

Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con responsabilità primarie nei problemi della salute internazionale e della salute pubblica. L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS è uno di sei uffici regionali mondiali, ognuno con il proprio programma personalizzato che mira alle particolari condizioni sanitarie dei Paesi di pertinenza.

Stati Membri

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Bielorussia
Belgio
Bosnia ed Erzegovina
Bulgaria
Croazia
Cipro
Repubblica Ceca
Danimarca
Estonia
Finlandia
Francia
Georgia
Germania
Grecia
Ungheria
Islanda
Irlanda
Israele
Italia
Kazakistan
Kirghizistan
Lettonia
Lituania
Lussemburgo
Malta
Monaco
Montenegro
Paesi Bassi
Norvegia
Polonia
Portogallo
Repubblica di Moldavia
Romania
Federazione Russa
San Marino
Serbia
Slovacchia
Slovenia
Spagna
Svezia
Svizzera
Repubblica di Tagikistan
Ex Repubblica Jugoslavia di Macedonia
Turchia
Turkmenistan
Ucraina
Regno Unito
Uzbekistan



In risposta all'epidemia di obesità, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha tenuto una conferenza nel novembre 2006, dove tutti gli Stati Membri hanno adottato la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, che elenca principi guida e aree d'azione chiare a livello locale, regionale, nazionale e internazionale per un'ampia gamma di parti interessate. Questo documento comprende le prime due pubblicazioni della conferenza. Esso include la Carta e riepiloga concetti e conclusioni dei numerosi documenti tecnici scritti per la conferenza da un vasto gruppo di esperti in sanità pubblica, nutrizione e medicina. Questi documenti comprendono la pubblicazione della seconda conferenza.

In modo chiaro, succinto e facilmente accessibile, il sommario illustra le dinamiche dell'epidemia e il relativo impatto sulla sanità pubblica in tutta la Regione europea dell'OMS, e soprattutto nei Paesi orientali. Esso descrive la forma assunta dai fattori che aumentano il rischio di obesità nei vari scenari, come ad esempio famiglia, scuola, comunità e luogo di lavoro. Il documento produce argomentazioni etiche ed economiche per accelerare l'azione contro l'obesità, oltre ad analizzare i programmi e le politiche efficaci nei vari settori governativi, come ad esempio educazione, salute, agricoltura e commercio, pianificazione urbana e trasporti. Il sommario descrive anche come progettare politiche e programmi atti a prevenire l'obesità e come monitorare i progressi. Infine, esso chiama ad un'azione specifica le parti interessate: non solo i settori governativi, ma anche il settore privato, tra cui industrie alimentari, inserzionisti e commercianti, e le organizzazioni professionali, le organizzazioni di consumatori, e le organizzazioni internazionali e intergovernative come l'Unione Europea.

È tempo di agire: si prevede che nella Regione 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini saranno obesi entro il 2010. L'obesità non si limita a danneggiare la salute e il benessere di ampie porzioni della popolazione e generare forti spese da parte dei servizi sanitari, ma ha anche un impatto impressionante e inaccettabile sui bambini. Questo testo descrive brevemente e con chiarezza idee e informazioni che permetteranno alle parti interessate di tutta la Regione, e soprattutto ai responsabili delle politiche, di lavorare per arrestare ed infine invertire l'epidemia di obesità in Europa.

Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie

Ministero della Salute

La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio



S I N U

SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE UMANA

La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta

Compendio



guadagnare
salute
rendere facili le scelte salutari



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



EUROPE



S I N U

SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE UMANA

La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta

Compendio



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari

La stampa della versione inglese della presente pubblicazione è stata sostenuta dal Ministero degli Affari Sociali e della Salute finlandese.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata fondata nel 1948 come agenzia specializzata delle Nazioni Unite ed autorità responsabile per la direzione e il coordinamento delle questioni riguardanti la salute internazionale e la sanità pubblica. Una delle funzioni costituzionali dell'OMS è quella di dare informazioni obiettive ed affidabili e fornire consulenze nel campo della salute umana. L'OMS adempie in parte a questo compito attraverso i suoi programmi editoriali, cercando di aiutare i Paesi a produrre politiche tali da avvantaggiare la salute pubblica e ad affrontare i problemi più pressanti in tema di sanità pubblica.

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei uffici regionali mondiali, ognuno con un programma personalizzato che mira agli specifici problemi sanitari dei Paesi di pertinenza. La Regione europea abbraccia circa 880 milioni di persone; queste vivono in un'area che si estende dal Mar Glaciale Artico a Nord, al Mar Mediterraneo a Sud, e dall'Oceano Atlantico a Ovest, all'Oceano Pacifico a Est. Il programma europeo dell'OMS supporta tutti i Paesi della Regione nello sviluppo e sostegno di proprie politiche sanitarie, sistemi e programmi di prevenzione e superamento degli ostacoli alla salute; il programma europeo dell'OMS offre il sostegno nella preparazione di future sfide sanitarie e nell'implementazione di attività di salute pubblica.

Per garantire la disponibilità più ampia possibile di informazioni autorevoli e assistenza in materia di salute, l'OMS garantisce ampia distribuzione internazionale delle proprie pubblicazioni incoraggiandone la traduzione e l'adattamento. Le pubblicazioni dell'OMS promuovendo la salute, oltre che la prevenzione ed il controllo delle malattie, contribuiscono a raggiungere l'obiettivo principale dell'organizzazione e cioè l'acquisizione da parte di tutti gli individui del livello più elevato possibile di salute.

**La sfida dell'obesità
nella Regione europea dell'OMS
e le strategie di risposta**

Compendio

A cura di:

Francesco Branca, Haik Nikogosian
e Tim Lobstein

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2007 under the title The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary

© World Health Organization 2007

Translation rights for an edition in Italian have been granted to the Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), Ministry of Health, by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

© Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), Ministry of Health, Italy 2008

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation.

Publicato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007 con il titolo The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2007

I diritti di traduzione per una edizione in italiano sono stati concessi al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), Ministero della Salute, dal Direttore Regionale dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

© Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), Ministero della Salute, Italia 2008

Le richieste per le pubblicazioni dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS devono essere indirizzate a:
Publications
WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. In alternativa, per ottenere documentazione, informazioni sanitarie, o l'autorizzazione a citare o tradurre, completare il modulo di richiesta online sul sito Web dell'Ufficio regionale (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

La traduzione italiana è stata curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, responsabili per l'accuratezza del testo.

La revisione scientifica della traduzione italiana del testo è stata curata da:

A. Bordoni, G. Cairella, R. D'Elia, A. Ghiselli, S. Salvini, L. Scalfi, S. Severi, L. Zanetti

INDICE

Ringraziamenti	vii
Autori	viii
Prefazione	xi
Presentazione all'edizione italiana	xiii
Sintesi della pubblicazione	xiv
1. La sfida	1
Messaggi principali	1
Definizioni	1
Introduzione	1
La prevalenza	2
Le tendenze nel tempo	6
Le influenze intergenerazionali	6
Gli effetti sulla salute pubblica	9
Le conseguenze economiche	10
Le variazioni socioeconomiche della prevalenza	11
La valutazione della sfida: i passi successivi	12
2. I determinanti dell'obesità	13
Messaggi principali	13
Introduzione	13
La sedentarietà, l'attività fisica, la forma fisica e l'obesità	14
I determinanti dell'attività fisica	15
Le influenze della dieta sull'obesità	16
Le abitudini alimentari in Europa e la relazione con l'obesità	17
L'ambiente alimentare	17
Cosa guida l'ambiente alimentare	20
Il marketing e la pubblicità alimentare	21
I motori socioeconomici dell'obesità	22
Obesità e salute mentale	23
Lo studio dei determinanti: i passi successivi	23
3. Le evidenze per gli interventi di contrasto all'obesità	24
Messaggi principali	24
Introduzione	24
Gli interventi nei microambienti	25

Gli interventi nei macroambienti	27
La promozione dell'attività fisica	28
Gli strumenti economici	28
Le considerazioni sul contesto	29
Oltre l'evidenza sperimentale	29
La costruzione dell'evidenza per gli interventi efficaci: i passi successivi	30
4. La gestione e il trattamento dell'obesità	32
Messaggi principali	32
Introduzione	32
I modelli d'intervento: gli adulti	33
I modelli d'intervento: bambini e adolescenti	34
La gestione e il trattamento: i passi successivi	35
5. Sviluppo delle politiche di contrasto all'obesità	37
Messaggi principali	37
Introduzione	38
Gli interventi a livello internazionale	39
Le politiche nazionali sull'obesità in atto nei Paesi della Regione europea	40
Lo sviluppo delle strategie e dei piani d'azione	43
L'approccio alla promozione della salute basato sugli investimenti	44
Le azioni essenziali	45
Il ruolo delle parti interessate	47
La valutazione delle politiche	49
Lo sviluppo delle politiche: i passi successivi	49
Bibliografia	51
Allegato 1. Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità	58

Ringraziamenti

Siamo grati a W. Philip T. James (International Obesity Task Force, Londra, Regno Unito), a Kaare R. Norum (Università di Oslo, Norvegia) per la revisione e i suggerimenti apportati alle versioni preliminari della presente pubblicazione, a Shubhada Watson (Evidence on Health Needs, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS) per l'aiuto fornito nella valutazione della base di evidenze e infine a Garden Tabacchi (Università di Palermo, Italia) per l'assistenza editoriale generale nel completamento del manoscritto finale.

Desideriamo anche ringraziare i curatori degli aspetti tecnici del documento, i cui contenuti sono qui sintetizzati: Jonathan Back (Direzione generale per la Salute e la tutela del consumatore, Commissione europea, Brussels, Belgio), Leena Eklund (Health Evidence Network, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS), Egon Jonsson (Università di Alberta, Canada), Brian Martin (Federal Office for Sport, Magglingen, Svizzera), Wilfried Kamphausen (Direzione generale per la Salute e la tutela del consumatore, Commissione europea, Lussemburgo), Bente Klarlund Pedersen (National University Hospital, Copenhagen, Danimarca), Mark Pettigrew (Glasgow, Regno Unito), Claudio Politi (Health Systems Financing, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS), Pekka Puska, (National Public Health Institute, Helsinki, Finlandia) e Antonia Trichopoulou (Collaborating Centre for Nutrition Education dell'OMS, University of Athens Medical School, Grecia). Utili contributi sono stati portati anche da Jill Farrington (Noncommunicable Diseases, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS), Eva Jané-Llopis (Mental Health Promotion and Medical Disorder Prevention, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS) e Matthijs Muijen (Mental Health, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS).

Desideriamo infine ringraziare il team editoriale ed il personale della segreteria e della comunicazione presso l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, che hanno sostenuto la Conferenza ministeriale europea dell'OMS sull'azione di contrasto all'obesità aiutando a rendere una realtà le sue pubblicazioni.

Francesco Branca, Haik Nikogosian e Tim Lobstein

Autori

Ayodola Anise

The Lewin Group, Falls Church, Virginia, United States of America

Tim Armstrong

Chronic Diseases and Health Promotion, WHO headquarters

Colin Bell

Deakin University, Geelong, Australia

Wanda Bemelman

National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Vassiliki Benetou

School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Finn Berggren

Gerlev Physical Education and Sports Academy, Slagelse, Denmark

Lena Björck

Swedish National Food Administration, Uppsala, Sweden

Roar Blom

Noncommunicable Diseases and Lifestyles, WHO Regional Office for Europe

Hendriek Boshuizen

National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Francesco Branca

Nutrition and Food Security, WHO Regional Office for Europe

Vanessa Candeias

Chronic Diseases and Health Promotion, WHO headquarters

Margherita Caroli

Prevention Department, Azienda Sanitaria Locale (ASL) Brindisi, Italy

Rob Carter

Health Economics, Deakin University, Melbourne, Australia

Kath Dalmeny

International Association of Consumer Food Organizations, The Food Commission, London, United Kingdom

Mikael Fogelholm

Urho Kekkonen (UKK) Institute for Health Promotion Research, Tampere, Finland

Clifford Goodman

The Lewin Group, Falls Church, Virginia, United States of America

Filippa von Haartman

Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden

Michelle Haby

Department of Human Services, State Government of Victoria, Melbourne, Australia

Richard Heijink
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Rudolf Hoogenveen
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Alan A. Jackson
University of Southampton, United Kingdom

Susan A. Jebb
Elsie Widdowson Laboratory, Cambridge, United Kingdom

Sonja Kahlmeier
Transport and Health, WHO Regional Office for Europe

Ingrid Keller
Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO headquarters

Cécile Knai
London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

Peter Kopelman
University of East Anglia, Norwich, United Kingdom

Tim Lobstein
International Obesity Task Force, International Association for the Study of Obesity, London, United Kingdom

Brian Martin
Federal Office for Sport, Magglingen, Switzerland

Marjory Moodie
Deakin University, Melbourne, Australia

Androniki Naska
School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Haik Nikogosian
Division of Health Programmes, WHO Regional Office for Europe

Chizuru Nishida
Nutrition for Health and Development, WHO headquarters

Marga C. Ocké
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Pekka Oja
Karolinska Institute, Huddinge, Sweden

Jean-Michel Oppert
Université Pierre et Marie Curie, Paris, France

Johan Polder
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Joceline Pomerleau
London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

Francesca Racioppi
Transport and Health, WHO Regional Office for Europe

Neville Rigby
International Obesity TaskForce, International Association for the Study of Obesity, London, United Kingdom

Nathalie Röbbel
Environment and Health Coordination and Partnership, WHO Regional Office for Europe

Harry Rutter
South East Public Health Observatory, Oxford, United Kingdom

Liselotte Schäfer Elinder
Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden

Jaap C. Seidell
Free University of Amsterdam, Netherlands

Anne Simmons
Deakin University, Geelong, Australia

Michael Sjöström
Karolinska Institute, Huddinge, Sweden

Annica Sohlström
Swedish National Food Administration, Uppsala, Sweden

Marc Suhrcke
Investment for Health and Development, WHO Regional Office for Europe

Carolyn Summerbell
School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough, United Kingdom

Boyd Swinburn
WHO Collaborating Centre for Obesity Prevention, Deakin University, Melbourne, Australia

Ursula Trübswasser
Nutrition and Food Security, WHO Regional Office for Europe

Agis Tsouros
Healthy Cities and Urban Governance, WHO Regional Office for Europe

Colin Tukuitonga
Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO headquarters

Nienke Veerbeek
Amstelveen, Netherlands

Tommy L.S. Visscher
Free University of Amsterdam, Netherlands

Patricia M.C.M. Waijers
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands

Trudy M.A. Wijnhoven
Nutrition and Food Security, WHO Regional Office for Europe

Stephen A. Wootton
University of Southampton, United Kingdom

Laura Wyness
Turriff, Scotland, United Kingdom

Agneta Yngve
Karolinska Institute, Huddinge, Sweden

Prefazione

In risposta alla sfida emergente dell'epidemia di obesità, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha organizzato la Conferenza ministeriale europea dell'OMS sull'azione di contrasto all'obesità, che si è tenuta a Istanbul, - Turchia il 15-18 novembre 2006.

Questa pubblicazione rappresenta il principale documento di riferimento preparato per la Conferenza e contiene i principali concetti e le conclusioni di numerosi documenti redatti da un vasto gruppo di esperti in tema di sanità pubblica, nutrizione e medicina, che sono in corso di pubblicazione presso l'Ufficio regionale. Sia la sintesi, sia il libro più esteso, illustrano le dinamiche dell'epidemia e il relativo impatto sulla salute pubblica nell'intera Regione europea dell'OMS. In particolare, la rapida espansione dell'epidemia di obesità verso i Paesi della parte orientale della Regione desta grande preoccupazione, dal momento che tali paesi andranno incontro ad un doppio carico di malattia collegato sia alla denutrizione che alla ipernutrizione.

Il rapido accrescimento dell'epidemia è collegato all'aumento globale nella disponibilità e accessibilità di cibo, e alle ridotte opportunità di dispendio energetico. Il cibo non è mai stato così accessibile e i prodotti ricchi in grassi e zuccheri sono quelli più economici. Di conseguenza, le società moderne sono viste come ambienti "obesogenici": ciò significa che essi conducono a consumare cibo in eccesso e aumentano la diffusione di stili di vita sedentari, accrescendo così il rischio di obesità. Le due pubblicazioni della Conferenza descrivono come queste influenze prendono forma nei vari scenari, come la famiglia, la scuola, la comunità ed il luogo di lavoro.

In queste pubblicazioni vengono riportate argomentazioni di carattere etico ed economico per accelerare l'azione contro l'obesità. Oltre a danneggiare la salute e il benessere di vaste porzioni della popolazione e generare forti spese da parte dei servizi sanitari, l'obesità ha un impatto impressionante e 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. Inoltre, i decisori politici dovrebbero osservare che l'obesità deriva dalle differenze sociali e ne è al contempo la causa. I gruppi socialmente vulnerabili sono 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 sui stili di vita e salute e i cibi più economici hanno scarsa densità nutrizionale ed elevata densità energetica.

È tempo di agire. A Istanbul, gli Stati Membri della Regione hanno approvato la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità (Allegato 1), che elenca i principi guida chiarendo le aree di azione. L'azione dovrebbe coprire i settori governativi, essere internazionale e coinvolgere più attori e parti interessate. Le pubblicazioni della Conferenza analizzano i programmi e le politiche efficaci nei vari settori, come ad esempio l'educazione, la salute, l'agricoltura ed il commercio, la pianificazione urbana e i trasporti. Tali documenti descrivono anche come progettare politiche e programmi per la prevenzione dell'obesità e come monitorare i progressi. Per quanto riguarda l'azione delle parti interessate, si sollecitano ad esempio il settore privato, inclusi l'industria alimentare, pubblicitari e commercianti, a revisionare le proprie politiche, sia volontariamente, sia come risultato di un'apposita legislazione. Le organizzazioni professionali devono sostenere la prevenzione e il trattamento dell'obesità e della relativa morbilità. Le organizzazioni di consumatori dovrebbero collaborare fornendo informazioni e tenendo alta la consapevolezza del pubblico. Gli attori intergovernativi devono assicurare che l'azione concordata sia applicata oltre i confini nazionali, istituendo adeguate direttive e fornendo orientamenti politici.

Il ruolo dell'OMS è di fornire consulenze basate sulle prove di efficacia, divulgare esempi di buone pratiche, promuovere l'impegno politico e guidare l'azione internazionale. A livello globale, la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute fornisce una chiara direzione. Nella Regione europea, il Primo piano d'azione per le politiche alimentari e nutrizionali ha inserito la nutrizione nelle agende dei governi. L'OMS è attualmente impegnata a proporre ulteriori linee guida dettagliate a supporto di questa priorità sanitaria pubblica.

Osservatori autorevoli di tutto il mondo hanno accolto la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità come utile passo avanti, dati i suoi principi guida, le sue chiare indicazioni e l'ampio consenso che rappresenta. Ciò aiuta a creare le giuste condizioni in cui i Paesi possono contrastare l'aumento dell'obesità infantile e mettere complessivamente a freno l'epidemia in non più di un decennio. Noi all'OMS stiamo lavorando per rendere quest'obiettivo realizzabile e, anzi, inevitabile.

Marc Danzon

Direttore regionale per l'Europa dell'OMS

Presentazione all'edizione italiana

L'obesità è un'emergenza mondiale e la lotta per la sua prevenzione è un impegno che coinvolge tutte le istituzioni. La prevenzione dell'obesità richiede l'attuazione di indagini per monitorare la sua evoluzione nel tempo, la conoscenza dei suoi determinanti, la ricerca e la realizzazione di interventi, necessariamente in ambito multi-settoriale e multidisciplinare, nonché di un processo di valutazione continua. Queste azioni sono necessarie per la realizzazione di interventi basati su prove di efficacia, che devono essere sostenuti da idonee politiche nutrizionali.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM del Ministero della Salute e la Società Italiana di Nutrizione Umana - SINU, nell'ambito delle proprie competenze e dei propri ruoli istituzionali, hanno ritenuto utile collaborare per la traduzione e la diffusione dell'edizione sintetica di questo documento OMS, affinché tutti gli operatori che si troveranno impegnati in vari contesti a lavorare per la lotta contro l'obesità possano fare riferimento, per la progettazione e l'attuazione degli interventi, a strategie operative e buone pratiche riferite dall'esperienza europea sullo specifico settore.

Il Direttore del CCM del Ministero della Salute
Donato Greco

Il Presidente della Società Italiana di Nutrizione Umana - SINU
Giovannangelo Oriani

Sintesi della pubblicazione

L'obesità rappresenta per l'Europa una sfida sanitaria pubblica senza precedenti, finora sottostimata, scarsamente valutata e non perfettamente accettata come problema governativo strategico associato a notevoli implicazioni economiche. L'epidemia che sta attualmente emergendo nei bambini accentuerà notevolmente il carico dovuto a problemi di salute, a meno che non siano adottati provvedimenti urgenti, con approcci originali, basati su una chiara comprensione dei determinanti economici dell'epidemia e sul rifiuto dei presupposti tradizionali circa le sue cause. La maggior parte degli adulti in Europa segue diete scadenti e non appropriate ed è fisicamente inattiva. La sfida è evitare la ricerca di una sola soluzione e sviluppare una strategia coerente, progressiva, intergovernativa e internazionale, basata su cambiamenti sociali a breve, medio e lungo termine.

La dieta inadeguata, la mancanza di attività fisica, la conseguente obesità e le malattie ad essa associate sono nel loro insieme responsabili di complicanze per la salute e mortalità precoce quanto il fumo di tabacco. Il sovrappeso colpisce il 30-80% degli adulti nella Regione europea dell'OMS e fino a un terzo dei bambini.

I tassi di obesità stanno aumentando in quasi tutte le parti della Regione. Si stima che i costi dei servizi sanitari per il trattamento delle comorbidità associate come ad esempio diabete di tipo 2, alcuni tipi di tumore e malattie cardiovascolari, possano raggiungere il 6% della spesa totale per l'assistenza sanitaria, e che i costi indiretti legati alla perdita di produttività ne aumentino ulteriormente l'entità.

L'aumento dell'obesità infantile è forse persino più allarmante. Oltre il 60% dei bambini che sono sovrappeso prima della pubertà lo saranno anche nella fase iniziale dell'età adulta, ciò riduce l'età media di comparsa di patologie non trasmissibili ed influenza sensibilmente il carico dei servizi sanitari, in quanto aumenta il numero di accessi e di prestazioni durante il periodo dell'età adulta.

La prevenzione dell'obesità è quindi un obiettivo di sanità pubblica urgente che va affrontato con approcci ambientali innovativi, 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.

Questa pubblicazione riassume una serie di documenti di ricerca commissionati dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS come contributo alla Conferenza interministeriale europea sull'azione di contrasto all'obesità dell'OMS di Istanbul - Turchia del novembre 2006, che si inserisce nel processo di implementazione della Strategia globale su dieta, attività fisica e salute concordata all'Assemblea mondiale sulla salute del maggio 2004 (Risoluzione WHA57.17), della 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) e della Strategia globale sull'alimentazione dei neonati e dei bambini, concordata all'Assemblea mondiale sulla salute del maggio 2002 (Risoluzione WHA55.25). I documenti di ricerca saranno pubblicati dall'Ufficio regionale nel corso di quest'anno.

La presente pubblicazione descrive la dimensione del problema, le implicazioni per il settore sanitario e per gli altri settori e la gamma di interventi necessari per arrestare la crescente tendenza ed eventualmente invertirla. Essa descrive anche le politiche nazionali e regionali per la promozione della salute e prevenzione delle malattie a livello di popolazione, nonché le azioni mirate ai soggetti ad alto rischio, il trattamento e l'assistenza efficaci nei soggetti obesi.

1. La sfida

Messaggi principali

- Il sovrappeso e l'obesità rappresentano una rilevante sfida per la salute pubblica nella Regione europea dell'OMS.
- La prevalenza dell'obesità sta crescendo rapidamente e si prevede che interesserà, entro il 2010, 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini.
- L'andamento dell'obesità è particolarmente allarmante nei bambini e negli adolescenti. Il tasso annuale di aumento nella prevalenza dell'obesità infantile sta crescendo incessantemente ed il tasso attuale è 10 volte più alto di quello degli anni '70. Ciò incrementa l'epidemia dell'adulto e aggrava la sfida sanitaria per la prossima generazione.
- Nella regione europea dell'OMS, sovrappeso e obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete di tipo 2, il 35% delle cardiopatie ischemiche e il 55% della malattia ipertensiva tra gli adulti e causano ogni anno oltre 1 milione di morti e 12 milioni di anni vita trascorsi in cattive condizioni di salute.
- Nella regione europea dell'OMS, l'obesità è responsabile fino al 6% dei costi nazionali per l'assistenza sanitaria.
- L'obesità e le relative malattie associate compromettono lo sviluppo economico e limitano le opportunità economiche individuali.
- In Europa l'obesità interessa principalmente le classi sociali più svantaggiate, a cui impone un carico di malattia più elevato e condiziona negativamente l'opportunità di migliorare il proprio status socioeconomico.

