranno approfondire anche le collaborazioni esistenti con le realtà associative dei pazienti e degli specialisti di riferimento.

A titolo di esempio potranno essere sviluppati i seguenti temi:

- **Analisi mirate inerenti l'argomento**, tra cui l'indagine campionaria ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, rilevazione HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), OKKIO alla Salute. I cosiddetti microdati degli studi citati potranno essere analizzati per completare la fotografia del fenomeno a livello regionale e nazionale.
- **Excursus esaustivo della normativa vigente di interesse.**
- **Indagine qualitativa di restituzione dell'offerta esistente di servizi e prestazioni sanitarie.**  
La ricerca verrà svolta principalmente con gli strumenti di indagine qualitativa: in particolare, interviste in profondità e /o focus group. (Si allega testo preliminare, da testare, delle possibili interviste). Al fine di poter ottenere informazioni e dati reali, si intende effettuare alcune interviste in profondità a differenti attori coinvolti nel percorso di prevenzione e presa in carico dei pazienti affetti da diabete ed obesità (cfr. Appendice).
- **Analisi dei progetti di promozione e prevenzione avviati presso le ASL piemontesi**, quale adempimento alle azioni previste dal Piano di prevenzione regionale, con specifico riferimento alla prevenzione dell'obesità nelle diverse fasce di età e nei diversi setting di vita.
- **Analisi delle progettualità esistenti nella Banca dati Pro.Sa<sup>8</sup>.**, la banca dati on line nazionale di progetti, interventi e politiche di prevenzione e promozione della Salute.

<sup>8</sup> Pro.sa nasce nel 2000 dalla collaborazione tra il Centro di documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte (DoRS) e i referenti per la promozione della salute delle aziende sanitarie (RePES) al fine di documentare le esperienze piemontesi. A partire dal 2007 Pro.Sa. viene sperimentata a livello sovra regionale grazie a due progetti affidati a DoRS dal Ministero della Salute nell'ambito del programma nazionale Guadagnare Salute: "Riconoscimento dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane" e "Sviluppo e consolidamento della Rete dei Centri di documentazione per la prevenzione e la promozione della salute". Questa esperienza ha permesso di raccogliere e sistematizzare molti progetti rendendo Pro.Sa. la più organizzata e fruibile base informativa oggi disponibile sulle attività di prevenzione e promozione della salute in Italia. Nel 2011 il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNEPS) dell'Istituto Superiore di Sanità ha incaricato DoRS, con il supporto scientifico di un tavolo di lavoro nazionale, di sviluppare partendo da Pro.Sa. un sistema informativo, a livello sovra-regionale e regionale, per favorire attività di documentazione, disseminazione e valorizzazione dei progetti. A partire dal 2017 Pro.Sa. si arricchisce della sezione Pro.Sa. Politiche costruita per raccogliere, analizzare e diffondere Politiche pubbliche favorevoli alla salute, con un affondo specifico sul tema dell'equità. Lo sviluppo di questa sezione di Pro.Sa. rientra nelle attività finanziate dall' Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). Con il

Pro.Sa è uno strumento gratuito di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche che ha l'obiettivo di documentare, condividere e mettere in rete i progetti e i loro risultati per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders nell'ambito della prevenzione e promozione della salute.

- Eventuali ulteriori approfondimenti relativi ad aspetti di impatto economico e sociale dell'obesità sul territorio piemontese.

---

progetto CCM Messa a sistema della banca dati ProSa per la promozione della salute con particolare riferimento agli interventi nella scuola (2017-2018), la banca dati apre una sezione dedicata al mondo della scuola per renderla più fruibile a insegnanti, dirigenti scolastici e altri operatori impegnati con la scuola.