Definizioni

Negli adulti, l'eccesso di peso corporeo viene definito dall'indice di massa corporea (IMC) ≥ 25 kg/m². L'obesità è definita da un IMC ≥ 30 kg/m² e la preobesità da un IMC compreso fra 25 e 29,9 kg/m². In questa pubblicazione, il termine sovrappeso indica gli adulti con IMC ≥ 25 kg/m², sebbene alcuni autori intendano solo i soggetti con IMC di 25-29,9 kg/m² (1).

Per bambini e adolescenti, esistono numerosi approcci per definire sovrappeso e obesità (2). Questa pubblicazione utilizza la definizione basata sui valori percentili di IMC, aggiustati per età e sesso, che corrispondono a un IMC di 25 e 30 kg/m² all'età di 18 anni (3). È possibile che i dati di prevalenza per bambini con meno di cinque anni vadano ricalcolati sulla base dei nuovi Standard OMS sull'accrescimento del bambino (4).

Introduzione

Il peso corporeo in eccesso rappresenta una delle sfide di sanità pubblica più serie del XXI secolo per la Regione europea dell'OMS, dove la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi due decenni ed ha ormai raggiunto proporzioni epidemiche. Se non verranno adottati provvedimenti e se la prevalenza dell'obesità continuerà ad aumentare alla stessa velocità degli anni '90, si stima che nella Regione 150 milioni di adulti (5) e 15 milioni di bambini e adolescenti (6) diventeranno obesi entro il 2010.

Nella Regione europea dell'OMS, il sovrappeso determina un elevato carico totale di malattia; ogni anno causa oltre 1 milione di decessi e 12 milioni di anni vita trascorsi in cattive condizioni di salute (7). Oltre tre quarti dei casi di diabete di tipo 2 sono attribuibili a valori di IMC che superano i 25 kg/m²; il sovrappeso è anche un fattore di rischio per cardiopatia ischemica, malattia ipertensiva, ictus ischemico, carcinoma del colon, mammella ed endometrio, nonché osteoartrite. L'obesità influisce negativamente sulla salute psicosociale e sulla qualità di vita dell'individuo.

Il sovrappeso influenza anche lo sviluppo economico e sociale, poiché aumenta i costi dell'assistenza sanitaria, riduce la produttività ed il reddito. L'obesità negli adulti è responsabile fino al 6% delle spese per l'assistenza sanitaria nella Regione.

La prevalenza dell'obesità varia ampiamente tra un Paese e l'altro e fra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di ogni Paese; ciò sottolinea l'importanza dei determinanti ambientali e socioculturali legati alla dieta e all'attività fisica.

La prevalenza

I dati nazionali e regionali sulla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini, gli adolescenti e gli adulti, sono stati raccolti considerando le informazioni disponibili tratte dagli archivi esistenti, dalla letteratura pubblicata, dai rapporti scientifici e dalle agenzie sanitarie. Oggi disponiamo di informazioni sulla situazione attuale (dati raccolti negli ultimi sei anni) di 46 su 52 Paesi della regione europea dell'OMS¹. In assenza di valori rappresentativi a livello nazionale, sono stati usati dati locali.

Gli adulti

Nei Paesi che hanno effettuato le misurazioni, la prevalenza del sovrappeso varia dal 32% al 79% nell'uomo e dal 28% al 78% nella donna. La prevalenza maggiore è stata riscontrata in Albania (a Tirana), in Bosnia ed Erzegovina e nel Regno Unito (in Scozia); Turkmenistan e Uzbekistan hanno avuto i tassi più bassi, in quanto la prevalenza dell'obesità varia dal 5% al 23% tra gli uomini e dal 7% e il 36% fra le donne. Complessivamente, i dati autoriferiti sottostimano la prevalenza dell'obesità, soprattutto fra le donne sovrappeso. La prevalenza ottenuta dai dati autoriferiti può essere anche del 50% inferiore rispetto alla prevalenza calcolata con la misurazione diretta del peso e dell'altezza.

In 14 Paesi (su 36 regioni in cui erano disponibili dati per entrambi i sessi) la prevalenza dell'obesità era più elevata tra gli uomini rispetto alle donne; la prevalenza della preobesità era maggiore fra gli uomini rispetto alle donne in tutti e 36 i Paesi. Come indica la Fig. 1, i valori di prevalenza di obesità nei soggetti di sesso maschile e femminile sono sostanzialmente differenti in Albania, Bosnia ed Erzegovina, Grecia, Irlanda, Israele, Lettonia, Malta, Serbia e Montenegro.

Esiste un'evidenza sempre più forte che il rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche associate all'obesità sia correlato alla quantità e alla proporzione di grasso addominale, in particolare in presenza di modesti livelli di eccesso ponderale. L'adiposità addominale può essere facilmente valutata misurando la circonferenza della vita.

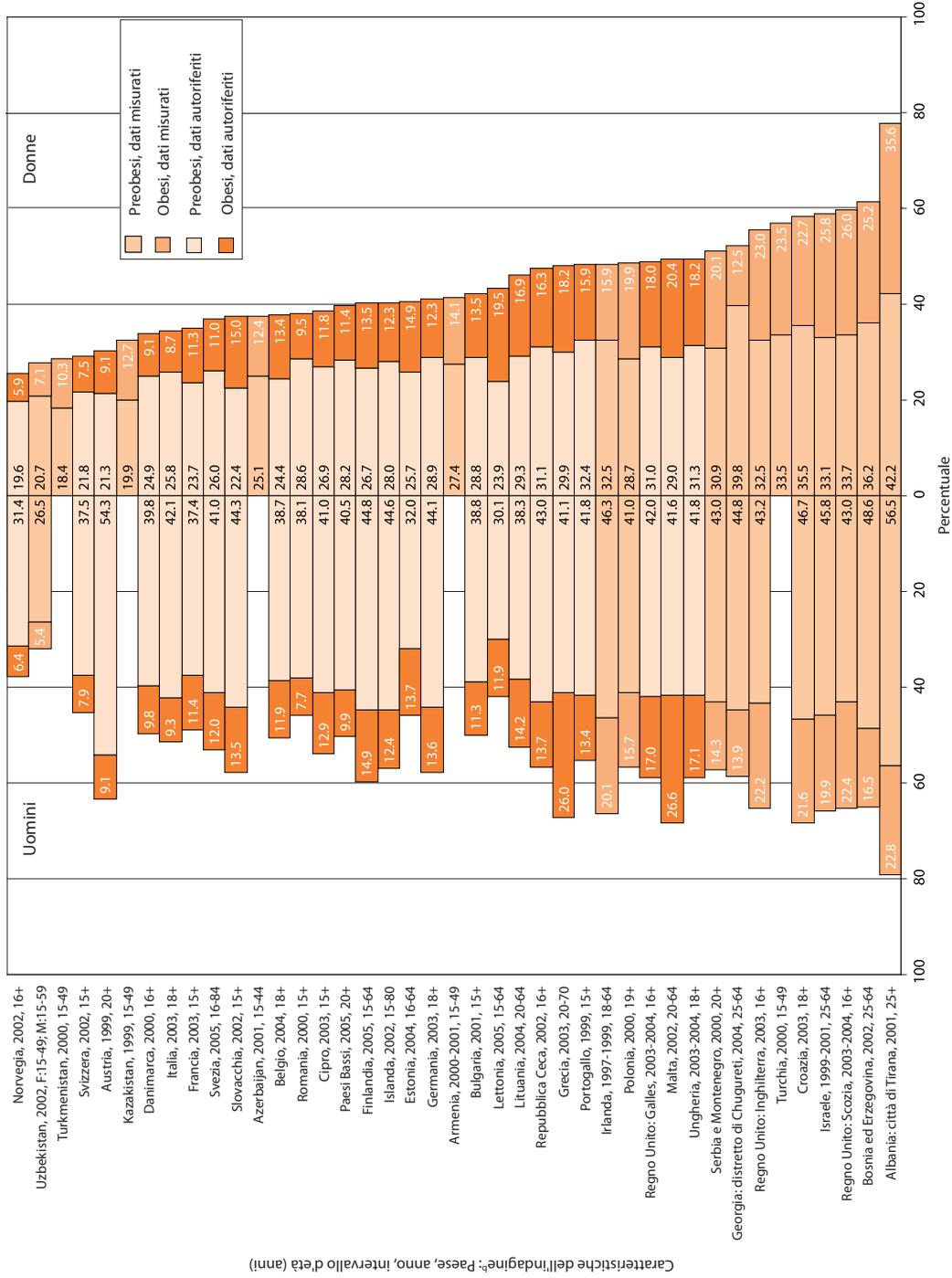
I bambini

Tra i bambini della scuola primaria (di entrambi i sessi), i tassi di prevalenza più elevati di sovrappeso sono stati riscontrati in Portogallo (7-9 anni, 32%) Spagna (2-9 anni, 31%) e Italia (6-11 anni, 27%); tassi meno elevati si evidenziano in Germania (5-6 anni, 13%), Cipro (2-6 anni, 14%) e Serbia e Montenegro (6-10 anni, 15%) (Fig. 2).

Per quanto riguarda i bambini più grandi, sono pochi gli studi che hanno misurato il peso e l'altezza e ci si deve basare sui dati autoriferiti, raccolti principalmente in due studi internazionali. Lo studio Pro Children, condotto nel 2003 sui bambini di 11 anni in nove Paesi europei, ha mostrato una percentuale maggiore di ragazzi sovrappeso (17%) rispetto alle ragazze (14%) (8). L'indagine Health Behaviour in School-aged Children, condotta nel 2001-2002 ha indicato che fino al 24% delle ragazze di 13 anni era in sovrappeso rispetto al 34% dei ragazzi, mentre all'età di 15 anni, il 31% delle ragazze era in sovrappeso rispetto al 28% dei ragazzi (Fig. 3). Erano obese fino al 5% delle ragazze di 13 e 15 anni ed il 9% dei ragazzi della stessa età (9). Uno studio di validazione condotto nel Galles, Regno Unito, nel contesto dell'indagine Health Behaviour in School-aged Children ha indicato che le misure autoriferite nella fascia di età di 13 e 15 anni sottostimano la vera prevalenza del sovrappeso di circa un quarto e dell'obesità di circa un terzo (10).

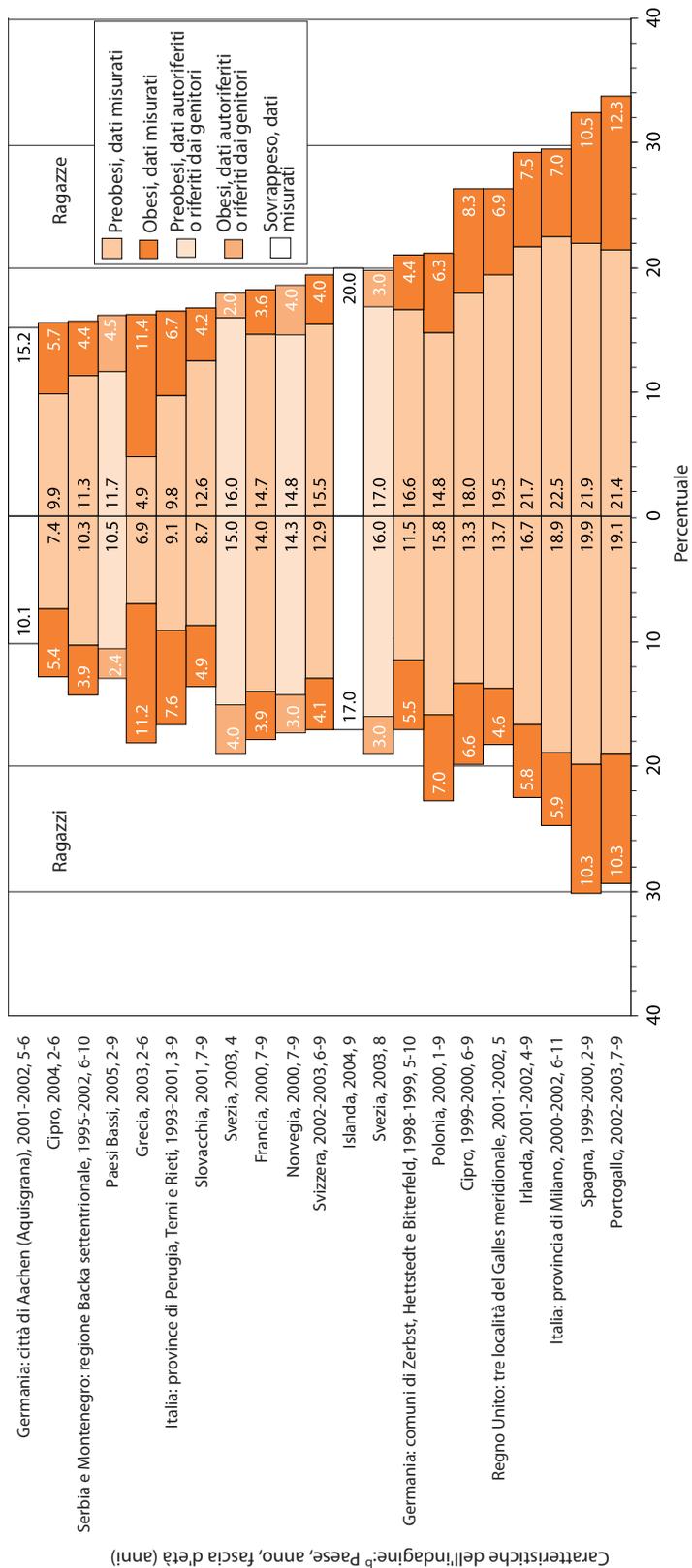
¹ Da quando questa pubblicazione è stata scritta, la separazione del Montenegro e della Serbia ha fatto aumentare il numero di Paesi nella Regione a 53.

Fig. 1. Prevalenza di sovrappeso e obesità^a fra gli adulti nei Paesi della Regione europea dell'OMS, sulla base di indagini concluse nel 1999 o più recentemente



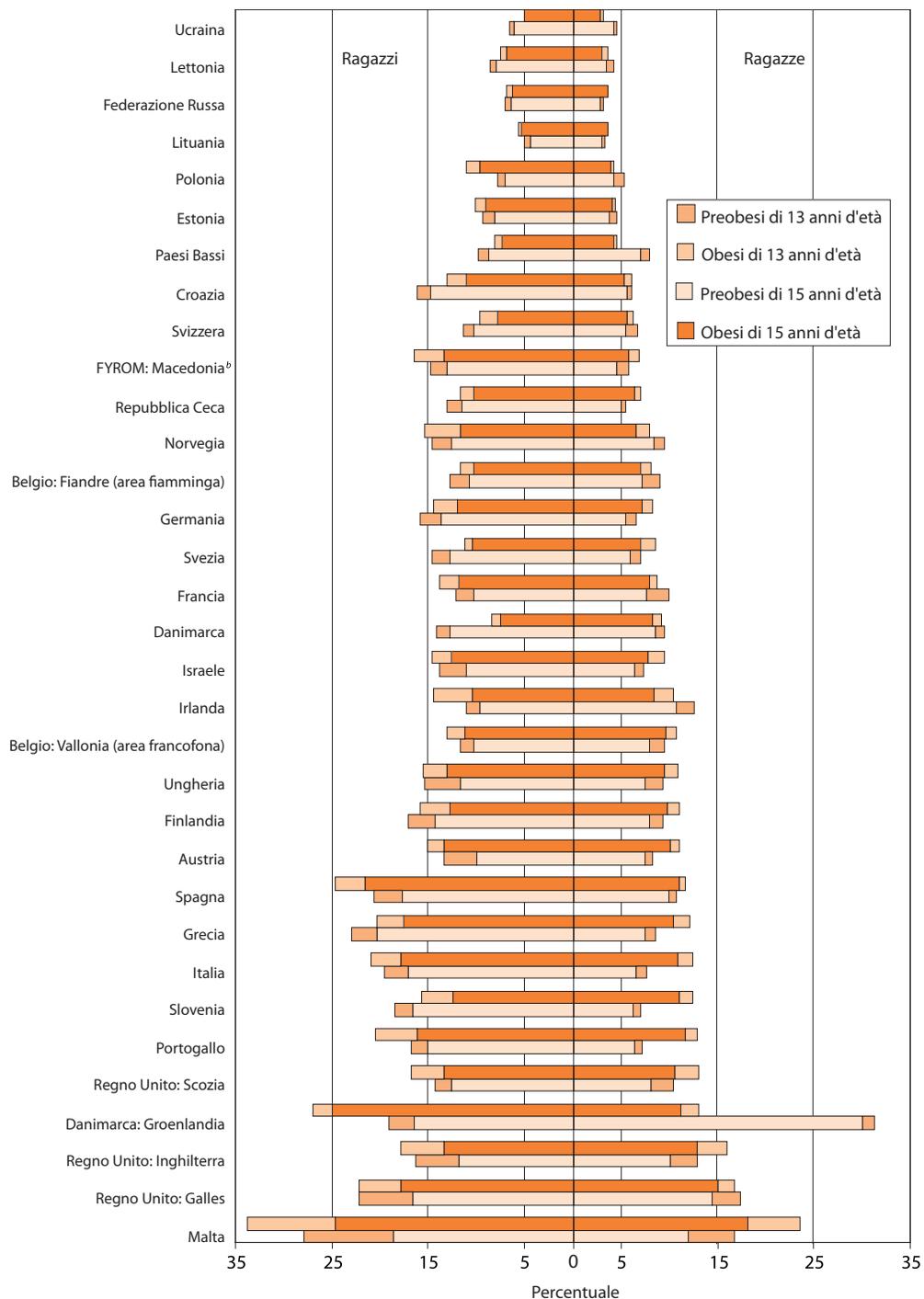
^a Il sovrappeso viene definito come IMC ≥ 25 kg/m² e l'obesità come IMC ≥ 30 kg/m² (1). Il sovrappeso include sia la preobesità che l'obesità.
^b I confronti tra i vari paesi vanno interpretati con cautela a causa di differenze nel metodo di raccolta dei dati, nei tassi di risposta, negli anni delle indagini e nelle fasce di età considerate. Su richiesta sono disponibili le fonti bibliografiche.

Fig. 2. Prevalenza di sovrappeso e obesità^a nei bambini fino a 11 anni d'età nei Paesi della Regione europea dell'OMS, sulla base di indagini concluse nel 1999 o più recentemente



^a Sovrappeso e obesità vengono definiti usando per l'IMC i punti di cut-off internazionali specifici per sesso ed età, corrispondenti rispettivamente a 25 kg/m² e 30 kg/m² all'età di 18 anni (3). Il sovrappeso include sia la preobesità che l'obesità.
^b I confronti tra i vari paesi vanno interpretati con cautela a causa di differenze nel metodo di raccolta dei dati, nei tassi di risposta, negli anni delle indagini e nelle fasce di età considerate. Su richiesta sono disponibili le fonti bibliografiche.

Fig. 3. Prevalenza di sovrappeso^a tra tredicenni e quindicenni (misure di altezza e peso autoriferite) nei Paesi della Regione europea dell'OMS, in accordo con l'indagine Health Behaviour in School-aged Children del 2001-2002



^a Sovrappeso e obesità vengono definiti usando per l'IMC i punti di cut-off internazionali specifici per sesso ed età, corrispondenti rispettivamente a 25 kg/m² e 30 kg/m² all'età di 18 anni (3). Il sovrappeso include sia la preobesità che l'obesità.

^b Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia.

Fonte: Currie e altri. (9).

Le tendenze nel tempo

Rispetto agli anni 80, la prevalenza dell'obesità è aumentata di almeno tre volte, anche nei Paesi con tassi di sovrappeso e obesità tradizionalmente bassi. La prevalenza del sovrappeso in Irlanda e nel Regno Unito (Inghilterra e Scozia) è salita rapidamente, in entrambi i sessi, di oltre 0,8 punti percentuali per anno sulla base dei dati misurati.

In base ai dati autoriferiti, gli incrementi annui più elevati nella prevalenza del sovrappeso nella donna e nell'uomo si sono riscontrati in Danimarca (rispettivamente 1,2 punti percentuali e 0,9 punti percentuali dal 1997 al 2001), in Irlanda (1,1 punti percentuali per entrambi i sessi dal 1998 al 2002), Francia (0,8 punti percentuali tra gli adulti dal 1997 al 2003), Svizzera (rispettivamente 0,8 punti percentuali e 0,6 punti percentuali dal 1992 al 2002) e Ungheria (0,6 punti percentuali per entrambi i sessi dal 2000 al 2004). Al contrario, i tassi di obesità nell'adulto autoriferiti stanno diminuendo in Estonia e Lituania. Se non verranno adottati provvedimenti e se la prevalenza dell'obesità continuerà ad aumentare alla stessa velocità degli anni '90, si stima che entro il 2010 saranno sovrappeso od obesi 150 milioni di adulti (5).

L'epidemia sta avanzando con tassi allarmanti soprattutto tra i bambini. In Svizzera, ad esempio, i bambini sovrappeso sono aumentati dal 4% nel 1960 al 18% nel 2003. In Inghilterra, Regno Unito, i valori sono aumentati dall'8% al 20% tra il 1974 e il 2003. In varie regioni della Spagna, la prevalenza del sovrappeso è più che raddoppiata dal 1985 al 2002 (Fig. 4). La sola riduzione nella prevalenza è stata osservata nella Federazione Russa durante la crisi economica che ha fatto seguito alla disgregazione dell'Unione Sovietica. L'andamento della prevalenza di sovrappeso nei Paesi le cui indagini sono descritte nella Fig. 5, ha mostrato un incremento medio di 0,1 punti percentuali durante gli anni '70, che aumenta a 0,4 punti percentuali negli anni '80, fino a 0,8 punti percentuali all'inizio degli anni '90 ed infine raggiunge i 2 punti percentuali in alcuni Paesi nel 2000. La Task-force internazionale contro l'obesità prevede che circa il 38% dei bambini in età scolare nella Regione europea dell'OMS saranno sovrappeso entro il 2010 e più di un quarto di questi bambini saranno obesi (6).

Le influenze intergenerazionali

Lo stato nutrizionale materno prima del concepimento e l'apporto dietetico durante la gravidanza influenzano l'accrescimento e lo sviluppo fetale. Le interazioni fra nutrienti e geni che si verificano durante il periodo gestazionale condizionano le caratteristiche della composizione corporea nelle fasi successive della vita ed influenzano la capacità individuale di convertire i nutrienti in massa magra e massa grassa.

Questo problema è verosimilmente molto importante in numerosi Paesi della Regione europea OMS, dove le giovani donne iniziano la gravidanza in presenza di carenze nutrizionali, come anemia, insufficienti riserve di grassi essenziali e carenze vitaminiche; la gravidanza delle adolescenti preoccupa soprattutto in quanto la competizione che si instaura tra accrescimento materno e fetale può indebolire la generazione successiva.

In molti Paesi nella Regione, un'ampia fascia della popolazione adulta è nata in condizioni molto svantaggiate, poiché le madri avevano a disposizione scarse quantità di cibo durante la gravidanza. Esiste un'evidenza crescente di un imprinting, ovvero della programmazione di risposte a lungo termine nel bambino ai rischi di malattia, come conseguenza di stress nutrizionali e di altra natura nella fase fetale precoce e nella prima infanzia. Ciò può spiegare in parte la maggiore predisposizione per diabete di tipo 2 ed ipertensione, quando in età adulta si verifica anche un incremento moderato del peso corporeo. Tali osservazioni evidenziano l'importanza di assicurare il benessere delle ragazze adolescenti e delle giovani donne, poiché la loro salute può influenzare il benessere delle generazioni future.

La nutrizione materna insufficiente viene oggi riconosciuta come fattore di rischio per lo sviluppo dell'obesità, soprattutto dell'adiposità addominale tra la prole. Esistono gravi rischi sanitari per i neonati normopeso e, soprattutto, per quelli sottopeso che vanno incontro ad un rapido incremento ponderale nelle prime fasi della vita, fino a metà dell'infanzia (11). Quindi, l'associazione tra nutrizione inadeguata ed iponutrizione durante le prime fasi di vita, con sovrappeso, obesità e malattie croniche non trasmissibili delle fasce di età più avanzate, andrebbe inquadrata come un aspetto fondamentalmente collegato ad un inadeguato stato di salute e non, viceversa, come una questione prima di carenza e poi di eccesso.

Fig. 4. Sovrappeso nei bambini in età scolare in alcuni Paesi europei - periodo 1958-2003

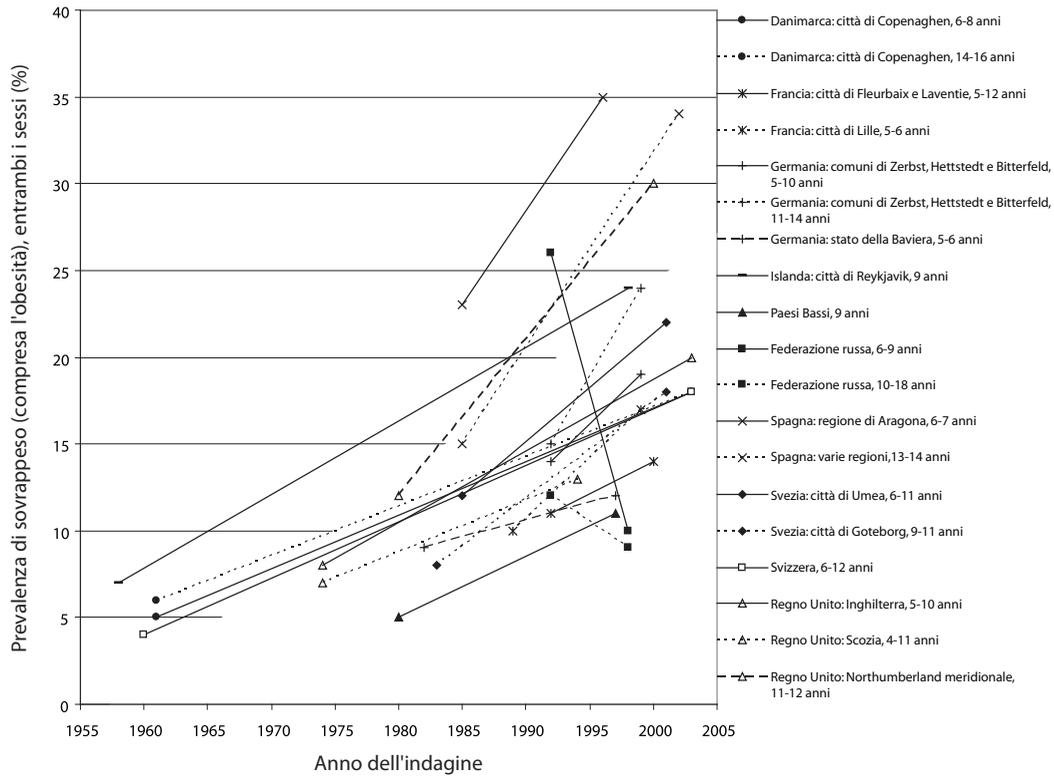
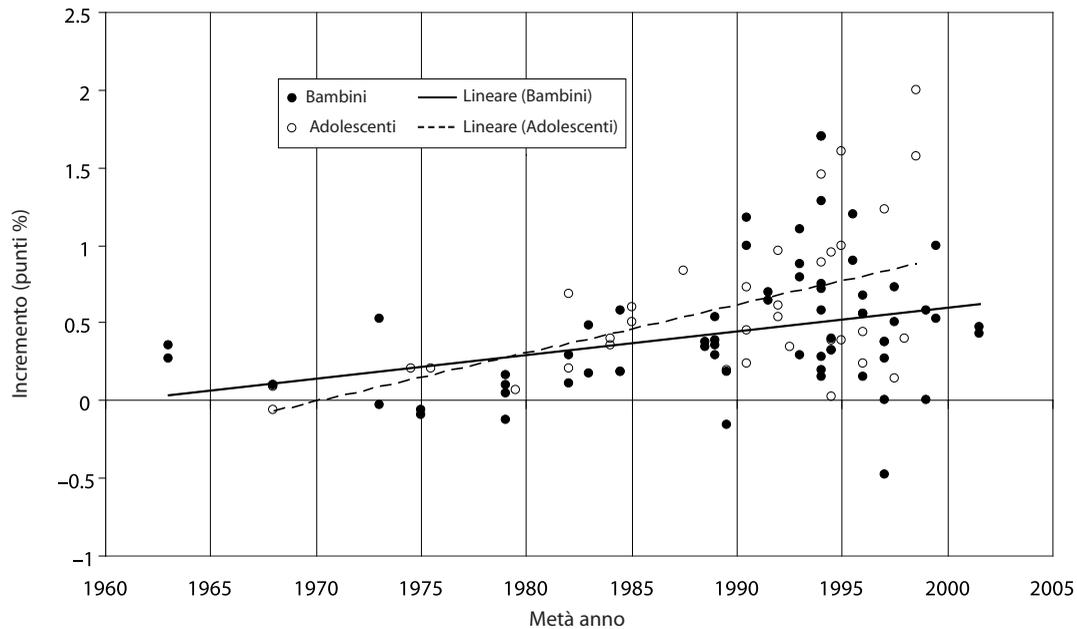


Fig. 5. Variazione annua nella prevalenza del sovrappeso in bambini e adolescenti di alcuni Paesi europei che hanno condotto le indagini, periodo 1960-2005



Su richiesta sono disponibili le fonti bibliografiche.

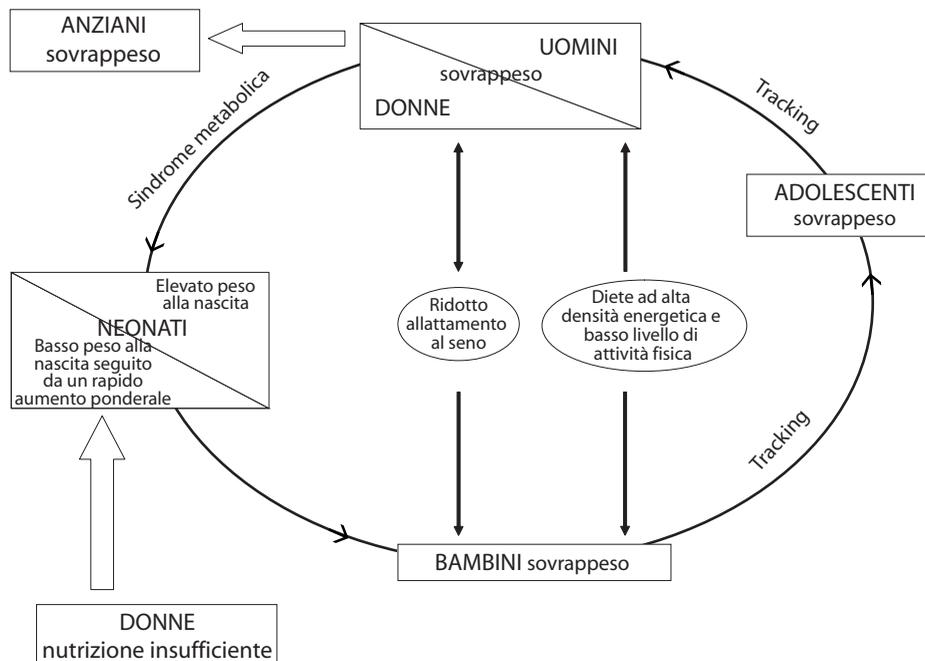
Con la crescente prevalenza dell'obesità nella popolazione generale, cresce anche il numero di donne che iniziano la gravidanza in condizioni di sovrappeso ed obesità. Le madri obese hanno molte più probabilità di avere bambini obesi, soprattutto se sono affette da diabete gestazionale o sindrome metabolica pre-gravidica, evidenziata da alti livelli di insulina sierica e LDL colesterolo, da bassi valori di HDL colesterolo e forte incremento ponderale durante la gravidanza. Un numero sempre maggiore di bambini presentano un peso elevato alla nascita (oltre 4500 g od oltre il 95° percentile per il peso alla nascita standardizzato). Il peso elevato alla nascita è collegato all'obesità in età più avanzata, come indicato nelle coorti nate in Islanda nel 1988 e 1994, in cui bambini che pesavano alla nascita oltre l'85° percentile avevano maggiori probabilità di essere sovrappeso all'età di 6, 9 e 15 anni (12).

Attualmente un'evidenza sempre più convincente suggerisce che l'allattamento al seno protegga il bambino dall'obesità; i neonati ed i bambini allattati al seno fin dalla nascita presentano valori di obesità inferiori rispetto ai coetanei allattati artificialmente. (13).

Quest'evidenza ha quindi spinto a formulare nuovi standard di accrescimento basati sul tasso di accrescimento dei bambini allattati esclusivamente al seno, piuttosto che su quelli allattati artificialmente. Utilizzando questo criterio sono stati sviluppati i nuovi Standard OMS di accrescimento del bambino (4) che metteranno in evidenza il fenomeno ancora sottovalutato del sovrappeso nella prima infanzia.

Se i bambini più grossi vengono allattati con il biberon, sviluppano maggiore sovrappeso nell'infanzia e quindi entrano nell'adolescenza e nella vita adulta già in sovrappeso o persino obesi; pertanto molte popolazioni europee sono esposte ad un aumento intergenerazionale dell'obesità e ai problemi di sanità associati, secondo modalità ancora non riconosciute a livello politico. La tendenza dell'obesità a mantenersi durante la crescita del bambino (fenomeno noto come tracking), implica lo sviluppo di strategie di sanità pubblica in ogni fase del ciclo di vita. La Fig. 6 presenta un modello di questi effetti, in un ciclo intergenerazionale che crea un circolo vizioso che coinvolge tutte le fasce di età.

Fig. 6. Il ciclo intergenerazionale del sovrappeso e dell'obesità



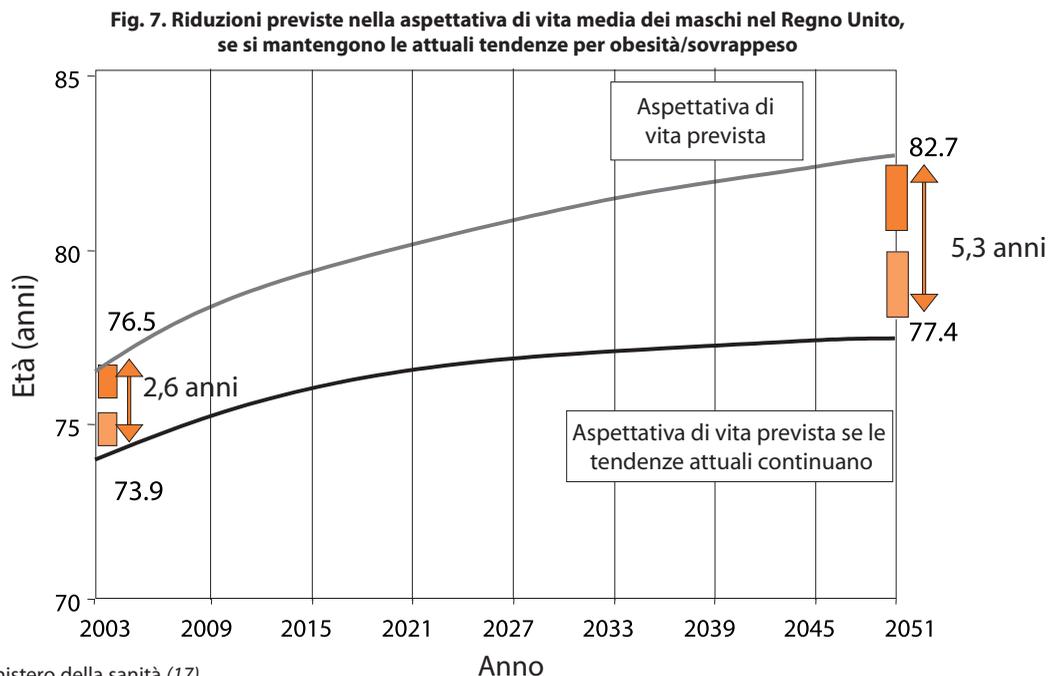
Gli effetti sulla salute pubblica

L'obesità influenza la morbilità e la mortalità. Il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari, come l'infarto miocardico e l'ictus ischemico, rappresentano le due più importanti comorbidità dell'obesità, come chiaramente dimostrato da estesi studi epidemiologici. Il termine "sindrome metabolica" viene sempre più usato per descrivere la particolare associazione dell'obesità addominale con ipertensione arteriosa, dislipidemia e insulinoresistenza; questo problema colpisce il 20-30% della popolazione totale nella Regione europea. Altri effetti dell'obesità presentati nella letteratura recente, includono neoplasie in differenti localizzazioni, calcolosi biliare, narcolessia, maggiore uso continuativo di farmaci, irsutismo, compromissione della funzionalità riproduttiva, asma, cataratta, ipertrofia prostatica benigna, steatoepatite non alcolica e patologie muscoloscheletriche, come l'osteoartrite. Viceversa, l'attività fisica regolare ed il peso corporeo all'interno dei valori di normalità, sono entrambi importanti indicatori di minor rischio di mortalità per tutte le cause, per malattie cardiovascolari e per neoplasie; l'attività fisica conferisce un effetto benefico indipendentemente dai valori di indice di massa corporea.

Un IMC nell'adulto al di sopra del livello ottimale (circa 21-23 kg/m²) è associato ad un notevole carico di complicanze per la salute, il maggiore impatto è rappresentato dal carico associato allo sviluppo del diabete di tipo 2. Oltre all'IMC, altri fattori contribuiscono al rischio di malattia, tra cui il fumo di tabacco, il consumo di alcol, l'eccessivo apporto di sale, la scarsa assunzione di frutta e verdura e l'inattività fisica. Oltretutto, almeno tre quarti dei casi di diabete di tipo 2, un terzo delle malattie cardiache ischemiche, metà delle malattie ipertensive, un terzo degli ictus ischemici e circa un quarto delle osteoartriti possono essere attribuiti all'eccesso di peso corporeo. Un quinto dei tumori del colon, metà di quelli dell'endometrio e un caso di neoplasia mammaria su otto nelle donne in postmenopausa sono attribuibili all'eccesso ponderale (7).

Nel 2000, nella Regione europea il carico di malattia attribuibile ad un IMC eccessivo tra gli adulti è stato responsabile di oltre 1 milione di decessi e circa 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute (anni di vita corretti per la disabilità - DALY) (7).

Negli Stati Uniti sono state descritte differenze tra i due sessi per quanto riguarda il carico di malattia attribuibile all'obesità. Rispetto ai soggetti normopeso, le donne sovrappeso e obese si ammalano di più rispetto agli uomini sovrappeso ed obesi, ciò a causa di disparità a livello di benessere fisico, emotivo e sociale (14).



Fonte: Ministero della sanità (17).

Con l'epidemia di obesità, l'incidenza del diabete di tipo 2 è in aumento, mentre sta progressivamente diminuendo l'età in cui viene effettuata tale diagnosi, come documentato negli Stati Uniti (15).

L'obesità riduce l'aspettativa di vita. Lo studio Framingham condotto negli Stati Uniti ha mostrato che l'obesità all'età di 40 anni riduce l'aspettativa di vita di 7 anni nelle donne e di 6 anni nell'uomo (16). Il Ministero della Salute del Regno Unito ha recentemente stimato un'aspettativa di vita media inferiore di 5 anni per gli uomini entro il 2050, se continueranno le attuali tendenze dell'obesità (17) (Fig. 7). Finora, non è stato osservato alcun aumento nella mortalità per malattie cardiovascolari associate all'aumento di prevalenza dell'obesità, ma ciò può essere dovuto al maggiore uso di farmaci per contrastare i fattori di rischio dell'obesità, o più semplicemente alla latenza dell'effetto.

L'analisi non tiene conto dell'impatto dell'obesità infantile. Le conseguenze sanitarie del sovrappeso per i bambini durante l'infanzia sono meno chiare, ma una revisione sistematica (18) mostra che l'obesità infantile è fortemente associata a fattori di rischio per malattia cardiovascolare e diabete, problemi ortopedici e disordini mentali. Un elevato IMC durante l'adolescenza è associato ad un aumento dei tassi di mortalità e di incidenza di malattie cardiovascolari nell'adulto, anche quando il peso corporeo in eccesso è perso.

Nella maggior parte dei casi di sovrappeso nell'adolescente, tuttavia, il peso corporeo in eccesso non viene perso. Numerose complicanze associate all'obesità, un tempo ritenute peculiari degli adulti, vengono oggi osservate nei bambini e con frequenza sempre maggiore: alcuni esempi sono la pressione arteriosa elevata, la rigidità precoce della parete arteriosa, il diabete di tipo 2, la steatoepatite non alcolica, l'ovaio policistico e le apnee notturne (18).

L'obesità è anche una caratteristica di molti adulti con condizioni di salute mentale compromessa e/o patologie mentali gravi (19), soprattutto disturbi depressivi e ansiosi (20). Sottogruppi di questi soggetti obesi mostrano schemi di consumo alimentare anormali, tra cui l'alimentazione compulsiva, inquadrabili nei criteri del disturbo da alimentazione incontrollata (20). Patologie e disturbi della personalità sono maggiormente presenti nei pazienti obesi che si alimentano in modo frenetico, rispetto a quelli che non lo fanno (21).

Le conseguenze economiche

L'obesità impone un carico economico sulla società attraverso l'aumento dei costi sanitari per le cure mediche richieste per il trattamento delle patologie ad essa associate (costi diretti), la perdita di produttività dovuta all'assenteismo e alla mortalità prematura (costi indiretti), le occasioni perse, i problemi psicologici e la scarsa qualità di vita (costi intangibili). Una stima dei costi diretti può essere ottenuta grazie agli studi sul costo della malattia, sebbene le differenti metodologie usate limitino la possibilità di confronti tra un Paese e l'altro.

Una raccolta mondiale di studi sui costi diretti rivela che la spesa sanitaria per abitante attribuibile all'obesità varia da 13 dollari USA (Regno Unito, 1998) a 285 dollari USA (Stati Uniti, 1998) (Tabella 1). Gli studi condotti nella Regione europea dell'OMS indicano che i costi per l'assistenza sanitaria diretta dell'obesità rappresentano il 2-4% della spesa sanitaria nazionale (1) sebbene, a causa delle differenti metodologie utilizzate, siano state prodotte stime maggiori. Per esempio, uno studio condotto in Belgio (22) ha stimato che l'obesità incide per il 6% sulla sicurezza sociale, ma la cifra sarebbe del 3% se al denominatore si considerasse la spesa corrente sanitaria totale.

Stime economiche condotte negli Stati Uniti indicano che nei soggetti con IMC maggiore di 30 kg/m² i costi per l'assistenza sanitaria annuale erano del 36% in più, rispetto agli individui con IMC tra 20-24,9 kg/m², e che nei soggetti con IMC di 25-29,9 kg/m² i costi per l'assistenza sanitaria annuale erano superiori del 10% rispetto a quelli con IMC tra 20-24,9 kg/m² (23). I costi cumulativi delle principali malattie misurati in un periodo di otto anni hanno mostrato uno stretto collegamento con l'IMC: negli uomini di 45-54 anni d'età con IMC di 22,5 - 27,5 - 32,5 o 37,5 kg/m², i costi cumulativi erano di 19.600, 24.000, 29.600 e, rispettivamente, 36.500 dollari USA. È evidente che i costi per l'intero ciclo di vita possono essere in parte ridotti per il decesso prematuro dei soggetti obesi, ma possono anche aumentare nell'età più avanzata, qualora si manifestino gli effetti cumulativi dell'obesità prolungata (24).

I costi indiretti includono il maggiore rischio degli obesi di assentarsi dal lavoro a causa delle peggiori condizioni di salute o della morte prematura. Le stime delle perdite di produttività nel Regno Unito (Tabella 1) indicano che questi costi potrebbero ammontare al doppio dei costi sanitari diretti. Tuttavia, le perdite economiche ed il benessere compromesso causati dall'obesità, dipendono dalla situazione del mercato del lavoro e dalla struttura del sistema di previdenza sociale.

Stime recenti per la Spagna indicano che, includendo i costi indiretti dovuti alla perdita di produttività, il costo

totale annuo attribuibile all'obesità è pari a 2,5 miliardi di euro all'anno. Tale valore corrisponde al 7% del bilancio sanitario totale. Si stima che nel 2002 i costi totali per obesità, diretti e indiretti, nei 15 Paesi membri dell'Unione Europea (UE) prima del maggio 2004, siano pari a 32,8 miliardi di euro all'anno (25). Queste cifre sono destinate ad aumentare quando avremo compreso meglio le conseguenze sanitarie dell'aumento dell'IMC nei bambini e negli adulti. Va anche evidenziato che l'impatto delle condizioni di preobesità negli adulti non viene solitamente preso in considerazione. Dati del Regno Unito indicano che, nonostante le conseguenze più lievi, l'ampia diffusione della preobesità dovrebbe condurre al raddoppio dei costi diretti stimati. Infine, nessuno degli studi considera il costo delle conseguenze del sovrappeso nel bambino.

Il costo totale dell'obesità (diretto e indiretto), espresso come proporzione del GDP (Gross Domestic Product - prodotto interno lordo), ammonta allo 0,2% in Germania, allo 0,6% in Svizzera, all'1,2% negli Stati Uniti e al 2,1% in Cina. Tali dati evidenziano come l'effetto sia più marcato nelle economie in via di sviluppo (43).

Le variazioni socioeconomiche della prevalenza

Numerosi studi hanno osservato un aumento di prevalenza di sovrappeso e obesità tra specifici gruppi di popolazioni identificati in base al livello di reddito o al titolo di studio (variabili utilizzate per definire lo stato socio-economico) (44, 45).

Tabella 1. Stime dei costi economici dell'obesità in base agli studi disponibili

Paese (studio)	Anno della stima	Criterio IMC	Tipo	Costo pro capite (\$ USA a PPP ^a)	Quota corrente della spesa sanitaria totale(%)	Quota del PIL (%)
Nella Regione europea dell'OMS						
Belgio (22)	1999	≥30	Diretto	69	3	-
Francia (area) (26)	1992	≥30	Diretto	71-148	0,6-1,3	-
Francia (27)	1992	≥27	Diretto	202	1,8	0,9
Germania (area) (28)	2001	≥30	Diretto	17-35	1,2-2,6	0,1-0,3
			Indiretto	17-38	-	
Paesi Bassi (29, 30)	1993	≥30	Diretto	32	1,7	-
Svezia (31)	2003	≥30	Diretto	45	1,8	0,7
			Indiretto	157	-	
Svizzera (28)	2001	≥25	Diretto + indiretto	186	-	0,6
Regno Unito	2002	≥30	Diretto	NA ^c	2,3-2,6	-
Inghilterra (area) (32)						
UE (15 Paesi) (25)	2002	≥30	Diretto + indiretto	NA	NA	0,3
Al di fuori dalla Regione europea dell'OMS						
Australia (area) (33)	1995-1996	≥30	Diretto	28-51	1,7-3,2	-
Canada (34)	1997	≥27	Diretto	49	2,4	-
Canada (35)	2001	≥30	Diretto	41	1,6	0,4
			Indiretto	70	-	
Giappone (36)	1995-1998	≥30	Diretto	55	0,2	-
Nuova Zelanda (37)	1991	≥30	Diretto	26	NA	-
Stati Uniti (38)	1994	≥30	Diretto	92	2,7	-
Stati Uniti (39)	1995	≥30	Diretto	263	7,3	-
Stati Uniti (40)	1995	≥29	Diretto	194	5,4	-
			Diretto + indiretto	371	-	1,4
Stati Uniti (41)	1998	≥25	Diretto	285	7,1	-
Stati Uniti (42)	2000	≥30	Diretto	199	4,8	1,2
			Indiretto	183	-	

^a PPP = parità di potere d'acquisto Il PPP controlla le differenze nel potere di acquisto; ciò significa che un dollaro può avere più valore in termini di consumo in un Paese rispetto ad un altro.

^b Quando nello stesso studio sono stati calcolati i costi diretti e indiretti, il costo totale come percentuale sul prodotto interno lordo (PIL) è la somma di entrambi i costi, diretti e indiretti.

^c NA = non disponibile.

Nella maggior parte dei Paesi nella Regione, l'obesità è più frequente tra le comunità socialmente svantaggiate, caratterizzate da livelli inferiori di reddito, educazione e accesso all'assistenza. Tuttavia, in alcuni Paesi come ad esempio Azerbaijan e Uzbekistan, l'obesità sembra essere un carico maggiore per i gruppi di popolazione con stato socioeconomico più alto.