## BIBLIOGRAFIA

- Bologna E., Burgio A., Cialesi R., Gargiulo L., Iannucci L. (2022), *L'obesità in Italia* in IBDO FOUNDATION, ISTAT, CORESEARCH, BHAVE (a cura di), *4<sup>th</sup> Italian Obesity Barometer Monitor 2022*, Obesity Monitor
- Gargiulo L., Bologna E., Iannucci L. (2021), *Epidemiologia dell'obesità in Italia* in AA.VV., *9<sup>o</sup> Rapporto sull'obesità in Italia*, Istituto Auxologico Italiano, Il Pensiero Scientifico editore, Roma
- ISTAT (2022), *Rapporto BES 2021: il benessere equo e sostenibile in Italia*. Disponibile al link <https://www.istat.it/it/archivio/269316>
- Okunogbe A., Nugent R., Spencer G., et al. (2022), *Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries*, BMJ Global Health 2022;7: e009773.
- WHO (2022), *European Regional Obesity Report 2022*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- Caputo M., Ferrari P., Bonifetto M., Cardetti S. (2019), *OKKIO alla Salute. Risultati dell'indagine 2019. Regione Piemonte*. Disponibile al link <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/report-okkio-allasalute>
- AA.VV. (2018), *HBSC Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni*, Regione Piemonte. Disponibile al link [https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2021-01/hbsc2018\\_piemonte\\_report\\_30dic2020.pdf](https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2021-01/hbsc2018_piemonte_report_30dic2020.pdf)
- OCSE (2019), *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention*
- Fattore G. (2021), *I costi sociali dell'obesità in Italia: andare oltre* in AA.VV., *9<sup>o</sup> Rapporto sull'obesità in Italia*, Istituto Auxologico Italiano, Il Pensiero Scientifico editore, Roma
- OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. Disponibile al sito: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.
- WHO (2002), *Fifty-Fifth World Health Assembly, Infant and young child nutrition*, WHA55.25. Disponibile al sito: [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5525.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5525.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2004), *Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA57/2004/REC/1*. Disponibile al sito: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-en.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2004), *Declaration. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health*. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. Copenhagen. Disponibile al sito: <http://www.euro.who.int/document/e83335.pdf>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO EUROPE (2004), *Children's Environment and Health Action Plan for Europe*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78639/E83338.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78639/E83338.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- Dalbokova, D., Krzyzanowski, M & Lloyd, S. (2007), *Children's health and the environment in Europe: a baseline assessment*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107856>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2010), *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500210>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2014), *Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.1>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2015), *Ending childhood obesity*. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf?sequence=1>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2017), *Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123>. Ultimo accesso in data 07/03/2023

- WHO (2017), *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2021), *Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025646>. Ultimo accesso in data 23/02/2023
- WHO (2022), *Sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets*. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2022), *Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs, and behaviours: a narrative review*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041783>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2022), *Protecting children from the harmful impact of food marketing: policy brief*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051348>. Ultimo accesso in data 23/02/2023
- WHO Europe (2006), *Decalogo obesità*, traduzione a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. Disponibile al sito: [https://www.epicentro.iss.it/croniche/pdf/depli\\_obesit\\_it.pdf](https://www.epicentro.iss.it/croniche/pdf/depli_obesit_it.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- Schoeppe S. and Braubach M (2007), *Tackling Obesity by Creating Healthy Residential Environments*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98697/E90593.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98697/E90593.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- Eu Commission (2007), *Libro bianco. Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità*. Disponibile al sito: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007\\_C0279&from=IT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007_C0279&from=IT)
- WHO Europe (2013), *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO Europe (2013), *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf). Ultimo accesso in data 23/02/2023
- Eu Commission (2014), *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*. Disponibile al sito: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-1/childhoodobesity\\_action\\_plan\\_2014\\_2020\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-1/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en_0.pdf)  
Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO (2015), *Using price policies to promote healthier diets*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf). Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO Europe (2016), *Good maternal nutrition. The best start in life*. Disponibile al sito: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/313667/Good-maternal-nutrition-The-best-start-in-life.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/313667/Good-maternal-nutrition-The-best-start-in-life.pdf). Ultimo accesso in data 23/02/2023
- WHO Europe (2017), *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- WHO Europe (2019), *Ending inappropriate promotion of commercially available complementary foods for infants and young children between 6 and 36 months in Europe*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3590-43349-60813>. Ultimo accesso in data 07/03/2023
- Eu Commission (2017), *Public Procurement of Food for Health: technical report on the school setting*. Disponibile al sito: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC105657>. Ultimo accesso in data 07/03/2023

## ALLEGATI

### INTERVISTA AGLI STAKEHOLDER DELLA RETE PER LA CURA DELL'OBESITÀ E RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA

Ai fini di poter rilevare l'attuale configurazione della rete di servizi presente sul territorio piemontese, i ricercatori dell'IRES Piemonte porteranno avanti **indagini quali- quantitative** che possano rispondere alle esigenze del decisore regionale.