Le differenze fra i Paesi indicano il ruolo dello sviluppo economico nello schema dell'obesità. Nei Paesi a basso reddito, l'obesità aumenta in modo marcato quando questi si arricchiscono e il rischio di obesità passa dai gruppi con stato socioeconomico maggiore a quelli con stato inferiore. Queste tendenze possono riflettere la relativa accessibilità di alimenti e bevande prodotti in grande quantità e la riduzione del lavoro manuale collegato all'aumento del reddito nazionale. Nella maggior parte dei Paesi, tuttavia, l'obesità mostra maggiore prevalenza tra i soggetti di stato socioeconomico inferiore, piuttosto che di quello alto, e lo stesso sembra valere per il diabete di tipo 2. Altri studi hanno suggerito che l'ineguaglianza sociale possa influenzare direttamente la salute dei soggetti svantaggiati e che ciò, di conseguenza, possa essere correlato all'accesso differenziale ad ambienti che promuovono la salute o agli effetti psicosociali sulla salute delle ineguaglianze percepite (46, 47).

Alcune evidenze puntano già allo stesso problema dello svantaggio sociale che influenza lo sviluppo del sovrappeso nei bambini (48). Nel Regno Unito, è stato riferito che l'obesità fra bambini di 3 anni d'età è più frequente tra le famiglie più svantaggiate della Scozia e che l'obesità tra bambini di 2-10 anni d'età tende a mostrare maggiore prevalenza con la crescente area di miseria e riduzione del reddito familiare in Inghilterra (49).

Inoltre, questo problema si è aggravato più rapidamente nell'ultimo decennio nella maggior parte delle famiglie svantaggiate. Anche l'esperienza di un basso stato socioeconomico durante l'infanzia determina fortemente l'obesità nell'età adulta, a prescindere dal fatto che il soggetto resti povero o meno; ne consegue che occorre incorporare nelle strategie di prevenzione una politica coerente e mirata allo svantaggio sociale.

Sesso, stato socioeconomico e caratteristiche nazionali possono interagire. Nella Federazione Russa, gli uomini con livello educativo maggiore hanno maggiori probabilità di diventare obesi, mentre nella Repubblica Ceca succede il contrario, e ancora, in entrambi i Paesi le donne con educazione inferiore hanno maggiori probabilità di diventare obese (50). L'indagine Health Survey for England, United Kingdom (1993-2001) non ha scoperto un gradiente IMC per classe sociale evidente negli uomini, ma la prevalenza dell'obesità era maggiore tra le donne di classe sociale inferiore.

L'obesità è anche più frequente in certe comunità immigrate di recente, sebbene lo stato socioeconomico possa essere responsabile per alcune di queste differenze. Un'indagine sul ruolo dell'etnia nell'obesità infantile in Germania (51) ha evidenziato che i fattori di rischio noti per il sovrappeso, soprattutto l'educazione inadeguata della madre e il tempo maggiore speso davanti alla televisione, spiegano la maggior parte delle differenze nella prevalenza dell'obesità per origine etnica.

Infine, anche altri fattori di rischio come il fumo di tabacco e il consumo di alcol, sono presenti in misura maggiore nei gruppi socioeconomici inferiori; è stato quindi osservato un effetto moltiplicativo nella causalità delle malattie non trasmissibili.

La valutazione della sfida: i passi successivi

È necessario introdurre un efficace sistema di monitoraggio per valutare le misure corporee nei bambini e negli adulti di una nazione, non solo per comprendere correttamente l'evoluzione dell'epidemia, ma anche per valutare le iniziative preventive che vengono progressivamente introdotte. Complessivamente, i dati disponibili in tutta l'Europa sono attualmente inadeguati per tali finalità e sarebbe auspicabile che i politici della Regione dispongano di un sistema capace di valutare l'efficacia relativa delle varie iniziative.

Servono anche maggiori informazioni per evidenziare il carico di malattia dovuto alle condizioni di preobesità e al sovrappeso nei bambini. Infine, una migliore comprensione delle implicazioni dell'epidemia di obesità sui budget sanitari e sullo sviluppo economico globale, sarà di ausilio per fornire una visione più completa su cui basare il processo decisionale.

2. I determinanti dell'obesità

Messaggi principali

- L'epidemia di obesità è spiegata in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata. Circa due terzi degli adulti nella Regione europea occidentale non praticano attività fisica ai livelli raccomandati e presentano abitudini alimentari caratterizzate da elevata densità energetica e scarso potere saziante.
- Le abitudini dietetiche differiscono tra i vari Paesi nella Regione, ma le tendenze temporali mostrano che queste differenze si stanno affievolendo. I Paesi mediterranei sono stati in passato caratterizzati da un elevato consumo di alimenti vegetali, oli vegetali e pesce, ma queste tradizioni stanno scomparendo, soprattutto tra i più giovani.
- L'allattamento esclusivo al seno e appropriate pratiche di alimentazione complementare proteggono dallo sviluppo dell'obesità. Ampi settori della popolazione continuano a non seguire queste pratiche ottimali per l'alimentazione dei neonati.
- L'apporto ed il dispendio energetico individuale sono influenzati da un'ampia gamma di fattori ambientali, tra cui abitudini familiari, politiche e procedure scolastiche, politiche di pianificazione urbana e dei trasporti, attività di marketing commerciale, politiche sulla distribuzione del cibo e l'agricoltura. Le persone sono a contatto con molti aspetti dell'ambiente che sono obesogenici, in quanto incoraggiano schemi alimentari o di attività fisica che aumentano il rischio di obesità.
- Le famiglie e le scuole, incluse quelle materne, devono avere un ruolo primario nel promuovere un'alimentazione di alta qualità e abituare i soggetti all'attività fisica, così come insegnare ai bambini a mantenere uno stile di vita sano. Famiglie e scuole devono offrire ambienti tali da favorire un'alimentazione sana e modelli di attività fisica salutari. Tuttavia ciò non avviene nella maggior parte dei Paesi della Regione europea.
- I bambini sono sensibili al marketing commerciale degli alimenti che include, oltre alla pubblicità televisiva, un'ampia gamma di canali che possono sfuggire al controllo dei genitori.
- L'ingresso nel mondo del lavoro rappresenta un momento di cambiamento nello stile di vita e può determinare un aumento ponderale. La maggior parte degli impieghi oggi sono sedentari e, se mancano validi servizi di ristorazione collettiva e tempi sufficienti per consumare i pasti, i lavoratori tendono a fare ricorso a snack veloci ad alta densità energetica.
- L'industria e i distributori di alimenti, compresi i fast-food, influenzano il consumo alimentare attraverso l'aspetto estetico, le dimensioni della porzione e il prezzo dei prodotti alimentari.
- La politica agricola influenza i modelli alimentari attraverso l'assegnazione dei prezzi e la disponibilità di alimenti. Per decenni, le politiche hanno mirato a produrre grassi, zuccheri e prodotti di origine animale sempre più economici; contrastare questi effetti che ancora persistono costituisce una importante sfida politica.
- I consumatori chiedono la presenza di etichette contenenti informazioni nutrizionali, ma ritengono gli attuali sistemi di etichettatura poco chiari e talvolta ingannevoli. Un'etichettatura capace di fornire un'adeguata spiegazione sui profili nutrizionali appropriati, costituirebbe un importante incentivo al consumo di prodotti più salutari.
- Determinati gruppi sociali sono particolarmente vulnerabili agli ambienti obesogenici. I soggetti di basso livello socioeconomico si trovano ad affrontare limiti strutturali, sociali, organizzativi, finanziari e di altro genere per poter adottare scelte di stile di vita sane. In particolare, i costi e la disponibilità degli alimenti influenzano significativamente le scelte dietetiche.

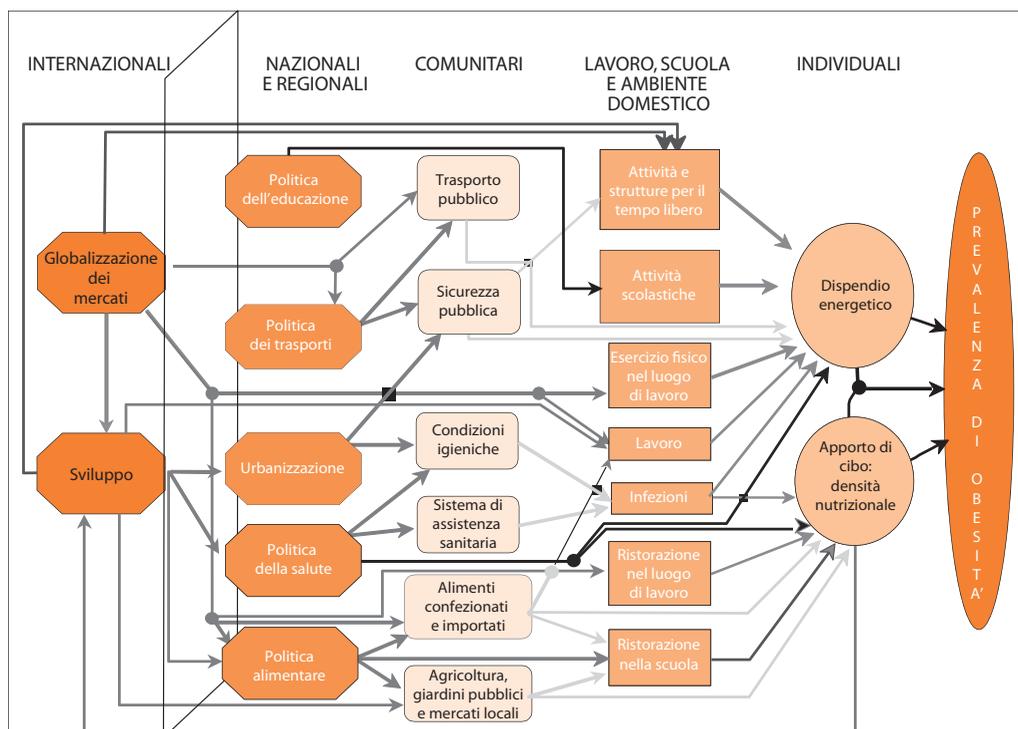
Introduzione

Lo squilibrio fra apporto e dispendio energetico è il risultato delle tendenze sociali contemporanee. Almeno un terzo degli adulti nei Paesi UE non svolge un'attività fisica sufficiente per mantenere un livello di salute ottimale (52). Un'ampia fascia di popolazione consuma inoltre troppi alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale (53), nonché una quantità insufficiente di frutta e verdura (54).

Per comprendere i motivi per cui le persone consumano energia in eccesso e non ne spendono abbastanza da prevenire l'aumento di peso è necessario esaminare i fattori che influenzano a monte i comportamenti relativi all'alimentazione e all'attività fisica.

Tali fattori possono essere determinati da una serie di cause; alcune di queste si riflettono immediatamente in schemi comportamentali, mentre altre sono più remote e influenzano il contesto piuttosto che il comportamento stesso. La Fig. 8 illustra un modello ecologico che descrive le influenze sulla spesa energetica e sull'assunzione di cibo. I collegamenti verticali e orizzontali possono variare in società e popolazioni differenti.

Fig. 8. Politiche e processi sociali che influenzano direttamente e indirettamente la prevalenza dell'obesità



Fonte: adattato da Kumanyika e altri. (55).

Questo capitolo considera aspetti specifici di questo modello generale: i determinanti delle scelte alimentari e dell'atteggiamento nei confronti dell'attività fisica in diversi scenari, attraverso diversi gruppi sociali e in momenti diversi del ciclo di vita. La discussione mostra che i determinanti dell'obesità e dell'ambiente obesogenico (che causa obesità) coprono un'ampia gamma di settori e derivano dalle politiche agricole, commerciali, educative e della pianificazione, così come da quelle per la salute e il benessere sociale.

La sedentarietà, l'attività fisica, la forma fisica e l'obesità

Il grasso corporeo si accumula quando il contenuto energetico degli alimenti e delle bevande supera l'energia richiesta dal metabolismo e dall'attività fisica dell'individuo. Poiché entrambe le componenti, cioè l'apporto e il dispendio energetico contribuiscono all'aumento del peso corporeo, è spesso difficile identificare l'apporto eccessivo o l'inattività fisica presi singolarmente come unico fattore chiaramente dimostrabile e responsabile del problema dell'obesità di un individuo o di una società (56). Inoltre, nel momento in cui l'incremento ponderale determina maggiori sforzi cardiovascolari e respiratori, così come mal di schiena, artrite e sudorazione durante l'esercizio fisico, l'aumento di peso stesso può talvolta spingere ad una riduzione dell'attività fisica. Non è quindi corretto affermare che la dieta inadeguata o il comportamento sedentario siano singolarmente responsabili del carico sanitario di un Paese, bensì entrambi i fattori hanno bisogno di essere migliorati.

Indipendentemente dal peso corporeo, l'attività fisica comporta vantaggi, poiché:

- riduce la probabilità di malattie cardiovascolari, ipertensione e diabete di tipo 2;
- influenza positivamente il metabolismo dei grassi e dei carboidrati, aumentando la sensibilità all'insulina e riducendo i lipidi ematici;
- può accrescere la massa muscolare, anche quando la variazione di peso è limitata o nulla (57).

L'attività fisica è più efficace nello stabilizzare il peso corporeo piuttosto che ridurlo, pertanto, una volta perso peso modificando la dieta, è necessario acquisire stabilmente abitudini quotidiane più attive. Anche un'attività fisica moderata può ridurre notevolmente il rischio di diabete (58) e della maggior parte delle altre malattie croniche più importanti.

Esiste un consenso sulla quantità di attività fisica necessaria per ottenere effetti positivi. Un'attività moderatamente intensa, come ad esempio camminare velocemente per 30 minuti, cinque giorni alla settimana, riduce nettamente la probabilità di sviluppare malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 nell'adulto. Al giorno d'oggi, per combattere l'incremento ponderale nei Paesi con diete obesogeniche, vengono proposti periodi maggiori di attività, come ad esempio camminare per 60-90 minuti o impegnarsi quotidianamente in attività di maggiore intensità.

Nei Paesi UE almeno due terzi degli adulti sembrano non raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica (52). Il livello di attività è diminuito negli ultimi decenni, principalmente perché l'ambiente lo ha scoraggiato sempre più. Per ambiente si intendono i mezzi di trasporto, le abitazioni, i luoghi di lavoro e le scuole, come pure le strutture per il tempo libero.

Quindi, anche se la sola attività fisica non è molto efficace nella riduzione del peso corporeo, una forte evidenza conferma la necessità di agire con urgenza per aumentarne la pratica in tutta la Regione europea.

I determinanti dell'attività fisica

Numerosi aspetti dell'ambiente sociale (come le politiche scolastiche o i media) e l'ambiente antropico (come i trasporti e la pianificazione urbana) influenzano le scelte sul livello di attività fisica.

1. In molti Paesi le scuole privilegiano i compiti accademici, spesso a discapito del tempo dedicato all'educazione fisica e ad altre forme di attività fisica. Inoltre, nel tempo libero durante la giornata, le attività che richiedono movimento sono sempre più in competizione con attività sedentarie, quali guardare la televisione (nelle classi più giovani) o usare il computer.
2. In molti Paesi sempre meno bambini vanno a scuola in bicicletta e a piedi, soprattutto a causa delle preoccupazioni dei genitori per la loro sicurezza.
3. La disponibilità di molti canali televisivi per tutta la giornata e l'elevata popolarità dell'intrattenimento elettronico fanno sì che la sedentarietà nel tempo libero sia una caratteristica quasi predefinita nella maggior parte delle fasce di età.
4. Nel caso degli adulti, è aumentato negli ultimi decenni l'uso delle automobili private, mentre i metodi di spostamento che richiedono movimento fisico (come andare in bicicletta e camminare) hanno raggiunto livelli storicamente minimi in molti Paesi.
5. La partecipazione ad alcuni sport tradizionali si è recentemente ridotta, in parte a causa di variazioni demografiche ed in parte per l'aumentata varietà delle discipline sportive. Si sono sviluppate associazioni e attività di fitness commerciali, la cui accessibilità potrebbe tuttavia limitarsi ad alcune aree e ad alcuni gruppi di popolazione.
6. L'attività fisica sul luogo di lavoro è diminuita, poiché è aumentato il numero dei lavoratori impiegati in occupazioni sedentarie. L'ambiente socioculturale offerto dai datori di lavoro è un determinante importante del comportamento assunto dai lavoratori nei riguardi dell'attività fisica. Ciò include, ad esempio, l'offerta di opportunità per lo svolgimento di attività fisica nell'ambiente lavorativo, gli incentivi per promuovere la partecipazione a sport e ad attività di fitness o il pendolarismo attivo.
7. La progettazione urbana e l'ambiente fisico urbano possono facilitare o limitare l'attività fisica e la vita attiva. Una progettazione capace di ridurre la separazione spaziale tra abitazione, lavoro, negozi e attività del tempo libero, riduce le distanze da percorrere, incentivando l'uso della bicicletta e le passeggiate. Numerose città europee offrono buoni esempi di progettazione urbana per incoraggiare l'uso della bicicletta e incentivi per promuoverne l'uso in aggiunta o al posto di altre forme di trasporto.
8. Nei quartieri residenziali, non solo la disponibilità concreta di occasioni per l'esercizio fisico, ma anche il

livello di manutenzione, l'estetica e la percezione di sicurezza degli spazi pubblici possono influenzare la propensione ad essere fisicamente attivi. La condizione socioeconomica è un importante fattore in queste relazioni, sia attraverso l'accessibilità alle strutture (come risultato dei costi di equipaggiamento, dei costi iniziali e della posizione), sia attraverso la capacità percepita delle persone ad usarle.

Sebbene la maggior parte dei cambiamenti negli ultimi decenni non abbia favorito l'aumento dell'attività fisica, ognuno di questi scenari offre un grande potenziale per la sua promozione. Nel settore dei trasporti, i determinanti modificabili includono la sicurezza stradale, una distribuzione più equa degli investimenti nel settore dei trasporti e "indicazioni" di prezzi che favoriscano il trasporto non motorizzato ed il trasporto pubblico.

A livello individuale, esistono altri determinanti che influenzano l'uso delle risorse per l'attività fisica. Ad esempio, gli studi sulla resistenza da parte degli alunni a partecipare ad attività sportive mostrano che molti, soprattutto chi è già in sovrappeso, non amano sia gli sport o le attività di competizione dove le probabilità di successo sono scarse, sia svestirsi in spogliatoi comuni o indossare indumenti (ad esempio i costumi da bagno) che potrebbero esporli alla derisione da parte dei compagni. Alcune culture hanno credo religiosi che limitano esplicitamente l'esposizione del corpo in pubblico, soprattutto per quanto riguarda donne e ragazze, e vanno pertanto studiate opportunità alternative per l'attività fisica.

Le influenze della dieta sull'obesità

Il moderno ambiente alimentare fornisce un'ampia gamma di occasioni per consumare cibi e bevande. Si tratta di una forma di consumo facile che conduce inavvertitamente al cosiddetto "iperconsumo passivo", in cui i soggetti sono assolutamente inconsapevoli di consumare prodotti ad alta densità energetica. Recenti risultati di numerosi studi sulla risposta individuale al cibo, che valutano sia l'apporto spontaneo in ambienti attentamente controllati (59, 60) che nella vita di tutti i giorni, indicano due fattori dietetici che spingono in modo particolare verso la iperalimentazione non intenzionale:

- il consumo di diete ad elevata densità energetica: l'elevata energia per unità di peso è data dalla presenza di grassi e/o zuccheri aggiunti per la raffinazione dell'alimento allo scopo di limitarne la capacità di trattenere acqua e formare volume, o per la presenza marginale di frutta e verdura;
- il consumo fuori pasto di bevande molto energetiche, come ad esempio le bevande zuccherate.

Questi due fattori sembrano eludere la normale regolazione biologica dell'appetito e dell'assunzione di cibo, cosicché bambini e adulti tendono a non regolare più gli apporti dietetici, qualora questi alimenti e queste bevande vengano loro offerti di continuo. Questo problema è inoltre accentuato nelle società sedentarie, dove le persone dovrebbero generalmente mangiare meno e dove è più difficile mantenere l'equilibrio energetico, dal momento che vengono consumati cibi e bevande ad alta densità energetica.

Viceversa, le diete a bassa densità energetica, con percentuali inferiori di grassi e quantità maggiori di carboidrati complessi e di fibra alimentare, proteggono dall'incremento di peso corporeo (61). Gli studi d'intervento mostrano anche che un elevato apporto di fibra alimentare potrebbe aiutare a perdere peso (62). Queste diete a bassa energia devono tuttavia possedere una sufficiente densità di micronutrienti e composti bioattivi per fornire i livelli di assunzione necessari di tali sostanze pur limitando, al tempo stesso, l'apporto energetico.

Da questo punto di vista, non deve sorprendere l'emergenza delle bevande zuccherate (63) e dei "fast-food"² (64), indicati come fattori di rischio specifici. Inoltre, le abbondanti dimensioni delle porzioni di alimenti ad alta densità energetica aumentano il rischio di consumo eccessivo (65), mentre, a parità di cibo consumato, la frequenza di consumo degli alimenti non ha mostrato di contribuire specificamente alla variazione del peso corporeo. Non deve quindi sorprendere che apporti maggiori di frutta e verdura siano collegati a incrementi ponderali inferiori (66) e che diete ricche di carne (con il relativo grasso associato) siano collegate ad un maggiore rischio di incremento ponderale (67). Esiste una certa evidenza che l'alcol contribuisca all'obesità nell'uomo, ma l'associazione non è costante. Alcune recenti evidenze collegano l'aumento di peso ad alimenti con indice glicemico elevato, ma questo dato deve essere confermato da studi a lungo termine.

Sebbene molti studi sembrino contraddire queste conclusioni, occorre cautela nella loro interpretazione, poi-

² Si parla qui di alimenti come hamburger, pizza e pollo fritto mangiati fuori casa in locali self-service.

ché molte ricerche fanno affidamento su dati di apporto dietetico e su incrementi ponderali autoriferiti, ed entrambe le misure sono soggette a errore. Ciò conduce a sottostimare fortemente gli apporti totali di energia, grassi e zuccheri, soprattutto nei soggetti maggiormente sovrappeso (68).

Le abitudini alimentari in Europa e loro relazione con l'obesità

I modelli alimentari nella Regione europea dell'OMS possono essere analizzati utilizzando i dati di disponibilità degli alimenti, delle vendite di alimenti, degli acquisti delle famiglie e del consumo individuale (solitamente basato su diari autocompilati). I risultati sono riepilogati qui di seguito.

1. La percentuale dei grassi totali nella dieta degli adulti varia da circa il 30% a più del 40% dell'apporto energetico totale (attualmente si raccomanda che i grassi siano presenti per il 15-30% dell'energia totale). Questo valore è elevato in quasi tutti i Paesi europei, soprattutto in Grecia e Belgio (adulti) (Fig. 9) ed in Spagna e Francia (bambini). Nell'Europa meridionale l'olio vegetale è ampiamente disponibile, mentre nell'Europa occidentale e settentrionale sono disponibili sia gli oli vegetali che i grassi animali. Nella maggior parte dei Paesi, anche l'apporto di carboidrati semplici supera il valore attualmente raccomandato del 10% sull'energia totale.
2. Nella Regione europea l'apporto di frutta e verdura è aumentato negli ultimi quarant'anni. L'Europa meridionale presenta i consumi maggiori anche se, nell'ultimo decennio, in alcuni Paesi si è verificato un calo dei consumi mentre in alcuni Paesi del Nord Europa si è registrato un aumento. In molti Paesi i livelli medi di consumo individuale restano notevolmente al di sotto del minimo raccomandato di 400 g al giorno (Fig. 9).
 - Il basso consumo di frutta e verdura e di cereali integrali è responsabile del basso apporto di fibra alimentare, dato sorprendentemente uniforme nei Paesi europei: 1,8-2,4 g/MJ per l'uomo e 2-2,8 g/MJ per la donna, a fronte di apporti raccomandati di 2,5-3,1 g/MJ.
 - Nel passato, i Paesi mediterranei mostravano un consumo maggiore di alimenti vegetali, oli vegetali e pesce, ma questo modello alimentare sta scomparendo, soprattutto tra i giovani. I dati sulle variazioni di consumo alimentare (Fig. 10) mostrano che i Paesi dell'Europa meridionale stanno perdendo questo pattern alimentare salutare per omologarsi sempre più alle diete inappropriate dell'Europa settentrionale e occidentale.
3. Tra i vari Paesi esistono differenze sostanziali nel consumo di bevande ad alto contenuto in zuccheri (bibite o bevande analcoliche). Il consumo è inferiore nell'Europa meridionale rispetto a quella settentrionale e gli uomini ne consumano più rispetto alle donne. Nell'ultimo decennio, la loro disponibilità è aumentata in tutti i Paesi, eccetto che in Germania e Grecia (Fig. 10).
4. La Regione europea ha il consumo di alcol più alto nel mondo, soprattutto fra gli uomini (69). Nell'Europa meridionale in generale si preferisce il vino, mentre la birra viene consumata di più nell'Europa centrale e settentrionale. Negli ultimi quarant'anni, nella UE, è aumentata la diffusione della birra mentre è diminuita quella del vino.

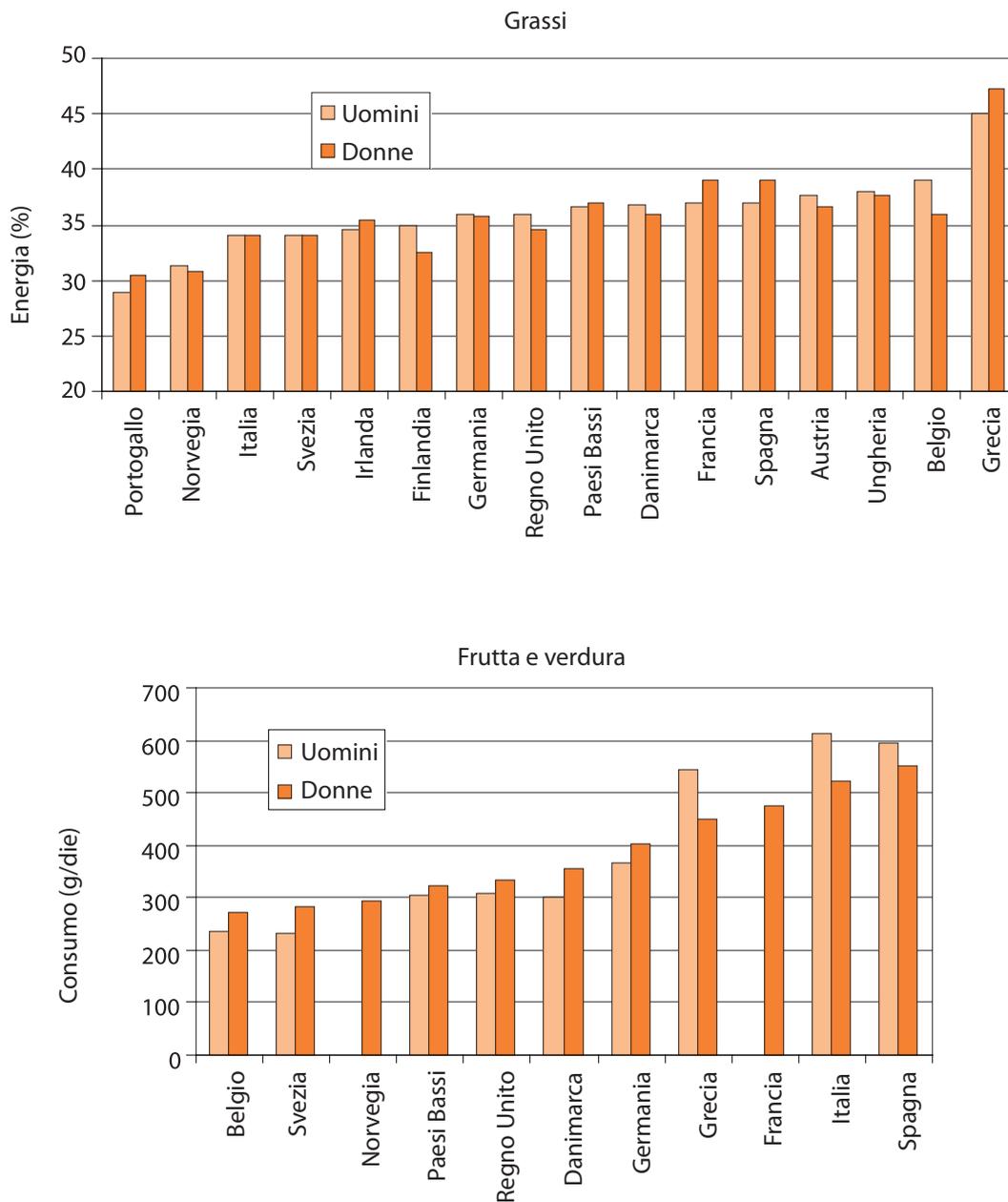
Complessivamente questi dati indicano che, in generale, nella Regione europea sono presenti entrambi i fattori di rischio per un apporto energetico eccessivo:

- una dieta ad elevata densità energetica e basso potere saziante (senso di pienezza dopo il pasto) caratterizzata da un'elevata percentuale di energia dai grassi, da un elevato apporto di zuccheri e da bassa assunzione di fibra alimentare;
- un consumo crescente di bevande ad alto contenuto in zuccheri, parallelamente al consumo sostenuto di bevande alcoliche.

L'ambiente alimentare

Il contesto in cui si mangia influenza la natura e la quantità del cibo consumato. Gli ambienti familiari e scolastici sono stati studiati in modo più ampio, sebbene siano stati esaminati anche altri scenari.

Fig. 9. Assunzione di grassi (% dell'energia totale) e di frutta e verdura (g/die) in uomini e donne, rilevata in alcuni Paesi europei sulla base di indagini condotte negli anni 1999-2004



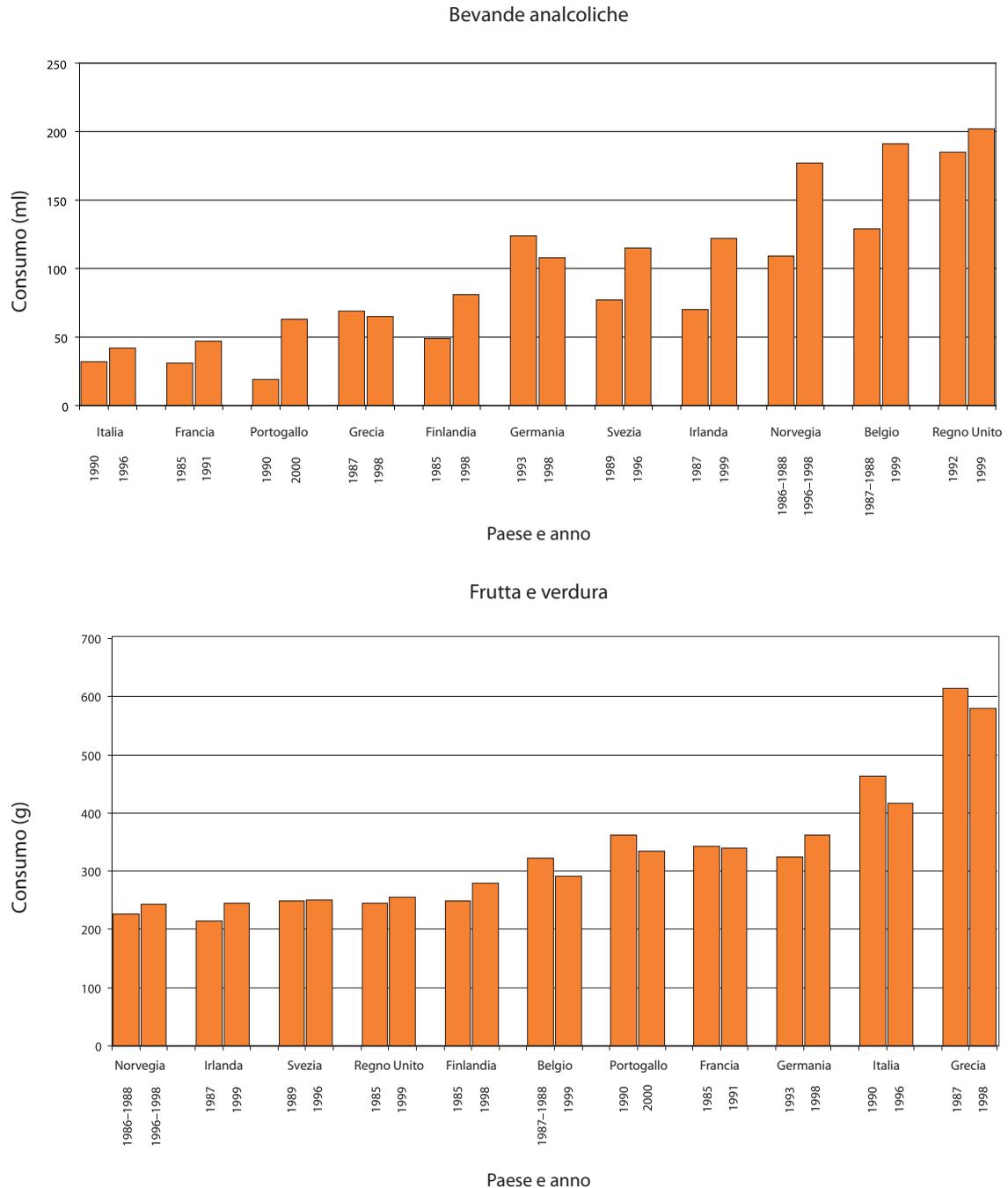
Nota: In Francia e Norvegia le indagini sul consumo di frutta e verdura hanno coinvolto solo donne.

Fonti: Elmadfa & Weichselbaum (53), Harrington e altri (70), Netherlands Nutrition Centre (71), Agudo et al. (54), de Vriese e altri (72).

Gli ambienti familiari

Esiste una forte evidenza che avere genitori sovrappeso oppure obesi aumenti il rischio di obesità, indipendentemente dai fattori genetici. Inoltre, l'evidenza mostra un incremento del rischio di obesità nei bambini delle famiglie in cui i genitori mostrano uno scarso controllo dell'apporto alimentare, i pasti consumati in famiglia sono pochi o infrequenti, si guarda la televisione durante i pasti, si fanno frequentemente spuntini o in cui la madre si mette a dieta, in modo episodico, per perdere peso.

Fig. 10. Tendenze nella disponibilità media delle famiglie di bevande analcoliche, frutta e verdura per persona/die, in alcuni Paesi europei



Fonte: DAFNE Data Food Networking (73).

L'obesità tra i bambini è anche collegata alla bassa condizione socioeconomica familiare ed al fatto di avere un solo genitore. Nonostante le frequenti opportunità di consumare cibo fuori casa, l'importanza dell'ambiente domestico non va sottovalutata.

La scuola

L'ambiente alimentare nella scuola comprende la fornitura dei pasti, i distributori automatici e altre fonti di cibo presenti all'interno della scuola, le politiche alimentari introdotte a scuola e la disponibilità gratuita di acqua potabile. Una moderata evidenza dimostra che l'ambiente alimentare scolastico influenza l'apporto alimentare e può incoraggiare abitudini alimentari errate che favoriscono lo sviluppo dell'obesità tra gli studenti. Una buona evidenza indica anche che i programmi che adottano un approccio globale esteso a tutto l'ambiente scolastico, che integra le politiche alimentari con le politiche educative e sull'attività fisica e coinvolge genitori e studenti nello sviluppo di tali politiche, possono migliorare i modelli alimentari. Gli interventi informativi e basati sugli incentivi economici si sono dimostrati capaci di influenzare le scelte alimentari (sono particolarmente efficaci gli incentivi economici), ma i cambiamenti non si mantengono quando gli incentivi vengono a mancare (74).

I luoghi di lavoro

L'ingresso nel mondo del lavoro è associato ad un cambiamento nello stile di vita che può determinare un aumento del peso corporeo. Esiste una limitata evidenza su quali siano i fattori del luogo di lavoro che influenzano le abitudini alimentari e favoriscono lo sviluppo dell'obesità; tra questi, vanno inclusi una riduzione dell'attività fisica quotidiana abituale ed il tipo di alimenti disponibili presso le mense o i self-service degli uffici. D'altra parte, i luoghi di lavoro potrebbero rappresentare un'opportunità per lo sviluppo di programmi preventivi per l'adozione di comportamenti salutari. Le attività di formazione, unitamente con il miglioramento dei servizi di ristorazione collettiva e dei programmi di promozione dell'attività fisica, hanno un grande potenziale.

I negozi di alimentari

Gli incentivi di marketing influenzano fortemente il comportamento all'acquisto dei cibi (vedi la discussione su marketing e pubblicità a pag 21). Per le famiglie a reddito più basso, le scelte alimentari possono essere soprattutto influenzate dalle strategie di prezzo e dall'accessibilità dei negozi e dei supermercati locali; l'accessibilità dipende a sua volta dall'ubicazione dei negozi e dai servizi di trasporto disponibili sia nelle aree urbane che rurali. In alcuni Paesi è stata introdotta recentemente l'espressione "deserti alimentari" per descrivere aree di limitata accessibilità.

I luoghi di ristorazione

In molte società l'abitudine a consumare i pasti fuori casa sta diventando sempre più comune. Una moderata evidenza associa l'assidua frequentazione di ristoranti e/o fast-food ad apporti maggiori di energia e grassi negli adulti e negli adolescenti. Inoltre, una limitata evidenza mostra che la presenza di fast-food e ristoranti è associata a un'elevata prevalenza di obesità nelle zone adiacenti.

Cosa guida l'ambiente alimentare

Le osservazioni effettuate sull'ambiente familiare, la scuola, il luogo di lavoro e gli altri scenari andrebbero inquadrare nel loro specifico contesto. In particolare, numerosi fattori determinano il mercato alimentare, tra cui le politiche agricole e commerciali, oltre alla disponibilità di alimenti, al prezzo ed all'etichettatura dei cibi. In Finlandia e Norvegia gli interventi sulla produzione, distribuzione e assegnazione dei prezzi si sono dimostrati capaci di influenzare i modelli di consumo e migliorare la salute della popolazione.

La disponibilità di alimenti

Si ritiene che la crescente disponibilità di alimenti ad alta densità energetica sia l'elemento motore primario per l'epidemia di obesità. Man mano che i redditi aumentano e le popolazioni diventano più urbanizzate, le società entrano in una "transizione nutrizionale", caratterizzata dal passaggio da diete composte principalmente da cereali e verdure a diete ricche in grassi e zuccheri; inoltre, un numero crescente di pasti viene consumato fuori casa e aumenta la percentuale di cibi conservati.

I cambiamenti avvenuti nei sistemi di produzione, trasporto, lavorazione e confezionamento degli alimenti insieme alla produzione di porzioni più grandi, facilitano il consumo di cibi ad alta densità energetica, ma potrebbero anche aumentare la disponibilità di frutta e verdura. Il cibo può essere acquistato in numerosi luoghi, in ogni momento della giornata e i prodotti più accessibili sono quelli a densità energetica maggiore.

Le aziende alimentari multinazionali e i venditori al dettaglio si inseriscono nella transizione nutrizionale entrando in nuovi mercati e sviluppando marchi e strategie di marketing globali, in modo tale che sia il produttore ad indurre la domanda.

Le politiche agricole e commerciali

Le politiche agricole come la Politica agricola comune della UE, hanno incoraggiato la produzione a basso costo di zuccheri, grassi e oli, carne e alcol attraverso sussidi e altre misure, limitando al tempo stesso l'immissione nel mercato di frutta e verdura.

Le eccedenze alimentari (di burro, per esempio) hanno indotto strategie di marketing per aumentarne il consumo, e ciò ha determinato un consumo domestico eccessivo e la distorsione del commercio internazionale, con effetti sanitari negativi sia nei Paesi ad alto reddito che in quelli a basso reddito.

Gli obiettivi nutrizionali e le raccomandazioni adottate a livello paneuropeo - soprattutto quelle che riguardano zuccheri, grassi, alcol, frutta e verdura - potrebbero essere utilizzati per guidare le misure politiche che riguardano la produzione agricola, il commercio, la trasformazione, la vendita al dettaglio (inclusa la ristorazione collettiva) e il marketing.

Il costo degli alimenti

In molti Paesi della Regione europea il prezzo reale degli alimenti ha raggiunto i minimi storici e la percentuale del budget domestico destinata all'acquisto di alimenti è in calo. Tuttavia, i soggetti con redditi bassi sono più sensibili ai prezzi rispetto a chi possiede redditi maggiori e reagiscono quindi in modo più forte alle variazioni dei prezzi.

L'etichettatura degli alimenti

I consumatori ritengono che gli attuali formati delle etichette nutrizionali siano generalmente poco chiari, ma rispondono bene ai *claim* salutistici ed ai simboli nutrizionali posti sui cibi. L'esperienza preliminare nel Regno Unito ha indicato che evidenziare la composizione di macronutrienti dei cibi conservati con un sistema di segnaletica, potrebbe guidare meglio la scelta dei consumatori. Anche i *claim* salutistici possono guidare più facilmente la scelta dei consumatori.

Le organizzazioni dei consumatori vogliono rendere obbligatoria in tutta la UE l'etichettatura nutrizionale; i nutrienti in etichetta dovrebbero essere quelli più importanti per la salute pubblica. L'etichettatura obbligatoria fornisce all'industria alimentare un incentivo alla produzione di prodotti più salutari.

Il marketing e la pubblicità alimentare

Come discusso in precedenza, le scelte alimentari dipendono da una gamma di fattori esterni, tra cui il prezzo, la disponibilità e l'informazione adeguata sui prodotti, così come dalle preferenze o dal gusto personale e dai valori culturali. Le attività promozionali dei produttori di alimenti e bevande possono utilizzare tutti questi fattori: i prezzi (ad esempio offerte speciali e sconti), la disponibilità (ad esempio numerosi punti vendita che espongono vicino alla cassa cibi ad elevata densità energetica e scarso contenuto in nutrienti), l'informazione (solitamente attraverso pubblicità alimentari e, nello specifico, attraverso *claim* salutistici ed etichettatura nutrizionale), il gusto personale (ad esempio l'uso di coloranti o aromatizzanti negli alimenti) e i valori culturali (ad esempio il ricorso a celebrità e personalità dello sport nella promozione dei prodotti).

L'OMS (75) ha preso in considerazione l'evidenza sulla natura e la forza del legame fra dieta e malattie non trasmissibili, classificando come "probabile" o "convincente" l'effetto negativo del marketing aggressivo per i cibi ad alta densità energetica e dei fast-food. Un recente forum e incontro tecnico dell'OMS (76) ha riesaminato il settore del marketing degli alimenti e delle bevande non alcoliche rivolto ai bambini, concludendo che la promozione commerciale di alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso contenuto in micronutrienti, può influire negativamente sullo stato nutrizionale del bambino.

Un marketing intensivo di cibi ad alta densità energetica e scarso contenuto in nutrienti può compromettere le scelte di stili di vita salutari. Le attuali politiche si focalizzano sul marketing dedicato ai bambini, ma non vanno trascurati neanche gli adulti, poiché la loro capacità di adottare scelte sane o di resistere ai richiami di un marketing alimentare non salutare può non proteggerli completamente dai danni alla salute che tali strategie commerciali possono infliggere.

Numerose indagini hanno osservato che la maggior parte delle pubblicità alimentari, soprattutto quelle mostrate durante i programmi televisivi destinati ai bambini, incoraggia il consumo di cibi e bevande ad alta densità energetica.

Una rassegna sistematica dell'evidenza scientifica, condotta nel 2003 dalla Food Standards Agency del Regno Unito (77), ha concluso che vi è una evidenza sufficiente per affermare che la pubblicità aumenta il consumo di certe categorie di alimenti, così come le scelte tra un marchio e l'altro. Una rassegna del 2006 dello United States Institute of Medicine (78) ha dimostrato una forte evidenza di come la pubblicità abbia effetti a breve termine sulla dieta dei bambini di 2-11 anni e una moderata evidenza di effetti a lungo termine sui bambini di 6-11 anni. Lo stesso studio ha inoltre osservato una forte associazione statisticamente significativa tra una maggiore esposizione alla pubblicità televisiva e la presenza di obesità tra i bambini di 2-11 anni e gli adolescenti di 12-18 anni. L'esposizione dei bambini alla pubblicità televisiva di alimenti ad alta densità energetica è associata a una maggiore prevalenza di sovrappeso, mentre l'esposizione alla pubblicità di cibi più salutari è debolmente collegata a una ridotta prevalenza di sovrappeso (79).

Vengono utilizzate sempre di più nuove forme di pubblicità che sfuggono al controllo dei genitori raggiungendo direttamente i bambini. Queste includono la promozione su internet (usando giochi interattivi, file scaricabili gratuitamente, blog e aree per chattare), l'invio di SMS (servizio messaggi brevi) ai cellulari dei bambini, la pubblicità dei prodotti nelle scuole e negli asili nido, e le pubblicità nei materiali didattici. Nuove forme di pubblicità stanno invadendo le aree pubbliche, ad esempio le inserzioni su video nei trasporti pubblici e i cartelli pubblicitari elettronici interattivi.

Nell'ultimo decennio la commercializzazione di alimenti e bevande è cresciuta rapidamente nella Regione europea orientale a causa degli elevati investimenti stranieri diretti al settore locale degli alimenti e delle bevande, soprattutto per quanto riguarda dolci, bevande analcoliche e merendine.

I motori socioeconomici dell'obesità

Nella sezione sulle variazioni socioeconomiche nel sovrappeso e nell'obesità (pag 11) è stato documentato un aumento della loro prevalenza tra gruppi di popolazioni con basso reddito o livello di istruzione. I soggetti con basso stato socioeconomico vivono in ambienti ove i determinanti dell'obesità descritti sono presenti in misura maggiore ed hanno meno possibilità di contrastare le influenze obesogeniche.

Il basso stato socioeconomico sembra essere correlato con gli indicatori di dieta inadeguata associati all'obesità, ad esempio un consumo inferiore di frutta e verdura, tassi ridotti di allattamento al seno ed elevata assunzione di alimenti ad alta densità energetica. Le indagini condotte in Paesi ad alto reddito mostrano che adulti e bambini di stato socioeconomico inferiore tendono ad essere più sedentari di quelli di livello più alto, probabilmente per la minore disponibilità e accessibilità di strutture e attività, il tempo più limitato da destinare allo svago, scarse conoscenze ed atteggiamenti meno positivi nei confronti dei vantaggi dell'esercizio fisico (80).

Nei Paesi economicamente meno progrediti, buona parte della popolazione spesso presenta un grado elevato di incertezza alimentare, spendendo buona parte del reddito familiare nell'acquisto di cibo e sperimenta situazioni di transizione nutrizionale. Le tradizionali occupazioni e le attività domestiche che comportavano un elevato livello di attività fisica, possono essere sostituite da comportamenti più sedentari. L'urbanizzazione aumenta l'esposizione a prodotti alimentari ad alta densità energetica e poveri in nutrienti e ne favorisce il marketing, riduce gli spostamenti a piedi e favorisce attività di svago sedentarie.

È necessario sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare i determinanti dell'obesità, che tengano conto degli effetti sui gruppi vulnerabili, ad esempio gruppi di popolazione in condizione di deprivazione socioeconomica e i bambini nei primissimi stadi di vita.

È necessario anche identificare misure semplici e confrontabili di dieta ed attività fisica, poiché la maggior parte delle popolazioni europee deve modificare entrambi questi fattori che contribuiscono all'epidemia di obesità.

Dai confronti fra i Paesi emerge che, almeno in 50 Paesi più sviluppati, la prevalenza dell'obesità (e del diabete di tipo 2) è collegata al grado di ineguaglianza sociale (misurata tramite indicatori come il rapporto di concentrazione di Gini) piuttosto che al livello assoluto di reddito o di istruzione scolastica (81). Ciò suggerisce che il clima sociale prevalente possa influenzare la percezione individuale dell'opportunità di migliorare la propria salute, o di controllare la propria capacità di farlo, aumentando il senso di fatalismo sulla propria salute.

Lo stato socioeconomico inferiore non solo aumenta il rischio di obesità, ma può anche esserne l'effetto.

Numerosi studi hanno osservato che l'obesità aumenta l'assenteismo scolastico, riduce il numero di relazioni sociali fra gli adolescenti, la popolarità percepita tra coetanei, sia bambini che adolescenti, il risultato educativo scolastico e le prospettive occupazionali, ciò determina una maggiore probabilità di un'occupazione poco remunerata o di disoccupazione (82). Quindi, l'isolamento sociale, la minore istruzione ed il basso reddito possono aggravare il rapporto fra stato socioeconomico e obesità.

Obesità e salute mentale

I determinanti sociali dell'obesità, ad esempio la povertà e la zona disagiata, sono associati anche con disturbi mentali come depressione e schizofrenia. I problemi di salute mentale sono anche di per sé fattori di rischio per l'obesità ed esistono forti associazioni tra alcuni di questi, ad esempio la depressione (83), la schizofrenia (84, 85) e l'obesità (86). Inoltre alcuni farmaci prescritti per problemi di salute mentale possono causare incremento ponderale (87, 88).

Una forte evidenza associa la scarsa autostima all'obesità (89), soprattutto nei bambini e negli adolescenti (90). Le ragazze obese hanno maggiori probabilità di andare incontro a gravi problemi emozionali e senso di disperazione (91).

Studi clinici e di comunità hanno descritto un'associazione fra depressione e obesità. Bambini e adolescenti che soffrono di depressione maggiore hanno un maggior rischio di sviluppare sovrappeso e i soggetti obesi che cercano un trattamento per perdere peso possono presentare tassi elevati di disturbi dell'umore. Nelle donne l'obesità è associata a importanti disturbi depressivi, tuttavia la maggior parte dei soggetti sovrappeso e obesi nella comunità non soffre di disturbi dell'umore (92).

Lo studio dei determinanti: i passi successivi

Si dovrebbero sviluppare sistemi per ottenere dati confrontabili sui consumi alimentari e sui livelli di attività fisica, poichè la maggior parte delle popolazioni europee deve modificare entrambi questi fattori che contribuiscono all'epidemia di obesità. I sistemi di sorveglianza dovrebbero essere sensibili agli effetti di questi determinanti sui gruppi vulnerabili, come i gruppi di popolazione di bassa estrazione socioeconomica e i bambini nei primissimi stadi di vita. Occorre quindi disporre di dati disaggregati per sesso, gruppo etnico e gruppo sociale.

Occorre una maggiore comprensione dei determinanti del consumo alimentare nei vari contesti sociali e nei gruppi di popolazioni, così come dei determinanti delle modificazioni dietetiche in relazione ai fattori ambientali che influiscono sulla disponibilità. Analogamente, andrebbero descritti più approfonditamente i fattori ambientali che favoriscono l'aumento dell'attività fisica.

Il ruolo dei fattori protettivi, come la capacità di recupero emotivo, la salute mentale e il sostegno sociale, andrebbe analizzato in modo più dettagliato attraverso delle casistiche.

Sono necessarie ulteriori indagini sulle dinamiche del sistema alimentare, soprattutto nei mercati in espansione dell'Europa orientale e sull'evoluzione del sistema di distribuzione degli alimenti, in particolar modo sui prezzi e sulla disponibilità di prodotti differenti. L'azione sul mercato potrebbe offrire un contributo significativo alla salute pubblica, se appropriatamente indirizzata ad affrontare l'asimmetria informativa o i costi esterni della società.

Occorre istituire un sistema per monitorare attivamente le pratiche di marketing nei vari Paesi europei e soprattutto nel settore della commercializzazione di alimenti e bevande non alcoliche per i bambini.

3. Le evidenze per gli interventi di contrasto all'obesità

Messaggi principali

- È difficile ottenere un'evidenza standard per un'efficace prevenzione dell'obesità. Gli studi sperimentali controllati randomizzati sono difficili da eseguire nelle popolazioni aperte e la maggior parte degli studi sperimentali controllati sono stati condotti in scuole, strutture sanitarie e luoghi di lavoro, ambienti che offrono le maggiori opportunità per il controllo e la gestione, determinando di conseguenza un bias da ambientazione che condiziona l'evidenza sulle politiche da intraprendere.
- Gli interventi nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle comunità si sono dimostrati moderatamente efficaci nella prevenzione dell'obesità. Gli interventi nelle scuole e in età prescolare vanno integrati con azioni sui servizi di ristorazione, interventi di educazione alla salute, educazione fisica, gioco e sport e dovrebbero coinvolgere attivamente i partecipanti nello sviluppo delle strategie.
- Gli interventi di microscala hanno con tutta probabilità effetti limitati a meno che non siano supportati da interventi di macroscala (ad esempio, sull'etichettatura, sul controllo dei prezzi e sulla disponibilità degli alimenti).
- In una varietà di ambienti esistono numerose opportunità efficienti per promuovere l'attività fisica nelle pratiche quotidiane, soprattutto a livello locale e di comunità. La promozione dell'attività fisica richiede il coinvolgimento di vari settori: è necessario ottenere il loro sostegno e passare da interventi centrati sul singolo individuo ad interventi sulla popolazione.
- Per sviluppare strategie efficaci di intervento sui determinanti del comportamento legati alla salute, occorre anche considerare l'evidenza non tradizionale, tra cui le esperienze acquisite in altre aree della sanità pubblica, i modelli sperimentali e le raccomandazioni dei comitati di esperti.
- Le strategie sui prezzi possono influenzare le scelte di acquisto, ciò indica che l'intervento fiscale è una componente plausibile delle politiche di contrasto all'obesità. La tassazione e le politiche sui prezzi hanno contribuito a prevenire e controllare il consumo di tabacco e alcol, sebbene nel caso specifico degli alimenti e degli ingredienti in essi contenuti, tali strategie possano risultare più complesse.

Introduzione

L'evidenza sulla prevenzione dell'obesità e sullo sviluppo di strategie efficaci per il miglioramento degli stili alimentari e del livello di attività fisica, sta crescendo rapidamente. Questo capitolo riassume i contenuti di rassegne recentemente pubblicate e le raccomandazioni di commissioni di esperti sullo specifico argomento. L'evidenza per gli interventi a livello individuale, locale e di comunità (microinterventi) è complessivamente più sviluppata rispetto a quella disponibile per gli interventi a livello di popolazione generale (macrointerventi, che prevedono, ad esempio, gli interventi sulle normative per la regolazione dei prezzi o la promozione del consumo di alcune categorie di prodotti alimentari), nonostante questi ultimi siano connotati da un potenziale maggiore in grado di incidere su tutta la popolazione e siano implementabili indipendentemente dalle risorse familiari o da quelle comunitarie locali.

Nel tentativo di aderire ai criteri richiesti per ottenere i livelli di evidenza convincenti attesi dagli studi sperimentali clinici, i ricercatori, negli studi sperimentali di intervento per la prevenzione dell'obesità, hanno usato ambienti come scuole e strutture sanitarie, che possono essere controllati e gestiti per mostrare la natura e l'effetto dell'intervento. Ciò ha tuttavia creato un bias legato all'ambientazione, che ne limita l'evidenza. Occorre quindi considerare e includere nella valutazione degli interventi altre forme di evidenza non dipendenti da scenari fortemente controllati.

È necessario inoltre essere cauti nel definire l'effetto degli interventi. Sebbene alcuni interventi misurino il loro impatto sulla prevalenza dell'obesità o su un indicatore come ad esempio l'IMC, altri hanno considerato l'effetto su alcuni indicatori intermedi di tipo comportamentale, come ad esempio le scelte alimentari o il livello di attività fisica. In ogni caso, il processo di valutazione è complesso soprattutto quando si basa sull'autovalutazione dei partecipanti.

L'evidenza può derivare da studi sperimentali e da valutazioni del programma o politiche, ma può anche essere estrapolata da modelli statistici (ad esempio utilizzati nelle analisi economiche o nella traslazione degli effetti di un programma all'intera popolazione), oppure ottenuta dall'esperienza derivante da altri problemi di sanità pubblica (ad esempio il fumo di tabacco) o dall'esperienza che ricercatori, professionisti sanitari e politici hanno sugli effetti di certe misure politiche sui cambiamenti sociali.

Le conclusioni del capitolo mostrano che, nonostante la carenza di evidenza sperimentale per un'efficace strategia di prevenzione, numerosi interventi mostrano un buon potenziale di efficacia. Esiste una sufficiente evidenza che l'azione immediata, la prosecuzione nel tempo con approcci preventivi innovativi, l'adattamento allo specifico contesto e la realizzazione di nuove ricerche, possano migliorare l'efficacia delle politiche.

Gli interventi nei microambienti

Sono tre gli scenari classici per gli interventi di promozione della salute: i servizi sanitari (mediante servizi socioassistenziali dedicati alle famiglie, servizi specialistici ed operatori sanitari del territorio), le scuole e altre strutture per l'assistenza sociale (mediante interventi sia educativi che pratici) e il luogo di lavoro (anche in questo caso mediante interventi sia educativi che pratici). Altri scenari in grado di influenzare i comportamenti salutari includono il settore degli operatori economici (ad esempio negozi e ristoranti) rivolto ai consumatori, e di urbanisti e progettisti (ad esempio di strade, parchi ed edifici) rivolto agli utenti.

Gli ambienti più comuni per gli studi sperimentali controllati sono le scuole, dove è possibile misurare singoli aspetti dell'intervento (ad esempio sessioni didattiche, nutrizionali e di attività fisica), il disegno sperimentale assicura validità scientifica ai risultati. Altri ambienti idonei per gli interventi includono il settore prescolastico, le strutture di assistenza sanitaria ed i luoghi di lavoro.

L'uso di questi scenari, che sono i più adatti agli studi sperimentali controllati, limita le informazioni disponibili su cui i politici possono prendere le loro decisioni, in quanto esiste il timore che gli interventi basati sulle evidenze siano limitati ad un ambito troppo ristretto. L'utilizzo dei loro risultati per lo sviluppo di strategie pone seri problemi: gli interventi nella scuola, nella comunità e sul luogo di lavoro sono stati criticati per la loro mancanza di sostenibilità (pochi gli studi sperimentali che valutano gli effetti a lungo termine), la mancanza di trasferibilità ed i livelli di risorse troppo elevati. Inoltre, la maggior parte di questi interventi ha avuto un effetto minimo o nullo nella prevenzione del sovrappeso e solo effetti modesti nel modificare i determinanti dell'obesità, come la dieta ed il livello di attività fisica.

La famiglia

Secondo una rassegna in corso di pubblicazione, gli interventi per il mantenimento di un peso salutare o la prevenzione del sovrappeso o dell'obesità rivolti ai bambini di 2-5 anni d'età, con il coinvolgimento delle famiglie e di coloro che se ne prendono cura, hanno un'efficacia incerta (93). Gli studi suggeriscono la possibilità solo di piccole modificazioni e gli interventi mostrano maggiori probabilità di efficacia se si focalizzano specificamente sulla prevenzione dell'obesità (piuttosto che sulle modificazioni della dieta o sui comportamenti legati all'attività fisica), se sono intensivi, costosi, mirati e personalizzati alle necessità individuali. Anche l'efficacia degli interventi familiari mirati ai bambini più grandi è dubbia. Meno efficaci risultano gli interventi di prevenzione dell'obesità in età adolescenziale basati sulla famiglia.

La scuola materna e la scuola

Una rassegna sull'efficacia degli interventi per promuovere un'alimentazione sana nell'ambiente prescolastico, nei bambini di 1-5 anni d'età, ha evidenziato che, sebbene la maggior parte degli studi abbia dimostrato un effetto positivo sulle conoscenze nutrizionali, l'effetto sul comportamento alimentare veniva valutato con minore frequenza e i risultati erano incongruenti (94). Non esistevano dati per valutare l'efficacia a lungo termine sulla conoscenza o sul comportamento.

Esiste una forte evidenza per la prevenzione dell'obesità nelle scuole che adottano un approccio a livello scolastico globale. Gli studi mostrano che quest'approccio può influenzare l'apporto nutrizionale attraverso variazioni modeste ma significative nelle scelte alimentari effettuate dai bambini, come l'aumento nell'assunzione di frutta e verdura e la riduzione complessiva nell'apporto di grassi. È interessante evidenziare che le ragazze sono di solito più rispondenti dei ragazzi all'approccio scolastico globale.

I *breakfast club* (mense in cui si serve la colazione fornendo attività di supporto alla formazione) nelle scuole mostrano un effetto positivo sul comportamento, l'assunzione dietetica, gli atteggiamenti salutari, l'interazione sociale, la concentrazione e l'apprendimento, la frequenza e la puntualità. Questi risultati sono degni di nota, non solo perché l'obesità è più frequente nelle famiglie di basso livello socioeconomico, ma anche perché tali iniziative possono coinvolgere le famiglie i cui membri rischiano o sono già vittime di esclusione sociale.

Negli interventi scolastici focalizzati sulla realizzazione di programmi intensivi multimediali di educazione nutrizionale (che tuttavia richiedono una significativa aggiunta di risorse finanziarie ed umane), si riscontra una moderata evidenza sul mantenimento nei bambini di un peso salutare. Gli stessi risultati, sebbene non uniformi in tutti gli studi, si ottengono dagli interventi mirati sull'attività fisica. Anche gli interventi che appaiono più innovativi e coinvolgenti per i bambini (ad esempio i circoli di danza), e quelli finalizzati alla riduzione del tempo trascorso davanti a televisione, videocassette e videogiochi, si dimostrano efficaci per il mantenimento del peso corporeo. Nei bambini più piccoli, gli interventi nutrizionali più riusciti si focalizzano su un solo aspetto dell'alimentazione, come l'assunzione di frutta e verdura, utilizzano molteplici approcci per promuovere messaggi alimentari salutari e favoriscono una maggiore disponibilità di tali alimenti. Nei bambini più grandi, l'evidenza è ancora poco chiara. Una moderata evidenza sulla prevenzione dell'obesità nella scuola è basata su una politica scolastica globale che interviene sulla merenda consumata a scuola, offre la possibilità di acquistare frutta all'interno della scuola, favorisce la possibilità di recarsi a scuola a piedi o con la bicicletta.

Gli interventi basati sul consumo della frutta a scuola, nonostante siano connotati da un buon impatto sulle famiglie di grado sociale inferiore, mostrano invece una limitata evidenza. Una limitata evidenza è anche associata all'uso di strategie quali la presenza nelle scuole di distributori automatici contenenti prodotti alimentari salutari.

I programmi per prevenire l'obesità, soprattutto nei bambini e negli adolescenti, dovrebbero integrare approcci tradizionali classici per la perdita di peso con strategie per l'aumento dell'autostima, sviluppando al contempo attitudini salutari nei confronti del proprio corpo e garantendo che i bambini non intraprendano comportamenti associati allo sviluppo dei disturbi alimentari (20). I programmi di prevenzione scolastica devono essere globali, di ampio sviluppo e garantire che la focalizzazione sulla prevenzione dell'obesità non aumenti la stigmatizzazione associata al sovrappeso o il rischio di disturbi alimentari (95).

Il luogo di lavoro

Le strategie che hanno come obiettivo gli adulti sul luogo di lavoro includono una varietà di approcci differenti: l'educazione alimentare, la prescrizione di esercizi aerobici o di potenziamento, il training in tecniche comportamentali, la fornitura di materiali di autoapprendimento, la prescrizione di diete specifiche e gli esercizi di gruppo o supervisionati. L'evidenza dell'efficacia degli interventi sul luogo di lavoro per controllare il sovrappeso e l'obesità non è robusta, ma potrebbe comunque indurre i datori di lavoro a offrire tale tipo di programmi. La letteratura suggerisce la realizzazione di interventi sul luogo di lavoro che integrino indicazioni per un'alimentazione più sana con azioni strutturate per l'aumento dell'attività fisica (96). Negli Stati Uniti, gli interventi nel luogo di lavoro per le malattie croniche ed il controllo dei fattori di rischio hanno avuto successo, con un rendimento medio di 3,5 per quanto riguarda il contenimento dei costi sull'assistenza sanitaria e di 5,8 sulla riduzione dell'assenteismo (97).

La comunità

Tra gli approcci più originali utilizzati negli scenari di comunità sono da ricordare :

- migliorare l'informazione e rendere più accessibili le scelte alimentari più sane (ad esempio, migliorando l'accesso ai negozi principali e l'approvvigionamento dei negozi locali, istituendo cooperative alimentari, piccoli ristoranti di comunità ed associazioni per la produzione degli alimenti);
- promuovere la salute tramite attività che migliorino conoscenze ed abilità (ad esempio, attraverso visite nei supermercati o attività in classe con corsi di cucina e degustazione);
- migliorare l'offerta e la sicurezza di percorsi pedonali e piste ciclabili;
- istituire programmi per la distribuzione di buoni (ad esempio, per l'ingresso alle piscine locali).

Le promozioni nei supermercati sembrano essere efficaci per migliorare gli apporti nutrizionali nel breve termine, soprattutto se accompagnate da informazioni di supporto.

La Tabella 2 mostra esempi di studi sperimentali controllati che si sono dimostrati efficaci nella prevenzione dell'obesità nei bambini. Gli interventi sulla modifica della dieta hanno avuto successo tra i bambini più piccoli, grazie a programmi che adottano le strategie multimediali utilizzate nel marketing, ad esempio video, giocattoli e personaggi dei cartoni animati, con modelli di ruolo positivi e negativi ben definiti (98).

Tabella 2. Esempi di studi sperimentali controllati e valutati sulla prevenzione dell'obesità tra i bambini

Paese e intervento	Conclusione
Austria: PRESTO multiprofessional school educational intervention - bambini di età 10-12 anni (studio pilota) (99)	Miglioramento delle conoscenze nutrizionali, soprattutto negli studenti di alto profitto. Nessuna variazione di IMC.
Creta, Grecia: studio prospettico sull'educazione alla salute nella scuola - bambini di età 6-12 anni (100, 101)	Miglioramento dell'IMC nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, sebbene i valori di IMC in entrambi i gruppi siano aumentati durante il periodo di osservazione, con incremento della percentuale di bambini sovrappeso.
Danimarca: intervento biennale di counselling familiare, pianificazione degli acquisti e dei pasti (102)	Perdita di peso nei bambini.
Germania: Kiel Obesity Prevention Study (KOPS) , intervento nella scuola della durata di otto anni - bambini di età 5-7 anni al momento dell'arruolamento (103)	Miglioramento delle conoscenze nutrizionali e dell'attività fisica, riduzione nell'uso della televisione. Riduzione degli indici di adiposità (pliche cutanee, percentuale di massa grassa) rispetto ai soggetti di controllo.
Germania: SECONDA FASE dell'intervento nella scuola - bambini di età 7-9 anni (104)	Riduzione nel tasso di aumento dell'IMC, riduzione della pressione arteriosa sistolica.
Israele: intervento multidisciplinare combinato, strutturato, con bambini e adolescenti (105)	Riduzione del peso corporeo, dell'IMC e miglioramento della forma fisica, soprattutto se i genitori non erano sovrappeso.
Regno Unito: "Be Smart" : intervento a livello scolastico e familiare - bambini di età 5-7 anni (106)	Aumento delle conoscenze nutrizionali e dell'assunzione di frutta e verdura. Nessuna variazione significativa nella prevalenza del sovrappeso.
Regno Unito: "MAGIC" : programma di 12 settimane (studio pilota) per aumentare l'attività fisica in età prescolare - bambini di età 3-4 anni (107)	Aumento dell'attività fisica fino al 40%. Nessun dato in relazione agli indici di adiposità.
Regno Unito: "APPLES" : intervento nella scuola - bambini di età 7-11 anni (108, 109)	Qualche miglioramento dei comportamenti alimentari. Nessuna variazione a livello di attività fisica o IMC.

Gli interventi nei macroambienti

Finora le risposte politiche non si sono dimostrate abbastanza energiche, si sono focalizzate su singoli fattori o hanno fatto appello alla responsabilità dei singoli attraverso campagne educative. Diversi comitati di esperti concordano che gli elementi per la riuscita dell'intervento devono comprendere una combinazione di politiche e programmi basati sulla popolazione, di normative ed azioni, nell'ambito di una strategia coordinata di sanità pubblica a lungo termine. Sono necessarie modifiche dello stile di vita su vasta scala e bisogna attendere un intervallo temporale sufficiente affinché se ne manifestino gli effetti.

Interventi macroeconomici e a livello governativo globale per il tabacco e l'alcol sono stati condotti con successo, ma non nell'area della nutrizione. Pertanto non disponiamo di esempi sufficienti per valutarne l'efficacia. La ristrutturazione economica in Polonia ha ridotto il consumo di grassi di origine animale, ha promosso il consumo di oli vegetali ed aumentato quello di frutta e verdura (43). Programmi nazionali, come ad esempio quello intrapreso in Finlandia per ridurre le malattie cardiovascolari, hanno mostrato il vantaggio di combinare approcci educativi (tra cui le campagne multimediali) con azioni strutturali come le politiche sui prezzi, gli interventi di sostegno all'agricoltura, l'etichettatura degli alimenti e gli interventi sulla ristorazione collettiva.

Al di fuori dell'Europa sono disponibili numerose esperienze. In Cina, il controllo del peso corporeo, la riduzione nell'assunzione di sale e alcol e l'aumento dell'attività fisica hanno determinato una riduzione della pressione arteriosa nel contesto di programmi comunitari (43).

Sulla base di questi suggerimenti, lo scenario per gli interventi sull'obesità può essere allargato ed includere le industrie alimentari (produttori di alimenti, esercenti di ristorazione collettiva e venditori al dettaglio, poiché controllano la maggior parte di ciò che viene prodotto dagli agricoltori e determinano la qualità della maggior parte degli alimenti consumati), le amministrazioni locali, le scuole ed i luoghi di lavoro, così come i mezzi di comunicazione di massa, le organizzazioni non governative, i settori politici ed i legislatori.

La promozione dell'attività fisica

Come nel caso della promozione di un'alimentazione salutare, le strategie per promuovere l'attività fisica includono non solo gli approcci classici, attraverso strutture per il tempo libero e lo sport, le scuole, i luoghi di lavoro e gli ambienti sanitari, ma anche la pianificazione dei trasporti, la regolazione del traffico, la progettazione di edifici e ambienti urbani.

È disponibile un'evidenza di buon livello che l'educazione allo sport a scuola svolta da insegnanti di educazione fisica qualificati, gli interventi integrati sul luogo di lavoro, il suggerimento di usare maggiormente le scale e la creazione di luoghi per l'attività fisica o una loro migliore accessibilità, assieme ad attività informative sul territorio, siano strategie in grado di aumentare l'attività fisica (110). Un'evidenza di buon livello per l'aumento dell'attività fisica è disponibile anche per gli interventi che facilitano gli spostamenti a piedi o in bicicletta; anche le caratteristiche degli ambienti, siano esse percepite od oggettivamente presenti, come i fattori estetici, la comodità (marciapiedi), l'accesso (spazi verdi), la sicurezza e la sorveglianza sono associate all'aumento dell'attività fisica.

La combinazione di approcci informativi, comportamentali, sociali, ambientali e politici potrebbe quindi risultare efficace nel potenziamento dell'attività fisica.

Gli strumenti economici

Numerosi autori hanno suggerito l'utilizzo di strumenti economici per influenzare i consumi alimentari o l'attività fisica. Un approccio consiste nell'applicazione di disincentivi economici per l'obesità, aumentando ad esempio i costi delle polizze sanitarie dei soggetti obesi. Questo approccio crea disuguaglianza nel diritto alla salute e sarebbe profondamente scorretto, considerando la predisposizione genetica dell'obesità. Un altro approccio consiste nell'offerta di incentivi fiscali, per esempio, ai datori di lavoro che offrono orientamento nutrizionale o strutture per l'attività fisica, o alle autorità locali che costruiscono le piste ciclabili e migliorano l'accesso agli spazi aperti.

È stata anche considerata l'applicazione di una tassazione specifica degli alimenti ad alta densità energetica e scarso contenuto in nutrienti e di sussidi per favorire il consumo di cibi salutari. Una buona evidenza mostra che la variazione dei prezzi influenza i consumi; questa strategia può essere utilizzata per migliorare lo stato nutrizionale della popolazione, sebbene occorra cautela per far sì che le variazioni di prezzo riducano l'ineguaglianza socio-economica, piuttosto che aumentarla.

Uno studio longitudinale sui consumi e sui prezzi dei cibi in Cina ha evidenziato che l'aumento dei prezzi di cibi dannosi per la salute era associato alla riduzione del loro consumo (111). Negli Stati Uniti, i programmi per ridurre il prezzo dei cibi sani hanno prodotto un aumento del 78% nel loro consumo (43). La regolazione dei prezzi viene anche riconosciuta come potente fattore che influisce sull'acquisto del tabacco e dell'alcol.

Gli studi di modellistica suggeriscono che l'aumento del prezzo, attraverso misure fiscali, di alcune matrici alimentari come grassi, grassi saturi e zucchero anziché aumentare il prezzo degli alimenti già lavorati, insieme all'introduzione di sussidi sui cibi ricchi in fibra alimentare, ridurrebbe il consumo degli ingredienti tassati così come l'apporto energetico totale. L'evidenza diretta degli studi a breve termine condotti principalmente nelle scuole e nei luoghi di lavoro, ha mostrato che la riduzione del prezzo di frutta, verdura e di altre merende sane aumenta l'acquisto di tali categorie di prodotti (74).

Anche se gli interventi fiscali come la tassazione o gli incentivi non determinano un'immediata variazione del comportamento, queste azioni inviano un forte messaggio sul valore di questi alimenti e sul loro impatto sulla salute; in effetti, la minaccia della tassazione può di per sé rappresentare per i produttori commerciali un segnale della necessità di riesaminare la formulazione dei loro prodotti. Le società finanziarie hanno già avvertito le principali aziende alimentari del possibile rischio commerciale derivante dalla produzione di una gamma ristretta di cibi ad alta densità energetica e contenuto limitato in nutrienti (112).

Le considerazioni sul contesto

Il contesto in cui gli interventi vengono realizzati ne determina fortemente l'efficacia. Le politiche alimentari scolastiche, per esempio, si diversificano nelle scuole che forniscono un servizio mensa rispetto alle scuole che non erogano tale servizio, tra le scuole che chiedono un contributo per i pasti e le scuole che lo forniscono gratuitamente. Gli interventi per promuovere il consumo di frutta e verdura possono essere inefficaci se l'accesso a questi alimenti è limitato o se il loro costo è proibitivo. Gli interventi per aumentare l'uso della bicicletta nelle città dove sono state progettate piste ciclabili con regolamentazioni del traffico a favore dei ciclisti, ad esempio Copenaghen e Amsterdam, saranno differenti dagli interventi nelle città in cui il traffico ciclistico non viene supportato dalla progettazione urbana o dalle normative.

Le strategie efficaci per contrastare l'obesità devono tener conto delle differenze culturali. In alcune culture, livelli elevati di obesità sono ritenuti accettabili, o persino considerati desiderabili, mentre altre culture esprimono nei confronti delle persone in sovrappeso un forte pregiudizio, il che può riguardare sia i bambini che gli adulti. Inoltre, non tutte le culture sostengono l'attività fisica dei giovani allo stesso modo, soprattutto delle ragazze. Infine, occorre cautela per garantire che i programmi di prevenzione dell'obesità non inducano verso pratiche di dimagrimento malsane o comportamenti a rischio, come fumare per controllare il peso. Le misure da introdurre per ridurre la prevalenza dell'obesità devono enfatizzare comportamenti e attività salutari, piuttosto che idealizzare il peso corporeo o l'aspetto fisico.

Alcuni bambini e genitori possono essere contrari all'introduzione di interventi quali ad esempio le strategie scolastiche che modificano l'ambiente alimentare. L'analisi delle migliori prassi suggerisce il coinvolgimento attivo dei soggetti a cui è diretto l'intervento già nella fase di pianificazione. La modifica di una procedura o attività a livello scolastico, ad esempio, potrebbe avere maggiore successo se tutte le figure interessate, bambini, personale e genitori, partecipassero alla pianificazione. Ciò è importante soprattutto se è necessaria la loro cooperazione per l'implementazione del progetto. Questi suggerimenti sono coerenti con i principi delle Carte di Ottawa e Bangkok sulla promozione della salute (113, 114).

Oltre l'evidenza sperimentale

In assenza di un'evidenza sperimentale per il successo degli interventi per prevenire l'obesità, si possono prendere in considerazione altre forme di evidenza.

Le analisi economiche possono consentire l'estrapolazione dell'evidenza. Modelli sperimentali, ad esempio, mostrano che negli ultimi 20 anni l'etichettatura nutrizionale avrebbe prodotto risparmi sulla spesa sanitaria di 1 miliardo di dollari USA in Australia, 2,7 miliardi di dollari USA negli Stati Uniti e 5 miliardi di dollari USA in Canada (43). Uno studio di modellistica condotto in Danimarca con lo scopo di analizzare il modo in cui le famiglie di differenti gruppi socio-economici rispondono alla fluttuazione nei prezzi degli alimenti, ha mostrato che anche piccole variazioni dell'imposta sul valore aggiunto, potrebbero migliorare in modo differenziale la dieta dei nuclei familiari più poveri (115).

L'evidenza parallela (evidenza applicabile ad altri problemi di sanità pubblica che usano strategie analoghe) sostiene gli approcci regolamentari come i controlli sul marketing rivolto ai bambini e l'obbligo di un'etichettatura nutrizionale chiara per gli alimenti. Tali approcci si sono dimostrati preziosi per controllare l'esposizione al fumo di tabacco, aumentare l'uso delle cinture di sicurezza in auto, limitare la promozione dei sostituti del latte materno e diminuire il consumo d'alcol tra i soggetti giovani.

Anche l'opinione degli esperti fornisce un'utile guida. Essa può prendere in considerazione gruppi, scenari e approcci di riferimento che non sono idonei per gli studi sperimentali controllati ma che, sulla base di altre forme di evidenza, sono considerati importanti per ridurre il rischio di obesità nella popolazione. Le consultazioni degli esperti dell'OMS (1, 75) hanno raccomandato alcuni provvedimenti per prevenire il sovrappeso e l'obesità ed è emersa la necessità di intervenire con azioni basate sulla popolazione e di affrontare i determinanti che influenzano le scelte alimentari ed il profilo di attività fisica, piuttosto che indicare semplicemente che gli individui dovrebbero migliorare la loro dieta e l'attività fisica.

Diverse iniziative non sono state condotte in scenari scientificamente controllati, ma mostrano cosa sia fattibile, politicamente accettabile e sia il caso di adottare in attesa di una valutazione completa. La Tabella 3 mostra alcuni esempi.

La costruzione dell'evidenza per interventi efficaci: i passi successivi

La scelta degli interventi va supportata dallo sviluppo di nuove metodologie per valutare l'evidenza e il rapporto costo/efficacia. Le stime dei costi dovranno basarsi sulle risorse necessarie per la realizzazione degli interventi.

Occorre sviluppare politiche capaci di riconoscere i limiti degli approcci tradizionali all'evidenza, ammettendo che gli interventi di sanità pubblica comportano alcuni rischi (incertezza dell'esito) ed accettando che i risultati (effetti dell'intervento) varieranno.

Tabella 3. Esempi di interventi, politiche e pratiche innovativi che possono aiutare a prevenire l'obesità in Europa

Paese	Interventi / politiche
Danimarca	Programma 6 al giorno (116): aumento del consumo di frutta sul luogo di lavoro e a scuola
Francia	Tassa sulla pubblicità televisiva delle bevande analcoliche Divieto dei distributori automatici in tutti gli istituti scolastici
Germania	Autorità di monitoraggio per il materiale pubblicitario nelle scuole
Grecia	Divieto alle catene di fast-food di avviare negozi di alimentari o servizi di ristorazione collettiva nelle scuole
Grecia e Scozia, Regno Unito	Standard nutrizionali per i pasti scolastici
Irlanda, Svezia	Controlli sulla pubblicità televisiva indirizzata ai bambini
Kazakistan	Rete di istituti scolastici per la promozione della salute (117): 300 scuole partecipanti
Norvegia	Congedo di maternità per promuovere l'allattamento al seno (118) (il 98% delle donne lascia i reparti di maternità ospedalieri allattando al seno; il 90% continua l'allattamento al seno a 3-4 mesi; il 75% delle donne prosegue l'allattamento al seno a 6 mesi)
Federazione Russa	Coltivazione di vegetali sui tetti (119): circa 15 giardini pensili a San Pietroburgo contribuiscono significativamente alla fornitura di frutta e verdura per le comunità locali nelle zone a basso reddito
Svezia	Distribuzione di pasti scolastici gratuiti seguendo linee guide su base volontaria
Svizzera	Le aziende forniscono consigli ai dipendenti sull'eccesso ponderale dei loro bambini
Regno Unito	<i>Water is Cool in School</i> (l'acqua della scuola è fresca) (120): numerosi istituti scolastici hanno installato distributori d'acqua fresca e offrono bottiglie d'acqua gratuite a tutti gli alunni; questa azione è d'aiuto per ridurre l'interruzione delle lezioni e aumenta la concentrazione <i>School walking buses</i> (Bus pedonali) (121): gli adulti accompagnano i bambini a scuola percorrendo in gruppo un tragitto definito, gli altri fruitori del servizio si aggiungono lungo il percorso <i>Fighting Fat</i> (lotta al grasso), campagna televisiva diretta all'intera popolazione (122): buoni punteggi di consapevolezza, ma il ricordo dei messaggi salutari è stato più scarso tra i soggetti con livelli di educazione inferiore e tra i gruppi delle minoranze etniche; anche la partecipazione è stata limitata, perfino tra i gruppi bersaglio Alimentarsi con frutta e verdura aiuterà ad ottenere una piscina per la scuola Sostituzione dei distributori automatici di bibite con distributori di latte Sovvenzionamento di centri sportivi per le scuole locali I bambini che lasciano gli istituti scolastici in automobile devono attendere 10 minuti prima di andarsene Imposta sulle vendite per gli alimenti "di lusso"

Ad esempio, non esiste un'evidenza sufficientemente diretta e forte per introdurre controlli sulla commercializzazione di alimenti destinati ai bambini ad elevata densità energetica e scarso contenuto in nutrienti, o ad utilizzare misure fiscali per influenzare il mercato e modificare le tendenze di consumo; esistono però indicazioni sufficienti per ritenere che tali azioni offrano un grande potenziale e siano parte di un portafoglio di opzioni per contrastare l'obesità e incoraggiare uno stato di salute migliore.

Poiché i politici possono scegliere se realizzare strategie di politica economica o sociale di altro genere, in assenza di un'evidenza conclusiva, tali interventi devono essere soggetti ad una valutazione prospettica e continua.

La valutazione delle strategie economiche dovrebbe considerare l'impatto sul consumo di specifiche categorie di alimenti, così come la capacità di modificare l'equilibrio tra apporto e dispendio energetico.

L'ambiente politico può influenzare la vita attiva tramite una varietà di meccanismi. Alcuni sono caratteristici dello scenario, come nel caso dei budget per la gestione dei trasporti e del traffico o la pianificazione urbanistica e le politiche abitative. Altri sono trasversali, come nel caso delle politiche sanitarie che forniscono incentivi ed orientamenti per l'attività fisica. Gli interventi e gli approcci innovativi che si sono dimostrati efficaci in altri contesti socioculturali, andrebbero documentati.

4. La gestione e il trattamento dell'obesità

Messaggi principali

- Negli adulti sono numerose le evidenze sperimentali che avvalorano l'efficacia delle diete ipoenergetiche nel trattamento dell'obesità. La riduzione dei grassi alimentari costituisce comunque di per sé un metodo efficace per ridurre la densità energetica della dieta e facilita il decremento ponderale spontaneo.
- Le evidenze sperimentali disponibili indicano chiaramente che l'aumento dell'attività fisica è un valido strumento per ottenere decrementi ponderali di entità moderata che persistono nel tempo e garantisce anche altri effetti positivi sullo stato di salute. Tuttavia, in termini di riduzione del peso corporeo, il trattamento dietetico da solo appare più efficace dell'esercizio fisico da solo.
- Fino ad oggi, non esistono evidenze sperimentali certe sull'efficacia dei diversi tipi di terapia dell'obesità oltre i primi due anni di trattamento, né conferma dei vantaggi a lungo termine nei confronti dei fattori di rischio per la salute associati.
- Il trattamento dei fattori di rischio associati e delle comorbidità è altrettanto importante quanto la terapia dell'obesità.
- I bambini obesi possono ricavare numerosi vantaggi da una correzione dell'eccesso ponderale dovuta a terapie dietetiche; queste ultime, tuttavia, a meno che non si adottino adeguate precauzioni, possono avere anche conseguenze negative quali la perdita di massa magra, la riduzione della velocità di crescita ed eventuale il peggioramento dei disturbi del comportamento alimentare. Le strategie di stabilizzazione del peso corporeo (mediante counselling nutrizionale) sono preferibili fin dopo la pubertà, salvo i casi di grave obesità. Per i bambini con obesità grave o con obesità meno grave ma associata a complicanze specifiche, si raccomandano diete ipoenergetiche equilibrate, che utilizzino alimenti comunemente presenti nella dieta della popolazione generale.
- Ridurre la sedentarietà, camminare più a lungo e sviluppare programmi di attività motoria sono tutte iniziative che possono aumentare l'efficacia del trattamento dell'obesità; anche quando non riducono l'eccesso ponderale, tali interventi possono comunque diminuire la morbilità.
- Il coinvolgimento dei genitori nei programmi di trattamento dell'eccesso ponderale è necessario per ottenere significative riduzioni del peso corporeo sia nei bambini, che, in misura minore, tra gli adolescenti.

Introduzione

I precedenti capitoli sottolineano la necessità di politiche e interventi nella popolazione generale volti alla prevenzione dell'obesità. Questo capitolo si interessa invece della terapia dell'obesità; poiché il rischio di morbilità aumenta già negli individui sovrappeso, il decremento ponderale andrebbe consigliato di fatto pure in presenza di un moderato eccesso ponderale, anche per prevenire l'ulteriore progressione verso un sovrappeso di grado più elevato.

Negli adulti sono evidenti i vantaggi a breve termine delle strategie d'intervento realmente efficaci per la riduzione del peso corporeo: per esempio, nel sesso femminile entro due anni si riduce la mortalità e sussistono anche riscontri positivi sui fattori di rischio per la salute e comorbidità. Il conseguimento di risultati positivi in termini di decremento ponderale, tuttavia, richiede sia negli adulti che nei bambini risorse adeguate e la collaborazione di più competenza professionali; inoltre, anche in caso di iniziale successo, può essere difficile ottenere un decremento ponderale che persista nel tempo.

Il trattamento dell'obesità non ha come unico obiettivo la perdita di peso poiché deve anche mirare alla riduzione dei fattori di rischio e delle comorbidità. Inoltre, medici e pazienti devono essere consapevoli che il trattamento dell'obesità non si esaurisce nel breve termine ma che si protrae nel tempo ed è – di fatto – una terapia “cronica” a lungo termine.

Lo screening della popolazione è possibile se è presente un sistema di sorveglianza nutrizionale efficiente e diffuso, preferibilmente nell'ambito di una valutazione complessiva dei diversi fattori di rischio per le malattie cronico-degenerative non trasmissibili.

I modelli d'intervento: gli adulti

Negli adulti decrementi ponderali di entità da modesta a moderata possono essere ottenuti e resi duraturi con interventi volti a modificare lo stile di vita. I medici di base, purché abbiano ricevuto una formazione adeguata, hanno in quest'ottica un ruolo fondamentale nel fornire agli individui in sovrappeso corrette indicazioni su sana alimentazione e attività fisica. Nell'obesità grave sono invece le strutture cliniche specializzate a rappresentare il riferimento migliore per terapia e monitoraggio.

Il trattamento dietetico

Numerose sono le evidenze sperimentali che avvalorano l'efficacia delle diete ipoenergetiche nel trattamento dell'obesità. La riduzione dei grassi alimentari costituisce comunque di per sé un metodo efficace per ridurre la densità energetica della dieta e facilita il decremento ponderale spontaneo.

L'accettazione e la rispondenza alle indicazioni dietetiche è migliore se la riduzione nell'apporto energetico resta limitata a circa 2,5 MJ/die (cioè 600 kcal/die); tale criterio è comunemente accettato quando si prende in considerazione il trattamento dietetico dell'eccesso ponderale. I dati sperimentali indicano inoltre che risultati positivi nel lungo periodo si ottengono con diete a basso contenuto in grassi e ipoenergetiche o anche soltanto a basso contenuto in grassi. Le diete fortemente ipoenergetiche sono efficaci nell'ottenere rapidi decrementi ponderali, ma sono solitamente riservate a soggetti con obesità grave ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) in presenza di patologie associate che giustifichino tale tipo di trattamento. A lungo termine tali diete non paiono tuttavia più efficaci rispetto a strategie nutrizionali che prevedano una restrizione energetica meno severa.

I media e taluni medici di base (specie se non adeguatamente formati) consigliano spesso l'uso di regimi dietetici non bilanciati, una pratica – questa – che andrebbe scoraggiata e che nel tempo può causare una inadeguata copertura dei fabbisogni nutrizionali.

L'attività fisica

Le evidenze sperimentali disponibili indicano chiaramente che l'aumento dell'attività fisica è un valido strumento per ottenere decrementi ponderali d'entità moderata che persistono nel tempo, ma il trattamento dietetico da solo appare comunque più efficace del solo esercizio fisico. In alcuni Paesi è stata consigliata la prescrizione dell'attività fisica da parte dei medici di base.

La terapia comportamentale

La terapia comportamentale, in associazione ad altri trattamenti per la riduzione dell'eccesso ponderale, si dimostra utile nel primo anno d'intervento mentre esistono poche evidenze circa una sua efficacia su tempi più lunghi.

Il trattamento farmacologico

I farmaci anti-obesità aumentano il numero di individui che ottengono un decremento ponderale significativo, anche se limitato, nei primi due anni di terapia, ma devono essere associati al trattamento dietetico e presentano effetti collaterali. Ancora limitate sono le evidenze sperimentali circa la loro efficacia su periodi più lunghi, ed occasionali quelle relative agli effetti su disabilità e mortalità. Il National Institute for Clinical Excellence del Regno Unito ha reso disponibili le linee guida operative su sibutramina (123) e orlistat (124), due dei farmaci anti-obesità più diffusi. In diversi Paesi i costi per i farmaci anti-obesità sono coperti, con modalità diverse, dal sistema sanitario nazionale o da altri enti.

Le terapie chirurgiche

Soltanto per la chirurgia dell'obesità esistono dati scientifici certi a indicare una reale efficacia sul decremento ponderale a lungo termine (oltre 10 anni) in pazienti con obesità grave. Tale riduzione di peso si associa a vantaggi metabolici significativi, soprattutto perché si ha una diminuzione dell'incidenza del diabete tipo 2.

La chirurgia dell'obesità è efficace quando falliscono le terapie non chirurgiche. Si tratta tuttavia di interventi

dal costo elevato, che comportano un rischio di mortalità pari allo 0,5%. La chirurgia dell'obesità richiede la presenza di un team multidisciplinare, adeguatamente addestrato sia per gli aspetti chirurgici che per la gestione nel lungo periodo.

Il trattamento delle comorbidità

Le complicanze e le comorbidità dell'eccesso ponderale vanno considerate con attenzione ed occorre anche valutare la presenza di altri fattori di rischio per le malattie cronic-degenerative non trasmissibili, quali ad esempio il fumo ed il consumo di alcol. La terapia dell'obesità richiede operatori con specifiche professionalità e adeguata formazione e mira non solo alla perdita di peso ma anche alla cura delle comorbidità eventualmente presenti. Il trattamento dei fattori di rischio e delle comorbidità è altrettanto importante quanto la terapia dell'obesità; troppo spesso esso viene rinviato nell'errata convinzione che la riduzione di peso sarà sufficiente per la risoluzione delle specifiche complicanze metaboliche o di altro tipo presenti. Il binge-eating, insieme ad altri problemi psichiatrici, si associa a risultati peggiori nel trattamento dell'obesità (20); i professionisti del settore clinico-sanitario e gli psichiatri devono tenerne conto ed effettuare una valutazione dei disturbi comportamentali, anche se questi non sono segnalati nella diagnosi di ingresso (20, 21).

I modelli d'intervento: bambini e adolescenti

Le rassegne della letteratura sul trattamento dell'obesità in bambini ed adolescenti dimostrano che la riduzione del peso corporeo si associa al miglioramento di numerosi altri aspetti dello stato di salute (inclusi i fattori di rischio cardiovascolare), ma anche che è difficile ottenere risultati, in termini di decremento ponderale, realmente positivi e stabili nel tempo. L'approccio terapeutico in bambini ed adolescenti si pone solitamente l'obiettivo di limitare l'ulteriore incremento ponderale e di intervenire efficacemente su comorbidità e fattori di rischio per le malattie cronic-degenerative non trasmissibili.

La presenza di un'adeguata motivazione al trattamento è fondamentale e, se essa manca nel bambino o in un genitore di riferimento, le prospettive di successo dell'intervento divengono scarse. Gli operatori dell'area medico-sanitaria devono dunque familiarizzare con le tecniche più idonee ad ottenere ed aumentare la motivazione nei bambini e nelle loro famiglie.

Rispetto ai bambini, gli adolescenti tendono ad accettare più difficilmente una qualche forma di controllo nell'ambiente familiare o scolastico; interrompono più frequentemente la terapia e dispongono di maggiori possibilità per evitare il trattamento e fornire informazioni imprecise. Gli adolescenti sono nella posizione pericolosa di cadere nella "terra di nessuno" fra servizi di pediatria e medicina dell'adulto, rifiutano di essere trattati "come bambini" e possono mostrare uno scarso impegno, ad esempio, nel rispettare le visite di controllo. Migliorare la terapia dell'eccesso ponderale in questo caso può voler dire esplorare nuove strategie, ad esempio la comunicazione attraverso Internet, un più attivo coinvolgimento dell'adolescente nella progettazione dei programmi terapeutici e l'utilizzazione di strategie di supporto fra pari.

Il trattamento dietetico

Il trattamento dietetico offre numerosi vantaggi, ma potrebbe anche associarsi – almeno in teoria - ad alcune conseguenze negative, tra cui la perdita di massa corporea magra, la riduzione della crescita e l'aggravamento dei disturbi del comportamento alimentare. Fino alla pubertà l'obiettivo da perseguire in tutti i casi è la stabilizzazione del peso corporeo (attraverso il counselling nutrizionale), con l'eccezione dei bambini con un eccesso ponderale estremamente marcato. Per i bambini con grave obesità o moderatamente obesi ma con complicanze specifiche, si raccomandano diete ipoenergetiche bilanciate con il consumo di alimenti comunemente presenti nella dieta.

L'attività fisica

Ridurre la sedentarietà, camminare più a lungo e sviluppare programmi di attività motoria sono tutte iniziative che possono aumentare l'efficacia del trattamento dell'obesità; anche quando non riducono l'eccesso ponderale, esse possono diminuire indipendentemente la morbilità. Le strategie per aumentare il dispendio energetico prevedono l'aumento dell'attività fisica e, in altra direzione, la correzione di comportamenti sedentari quali guardare a lungo la televisione. Alcuni semplici provvedimenti (limitare le ore spese guardando programmi televisivi o videocassette, ridurre l'uso di videogiochi, ecc.) possono contribuire significativamente a diminuire il sovrappeso in bambini e adolescenti.

Anche il tipo di esercizio fisico scelto (attività integrate nella vita quotidiana come giochi, nuoto, sport, danza e uso della bicicletta piuttosto che esercizio aerobico programmato) sembra importante per ottenere una perdita di peso significativa e permanente. In entrambi i tipi di esercizio fisico si ha un incremento nella perdita di peso nella fase iniziale, ma è più probabile che bambini e adolescenti riescano ad aumentare la propria attività motoria nel lungo periodo se questa è integrata nella vita quotidiana. I medici dovrebbero poter prescrivere l'attività fisica, così come avviene per altre forme di trattamento dell'obesità.

Il supporto psicologico e familiare

Ogni intervento di riduzione dell'eccesso ponderale che voglia essere efficace deve tenerne conto del fatto che la famiglia influenza i comportamenti del bambino, sia in termini di abitudini alimentari che di attività fisica. Perché il programma terapeutico di perdita di peso abbia successo nei bambini e, in misura minore, negli adolescenti, è necessario che esso coinvolga i genitori. Nel trattamento dei bambini, i medici devono tenere conto delle potenziali barriere per il coinvolgimento dei genitori. In alcune famiglie, per motivi culturali e psicologici, i genitori possono non percepire il bambino come obeso, mentre in altri casi essi possono riconoscere che il bambino è obeso, ma rifiutano l'idea che ciò possa avere conseguenze di rilievo.

Terapie di tipo comportamentale e psicologico che aiutino ad aumentare l'attività fisica e a promuovere comportamenti alimentari sani sono considerate insostituibili per il successo a lungo termine del trattamento dell'eccesso ponderale in bambini e adolescenti obesi. Per i bambini in età prescolare, il trattamento di gruppo è più importante rispetto a quello individuale, ed è auspicabile il coinvolgimento dell'intera famiglia.

Dalla pubertà in poi, gli adolescenti creano gruppi e reti di rapporti sociali e perciò può essere più adeguato un trattamento individuale. Le modalità di trattamento possono includere la terapia comportamentale cognitiva, la terapia familiare, interventi in ambito scolastico e anche terapie presso strutture specializzate, soprattutto quando i soggetti presentano anche problemi psichiatrici associati (causa o conseguenza dell'eccesso ponderale) ed esista l'evidenza di una certa efficacia degli approcci comportamentali e psicoeducativi (125,127).

Il trattamento residenziale

In alcuni casi, gli interventi possono essere considerati più efficaci se effettuati in un ambiente più controllato, facendo ricorso a una combinazione di misure terapeutiche idonee ad affrontare comorbidità e complicanze associate all'obesità. I programmi residenziali sono idonei per i bambini più grandi e gli adolescenti che possono accettare di rimanere lontano dalla propria casa e possono più facilmente costruire rapporti sociali con i propri pari egualmente inclusi nel programma.

Il trattamento farmacologico

Si è proposto di utilizzare anche negli adolescenti le terapie farmacologiche anti-obesità disponibili per la popolazione adulta, ma nella maggioranza dei casi non esistono al momento indicazioni specifiche nel merito. Finché non saranno disponibili dati sufficienti su sicurezza ed efficacia, i farmaci anti-obesità andrebbero usati negli adolescenti e nei bambini solo su base sperimentale.

Le terapie chirurgiche

L'utilizzo della terapia chirurgica non è consigliato nelle forme comuni di obesità di bambini ed adolescenti. Sicurezza ed efficacia dei trattamenti chirurgici non sono state ancora adeguatamente valutate in questi casi ed occorre quindi ricorrere in prima istanza agli altri tipi di trattamento. La chirurgia andrebbe presa in considerazione solo quando tutte le altre terapie hanno fallito, i bambini hanno raggiunto il peso dell'adulto, e in presenza di complicazioni dell'obesità gravi e potenzialmente pericolose per la vita.

La gestione ed il trattamento: i passi successivi

L'introduzione nelle procedure di assistenza sanitaria di un counselling sullo stile di vita che si interessi di alimentazione e attività fisica, può ridurre il peso corporeo nella popolazione a costi ragionevoli. Secondo una recente rassegna della letteratura è possibile ottenere una perdita di peso del 5% entro un anno, con circa 150 euro per paziente (128).

Sono pochi gli operatori in campo clinico-sanitario che hanno ricevuto una formazione adeguata su sana alimentazione e attività fisica, o su come fissare obiettivi realistici di decremento ponderale; il trattamento dell'o-

besità viene dunque spesso iniziato senza il supporto di un programma integrato di modifiche dello stile di vita. Esiste quindi la necessità, ed essa va considerata di grande importanza, di sviluppare al meglio la formazione degli operatori destinati al trattamento degli individui obesi o a fornire specifiche attività di sostegno: sono in primo luogo medici, consulenti familiari, specialisti in attività fisica, dietisti e direttori di strutture assistenziali, i quali possono avere la necessità di coordinare interventi sul territorio e su base domiciliare.

Lo screening dell'obesità infantile può essere utile quando bambini e adolescenti obesi sono disposti ad una più approfondita valutazione delle loro condizioni e ad effettuare interventi di correzione dell'eccesso ponderale, qualora sia presente un sistema idoneo a effettuare ulteriori più approfondite valutazioni o altri esami ritenuti necessari, e se sono accessibili e disponibili programmi d'intervento nonché attività di follow-up efficaci.

Il sistema sanitario deve far fronte a un gran numero di bambini e adulti sovrappeso che si presentano anche con comorbidità specifiche, ad esempio diabete tipo 2 e coronaropatie. I Ministeri della salute e le organizzazioni professionali devono raccogliere tale sfida e far fronte alle necessità di un elevato numero di individui che potrebbero beneficiare di una specifica valutazione e assistenza.

Poiché i medici di frequente si sentono già sommersi dal carico di lavoro assistenziale, vanno individuate nuove strategie che coinvolgano altri operatori sanitari nella valutazione, nel trattamento e nel follow-up dei pazienti obesi. Inoltre, i servizi specializzati nel fornire assistenza, che sono dotati di un team con approccio multidisciplinare, devono avere una distribuzione territoriale adeguata e tempi di attesa accettabili. Si tratta di una sfida importante che nessun sistema sanitario nazionale ha ancora affrontato con successo e coerenza.

5. Sviluppo delle politiche di contrasto all'obesità

Messaggi principali

- Nessun Paese è ancora riuscito a interrompere la tendenza, al momento generalizzata, verso un aumento nella prevalenza dell'obesità, nonostante che nelle singole nazioni la consapevolezza dell'importanza del problema sia sempre maggiore e che negli ultimi anni siano stati promossi un numero crescente di piani d'intervento e di politiche specifiche.
- Nel breve periodo sia i singoli Paesi che le organizzazioni internazionali devono aumentare gli investimenti per la prevenzione dell'obesità. Una particolare attenzione va dedicata a bambini, soggetti giovani e segmenti della popolazione in cattive condizioni socioeconomiche. La stessa considerazione va riservata alle donne, considerata l'importanza dell'imprinting metabolico, il loro ruolo nella famiglia e nell'assistenza di terzi, e la loro particolare vulnerabilità nutrizionale in alcune fasi della vita.
- Se si prendono in considerazione le politiche proposte nei diversi Paesi, emerge la chiara coscienza di come sia necessario offrire un ampio portafoglio di opzioni che coinvolgano vari settori della società, così come differenti parti attive e parti interessate.
- I Ministri della Salute devono prendere atto di come le dinamiche che hanno portato all'epidemia di obesità coinvolgano settori differenti da quelli di loro specifica competenza. Il Ministero della Salute deve quindi fornire indicazioni e linee guida per garantire che tutte le parti attive e le parti interessate contribuiscano al complessivo sforzo nazionale per prevenire l'obesità attraverso una più sana alimentazione e un aumento dell'attività fisica.
- In ciascun Paese deve essere condotta un'attenta valutazione degli aspetti economici dell'obesità e delle sue conseguenze sulla salute per meglio definire le dimensioni del problema e rendere ottimale il coinvolgimento dei settori interessati. È inoltre fondamentale raggiungere un consenso fra organismi governativi e Ministeri sull'importanza del problema, sui suoi fattori causali e su quella condivisione di responsabilità che è necessaria per incidere positivamente sulla situazione presente.
- Ogni Ministero che s'interessa in vario modo dei fattori determinanti dell'obesità deve interagire, a livello nazionale, regionale e locale, con un'ampia gamma di parti interessate private, pubbliche e no profit per formulare proposte che siano poi trasferibili nella pratica.
- Il "portafoglio di investimenti" rappresenta un utile modello per la formulazione di politiche d'intervento. Esso accetta un certo grado d'incertezza dell'esito (rischio) e considera livelli differenti di rendimento (effetti dell'intervento).
- Gli interventi volti a promuovere la domanda e l'offerta di alimenti più salutari includono: sviluppo e miglioramento di linee guida per la sana alimentazione orientate agli alimenti; formulazione di misure specifiche per regolare i prezzi, imporre standard alimentari e sostenere i gruppi socialmente svantaggiati nel consumo di alimenti con un profilo nutrizionale positivo; riduzione (con la cooperazione dei mezzi di informazione di massa e dei provider di Internet) della pressione che il mercato esercita sui bambini attraverso la pubblicità; programmi educativi sull'alimentazione e miglioramento dell'etichettatura; promozione dell'allattamento al seno; miglioramento dei profili nutrizionali degli alimenti con la riduzione del loro contenuto in zuccheri aggiunti, sale e grassi saturi; disincentivazione della produzione di grassi, zucchero e alcol e promozione della coltivazione e commercializzazione di frutta e verdura; distribuzione nelle scuole di prodotti alimentari con profili nutrizionali salutari; miglioramento della ristorazione collettiva (inclusi i luoghi di lavoro).
- Gli interventi per promuovere l'attività fisica nella popolazione prendono in considerazione: economicità e semplicità nell'accesso a luoghi e strutture per l'attività fisica; promozione del trasporto "attivo" (a piedi o con la bicicletta) con tutela della sicurezza fisica dell'individuo (soprattutto in relazione al pendolarismo per raggiungere scuole e luoghi di lavoro); adozione nei luoghi di lavoro di misure atte a motivare l'individuo a essere fisicamente più attivo; modifiche nell'ambiente urbano atte a promuovere l'attività fisica; messaggi specifici rivolti alla popolazione; miglioramento dei programmi scolastici di attività fisica; promozione di

attività di ricreazione fisicamente attive e promozione di azioni di counselling individuale tramite gli operatori del sistema sanitario.

- La valutazione degli effetti sulla salute è uno strumento prezioso per incoraggiare politiche intersettoriali di prevenzione dell'obesità.
- Il coinvolgimento di più parti attive e parti interessate è un aspetto fondamentale nello sviluppo di nuove strategie per affrontare la prevenzione e la gestione delle sfide poste dall'obesità. Le parti interessate esterne al settore sanitario possono avere un ruolo chiave nell'orientamento delle politiche di salute pubblica.
- Non tutte le parti attive e le parti interessate condividono un impegno reale per la promozione della salute. Sono quindi necessarie modalità d'approccio e argomenti più persuasivi per conquistare il sostegno dei diversi settori della società; ciò può avvenire grazie a una maggiore consapevolezza del ruolo chiave che possono svolgere e di cosa possono ottenere facilitando e promuovendo la sana alimentazione e l'attività fisica. L'interesse fattivo delle parti interessate può essere rafforzato da proposte legislative o normative (piuttosto che fidando sulla sola partecipazione volontaria) che possono creare condizioni omogenee di mercato per tutti gli operatori.
- Gli enti/organizzazioni non statali e le organizzazioni di operatori con competenze specifiche possono offrire un prezioso aiuto alle politiche d'intervento in oggetto, e possono cooperare nell'istituzione e nella gestione di reti d'informazioni e di altri servizi per promuovere e valutare i risultati delle politiche d'intervento.
- Monitoraggio e valutazione sono strumenti fondamentali per determinare il progresso delle iniziative intraprese e fornire dati per la loro rivalutazione nel tempo. Richiedono mezzi e tempo sufficienti e devono essere gestiti da enti e organizzazioni non soggetti a interessi politici e commerciali.
- Le iniziative a livello sovranazionale sono fondamentali per rinforzare le politiche nazionali.

Introduzione

Nessun Paese è ancora riuscito a invertire la tendenza, al momento generalizzata, verso un aumento della prevalenza dell'obesità; questo accade anche se le diverse nazioni mostrano una sempre maggiore consapevolezza della rilevanza del problema e anche se in un numero crescente di casi sono stati promossi negli ultimi anni politiche e piani d'intervento specifici. Il rapido evolversi in senso negativo della situazione richiede soluzioni e interventi strutturali innovativi. Questo capitolo prende in considerazione i principi generali delle strategie per prevenire l'obesità e considera le varie parti interessate che sono coinvolte nel processo di formazione e realizzazione delle politiche nel merito.

I capitoli precedenti hanno enfatizzato la necessità di considerare, per le azioni di contrasto all'obesità nella popolazione e nell'individuo, una varietà di politiche che coinvolgano parti attive e parti interessate appartenenti a differenti settori della società. In termini generali si raccomanda la formulazione di una spettro di interventi ("portafoglio di investimenti") che tenga in debito conto aspetti culturali nazionali e locali così come le normative vigenti.

Gli sforzi per migliorare le abitudini alimentari e aumentare l'attività fisica dovrebbero principalmente concentrarsi, per rendere più semplice l'adozione di uno stile di vita salutare, su quei settori della società che sono i più responsabili per le condizioni generali che favoriscono comportamenti alimentari salutistici e un adeguato livello di attività fisica. L'esperienza ha mostrato come gli individui adottino più spesso scelte salutari in presenza di situazioni ambientali favorevoli. La promozione della salute che si interessa esclusivamente dell'individuo, senza modificare i fattori sociali direttamente o indirettamente coinvolti, non ottiene gli effetti desiderati e può anzi aumentare le differenze interindividuali nella stato di salute. La realizzazione delle politiche d'intervento deve coinvolgere parti attive e parti interessate, e la loro partecipazione allo sviluppo delle specifiche politiche d'intervento può fornire un prezioso aiuto e sostegno.

Devono inoltre avere la priorità le aree che manifestano necessità più urgenti e per cui sono attesi vantaggi maggiori, come ad esempio le fasce socialmente svantaggiate e quelle più giovani.

Questo approccio è stato proposto dalla Strategia globale su Dieta, Attività fisica e Salute dell'OMS (adottata nel 2002 con la Risoluzione WHA55.23 dell'Assemblea mondiale della sanità) e nell'ambito di iniziative regio-

nali quali ad esempio la Piattaforma UE su Alimentazione, Attività Fisica e Salute o nell'attuale iniziativa europea dell'OMS per il contrasto all'obesità.

È necessario un approccio che preveda un portafoglio di investimenti che tengano conto dei contesti culturali ed economici specifici e che includa misure politiche articolate su differenti livelli e varie aree d'interesse,

Occorre inoltre valutare i risultati delle politiche in corso, e ciò richiede il continuo monitoraggio degli indicatori e dei fattori determinati dell'obesità (fra questi ultimi i profili alimentari e i livelli di attività fisica). Il risultati così ottenuti devono essere utilizzati come base per revisioni regolari degli strumenti politici e delle loro modalità realizzative. Questa azione di revisione, inoltre, spetta a organizzazioni/enti indipendenti da interessi commerciali e politici, quali ad esempio osservatori sull'obesità, commissioni che operino nel settore dell'alimentazione e della nutrizione, o istituti che si interessino di di salute pubblica con il mandato specifico di preparare raccomandazioni di natura politica.

Gli interventi a livello internazionale

Sono numerosi le iniziative e i documenti di politica della salute pubblica che di recente si sono interessati a livello internazionale dei più importanti fattori di rischio per l'obesità e cioè dell'alimentazione non equilibrata e non salutare e del non adeguato livello di attività fisica.

La **Strategia Globale su Alimentazione, Attività Fisica e Salute** dell'OMS (129) propone una serie di opzioni politiche indirizzate ai governi e alle altre parti interessate. Le raccomandazioni tecnico-operative si basano sull'insieme, congruo e numeroso, delle evidenze scientifiche disponibili, mentre le raccomandazioni politiche sono state concepite sulla base della attuale situazione in termini di infrastrutture politiche, finanziarie e sanitarie, della forza lavoro e di altre considerazioni pratiche.

L'obiettivo è che i diversi Paesi e le parti interessate si orientino a prendere decisioni e a dare inizio a iniziative specifiche secondo le opzioni politiche che si adattano meglio alla situazione locale. Nonostante la chiara evidenza di un rapido svilupparsi dell'epidemia delle malattie non trasmissibili e della presenza dei relativi fattori di rischio (comuni in tutte le parti del mondo salvo l'Africa sub-sahariana), gli investimenti dei governi e delle agenzie internazionali atti a intervenire nel merito restano molto al di sotto di quanto necessario. I Paesi europei dimostrano in genere una migliore predisposizione all'azione rispetto ai Paesi delle altre parti del mondo; tuttavia, il problema delle malattie non trasmissibili assume nella Regione europea dimensioni maggiori che nel resto del Mondo; ne consegue che i Paesi di questa Regione devono comunque incrementare ulteriormente il proprio impegno in termini politici e operativi.

Negli ultimi anni si sono osservati a livello nazionale alcuni miglioramenti nelle capacità e nelle competenze relative alla prevenzione e al controllo delle malattie non trasmissibili e dei loro comuni fattori di rischio. A confronto con la valutazione globale effettuata nel 2000-2001, un maggior numero di Paesi mostra oggi reali capacità nello sviluppare politiche, piani e programmi per prevenire e controllare le malattie non trasmissibili, e parecchi hanno fornito risposte specifiche a quanto auspicato in accordo con la **Strategia globale dell'OMS su Alimentazione, Attività Fisica e Salute**. Restano tuttavia molti i Paesi che, a livello nazionale, non hanno dato risposte appropriate ai problemi legati alle malattie non trasmissibili, o non hanno risposto in alcun modo alle raccomandazioni della Strategia Globale.

Lo sviluppo e l'adozione della Strategia Globale ha determinato qualche modifica in positivo anche nel settore privato. L'Industria alimentare si è impegnata nello sviluppo di alimenti e bevande analcoliche alternativi e più salutari, e nel migliorare l'informazione nel merito fornita al consumatore. Queste iniziative sono incoraggianti ma restano occasionali e di portata limitata; è necessaria un ulteriore impulso innovativo a livello industriale per i prodotti alimentari e le bevande commerciali di maggior consumo. Le organizzazioni non governative e quelle degli operatori nella salute possono influenzare significativamente la realizzazione degli obiettivi della Strategia globale; con questi gruppi sono state stabilite relazioni di lavoro eccellenti.

La Commissione del **Codex Alimentarius**, un organismo per l'impostazione degli standard per il commercio alimentare dell'OMS e dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per Alimentazione e Agricoltura (FAO), si è adoperata per usare le sue competenze a sostegno della Strategia Globale. Tali competenze includono l'etichettatura (con le accluse possibili indicazioni nutrizionali e salutistiche), oltre le specifiche informazioni su ingredienti e composizione degli alimenti; la Commissione del Codex Alimentarius sta ora valutando come usare i suoi poteri per migliorare la capacità dei consumatori a compiere scelte salutistiche.

La **Piattaforma UE su Alimentazione, Attività Fisica e Salute** (133) è stata istituita nel 2005, sotto il coordinamento della Commissione Europea, come forum di parti interessate quali organizzazioni commerciali, professionali, di consumatori o comunque espressione della società civile. La Piattaforma ha tenuto una serie di incontri e seminari e le parti interessate hanno preso una serie di impegni ora in corso di monitoraggio e valutazione. Si prevede una rassegna della Piattaforma nel 2007. Le attività della Commissione sono state sostenute dal Comitato Europeo Economico e Sociale, organismo consultivo che comprende operatori economici, rappresentanti del mondo del lavoro ed organizzazioni della società civile, che ha inoltre dichiarato la propria opinione sulla necessità di affrontare l'obesità in modo multisettoriale. Dopo il lancio della Piattaforma, la Commissione Europea ha proposto un Libro Verde sulla promozione della sana alimentazione e dell'attività fisica, come parte di una pubblica consultazione sulle modalità per ridurre nell'UE l'obesità e la prevalenza delle malattie non trasmissibili associate. Il Libro Verde si proponeva di raccogliere suggerimenti concreti e idee sull'azione da intraprendere nei diversi settori d'interesse, a ogni livello della società, per affrontare questo grave problema e incoraggiare gli abitanti dell'Europa ad adottare stili di vita più salutari. La Commissione Europea intende pubblicare nella prima parte del 2007 un rapporto sulle conclusioni di tale pubblica consultazione, con proposte concrete circa possibili azioni e interventi su alimentazione e attività fisica.

La **Strategia Europea dell'OMS per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie Non Trasmissibili** (131) nella Regione europea, approvata dal Comitato regionale per l'Europa dell'OMS nel settembre 2006, propone una strategia complessiva che allo stesso tempo incoraggi programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie nella popolazione, sia indirizzata specificamente agli individui ad alto rischio, e renda ottimale per la popolazione l'accesso alle terapie efficaci e alle iniziative integrate (con approccio multisettoriale) su fattori di rischio e relativi determinanti, il tutto in combinazione con lo sforzo di rafforzare i sistemi sanitari migliorando prevenzione e sorveglianza.

La **Strategia Globale per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini nei Primi Anni di Vita** dell'OMS (132) promuove l'allattamento al seno esclusivo sino a 6 mesi di età e la successiva progressiva introduzione di alimenti complementari idonei e sicuri. La dimostrata relazione tra alimentazione del neonato e sviluppo precoce dell'obesità rende particolarmente importante la realizzazione nella pratica di tale strategia. La Commissione Europea ha anche pubblicato un **Piano d'Azione per la Promozione e il Sostegno dell'Allattamento al Seno in Europa**, sottolineando che esistono evidenze scientifiche convincenti circa il ruolo dell'allattamento al seno nel diminuire i rischi di infezioni nei bambini e nel ridurre il rischio di obesità nelle successive fasi della vita, così come sono positivi i suoi complessivi effetti "per le madri, le famiglie, la comunità, il sistema sanitario e la struttura comunitaria, l'ambiente e la società in generale" (133).

La **Strategia europea per la salute e lo sviluppo dei bambini e degli adolescenti** (134), approvata dal Comitato regionale per l'Europa dell'OMS nel settembre 2005, riconosce la sana alimentazione come fattore prioritario per una crescita salutare, evidenziando la necessità di prevenire l'obesità nei bambini in età scolare attraverso un approccio multisettoriale.

Il **Piano d'azione per l'Europa su Ambiente e Salute dei Bambini (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, CEHAPE)** (135), approvato nel 2004, impegna i Paesi della Regione europea a porsi come obiettivo prioritario la riduzione della morbilità ascrivibile ad una insufficiente attività fisica, promuovendo l'istituzione di strutture sicure, sorvegliate e protette a disposizione dei bambini. In particolare, tale piano d'azione si schiera a favore di misure di sicurezza stradale, della pianificazione urbanistica a misura di bambino e della diffusa fruibilità di strutture sicure e accessibili per rapporti sociali, gioco e sport.

Il **Programma paneuropeo su trasporto, salute e ambiente (transport, health and environment pan-European programme, THE PEP)** (136), adottato nel 2002, impegna i Paesi a sviluppare misure per promuovere e migliorare la sicurezza di chi usa bicicletta o cammina, con particolare riferimento ai bambini.

Le politiche nazionali sull'obesità in atto nei Paesi della Regione europea

La maggior parte dei Paesi inclusi nella Regione europea dell'OMS ha sviluppato piani d'intervento in campo nutrizionale o strategie complessive di salute pubblica che prendono in considerazione i fattori di rischio per l'obesità, mentre solo in pochi casi si è manifestato uno specifico interesse anche per la promozione dell'attività fisica. Uno specifico documento di premessa alla Conferenza Ministeriale sull'Obesità (137) fornisce una valutazione complessiva dei progressi compiuti dalle politiche su alimentazione, attività fisica e prevenzione dell'obesità. In questa sede si fornisce un'analisi sintetica dell'argomento.

- Nella Regione europea esiste un'ampia disponibilità di **documenti programmatici** che fanno in qualche modo riferimento a alimenti e nutrizione; essi non sempre si occupano come aspetto principale dell'alimentazione e talora si interessano soprattutto di attività fisica, prevenzione delle malattie cardiovascolari, salute pubblica, sviluppo sostenibile e salute ambientale. La prevenzione dell'obesità può rientrare in una iniziativa specifica (come accade in Danimarca, Irlanda, Portogallo, Slovacchia e Spagna), o è parte di un complessivo piano strategico per la sana alimentazione o di una strategia per la promozione della salute pubblica. Estonia, Finlandia, Paesi Bassi, Norvegia, Slovacchia, Slovenia e Regno Unito hanno preparato ciascuna un ulteriore documento programmatico nazionale sull'attività fisica, un tipo di iniziativa che è ora in fase di attenta valutazione nella Federazione Russa.
- Le strategie in Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Repubblica di Moldavia, Ucraina e Tagikistan, si concentrano su alimentazione e sicurezza alimentare attraverso documenti nazionali o progetti specifici per la prevenzione dei deficit di micronutrienti e la diffusione dell'allattamento al seno. Promozione dell'attività fisica e prevenzione dell'obesità sono spesso parte di questi interventi.
- Oltre a definire delle finalità generali, molti Paesi fissano taluni **obiettivi alimentari** che sono quantificati in termini numerici. Tuttavia sono pochi i casi in cui tale approccio è utilizzato in relazione a sovrappeso, obesità e attività fisica: nel Regno Unito, per esempio, l'obiettivo fissato è quello, entro il 2010, di non aumentare ulteriormente la prevalenza dell'obesità tra i bambini con meno di 11 anni; Bulgaria e Francia intendono invece ridurre il numero di individui sovrappeso e obesi del 10% e del 20%, rispettivamente.
- La maggior parte delle strategie d'intervento si sforza di identificare parti coinvolte e parti interessate; la loro partecipazione attiva è stimolata attraverso la creazione di **partnership**, reti o piattaforme, o attraverso la formale stipula di accordi scritti. Esempi di questo tipo di attività sono la Piattaforma per Dieta e Attività Fisica della Germania, la Piattaforma per gli Interventi su Dieta, Attività Fisica e Salute della Polonia, la Convenzione su Sovrappeso e Obesità dell'Olanda, le Reti per la Promozione della Salute dell'Estonia, la Rete per la Salute e per l'Attività Fisica della Svizzera, la Commissione interministeriale dell'Armenia e numerose associazioni pubblico-privato, a livello nazionale o locale, come ad esempio in Danimarca, Grecia e Regno Unito.
- Specifiche **azioni** politiche sono state realizzate in Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Norvegia, Spagna, Svezia e Regno Unito in vari scenari (scuole, luoghi di lavoro, strutture per l'assistenza sanitaria), a diversi livelli (livello nazionale, regionale e locale) e in differenti settori (ambiente, produzione agricola, attività sportiva, ricerca, alloggi).
- La maggior parte dei Paesi ha un **organismo istituzionale**, come ad esempio una commissione per gli alimenti e la nutrizione o un istituto di salute pubblica, con responsabilità che vanno dal semplice supporto tecnico alla consulenza, alla pianificazione e alla realizzazione delle strategie d'intervento. In alcuni Paesi esiste una specifica struttura di programmazione per l'obesità, come ad esempio nel caso del Consiglio nazionale Ceco per l'Obesità, dell'Associazione Danese per lo Studio dell'Obesità, della Società Portoghese per lo Studio dell'Obesità e delle Task-force sull'Obesità presenti in Irlanda e Israele. In altri Paesi, soprattutto quelli del Nord Europa, le commissioni per la definizione delle politiche della salute hanno una lunga tradizione. Recenti esempi di organismi di nuova istituzione responsabili per la formulazione di raccomandazioni e per un migliore coordinamento fra settori sono un organismo consultivo in Estonia, la Commissione per la Nutrizione in Lettonia, il Centro per l'Alimentazione e la Nutrizione nella ex