In particolare, si prevede di svolgere interviste in profondità ai principali stakeholder della rete obesiologica ed endocrino-diabetologica piemontese e agli stakeholder della società civile, anche corredati da eventuali focus group. Di seguito vengono riportati i principali item che guideranno le interviste e l'elenco dei soggetti da intervistare.

#### Soggetti che si prevede di intervistare

- Funzionari della Direzione Sanità, referenti per la rete endocrino diabetologica della Direzione Sanità.
- Referente regionale del Piano di prevenzione 2020-2025 per quanto concernente gli aspetti di prevenzione delle malattie endocrino metaboliche multiorgano.
- Responsabile della rete endocrino diabetologica della Regione Piemonte.
- Responsabili delle Società scientifiche di professionisti diabetologi ed endocrinologi attive sul territorio regionale (sia in ambito pediatrico che dell'adulto).
- Referente dei Medici di Medicina Generale per la gestione territoriale dei pazienti diabetici e/o obesi.
- Referente diabetologo ed endocrinologo dei Servizi territoriali e ospedalieri di diabetologia.
- Responsabili delle Associazioni di pazienti affetti da diabete e obesità attive sul territorio regionale.
- Referente della Compagnia di San Paolo per il programma "Bimbi in gamba" per la prevenzione dell'obesità in età infantile.
- Eventuali altri soggetti individuati dalle interviste sopra indicate come stakeholder rilevanti ai fini della presenta indagine.

#### Domande per gli stakeholder della rete per la cura dell'obesità e della rete endocrino-diabetologica

- A livello di programmazione sanitaria regionale, quali sono gli strumenti messi in campo dalla regione Piemonte? Ci può indicare i principali documenti programmati regionali?
- Quali sono le reti attualmente attive in regione relativamente alla prevenzione/cura dell'Obesità e del diabete?
- Esistono fabbisogni ad oggi scoperti nell'ambito della presa in carico di persone affette da obesità/diabete in Piemonte?
- Esistono liste di attesa in qualche territorio piemontese relativamente a prestazioni/servizi necessari alle persone affette da obesità e diabete (in riferimento alla cura specifica della patologia oggetto di indagine).
- Quali sono, secondo il suo punto di vista, i principali punti di forza della rete piemontese degli esperti/specialisti che si prendono cura delle persone affette da diabete/obesità?

- Quali sono, secondo il suo punto di vista, i principali punti di criticità della rete piemontese degli esperti/specialisti che si prendono cura delle persone affette da diabete/obesità?
- Secondo il suo punto di vista, vi sono realtà territoriali che hanno messo in piedi servizi particolarmente efficaci/efficienti per la presa in carico delle persone affette da obesità/diabete?
- Vi sono buone pratiche riconosciute in questo ambito?
- Esistono PSDTA specifici per la presa in carico dell'Obesità o di patologie correlate?
- Esiste una buona continuità, sul territorio regionale, tra ospedale e territorio nella presa in carico delle persone affette da Obesità/diabete?
- Il PSDTA Diabete è aggiornato secondo scadenze temporali definite? L'ultimo aggiornamento a quando risale?
- È a conoscenza di realtà regionali differenti dalla nostra in cui si siano messe in pratica reti particolarmente efficaci per la presa in carico delle persone affette da obesità e/o diabete?
- Relativamente alle azioni di promozione e prevenzione della salute, ci può indicare lo stato di attuazione in riferimento al Piano di prevenzione regionale 2022-2025? Vi sono aree particolarmente avanzate? Aree ancora da implementare del tutto?
- Vi sono territori regionali in cui si possono segnalare implementazioni particolarmente utili delle indicazioni presenti nel PPR?
- È a conoscenza di azioni significative portate avanti da AASS piemontesi nei PLC (Piani Locali della Cronicità) per la prevenzione/cura dell'obesità e del diabete?

#### Domande per gli stakeholder della società civile

- Che cosa chiede l'associazionismo oggi alle istituzioni pubbliche per la cura/prevenzione di obesità e diabete?
- Quali sono, secondo il vostro punto di vista, i principali bisogni di salute non corrisposti delle persone affette da obesità/diabete?
- Quali sono, secondo il vostro punto di osservazione, i principali punti di forza e di criticità della rete piemontese degli esperti/specialisti che si prendono cura delle persone affette da diabete/obesità?

NOTE EDITORIALI

Editing  
IRES Piemonte

Ufficio Comunicazione  
Maria Teresa Avato

© IRES  
Settembre 2025  
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte  
Via Nizza 18 -10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

Si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

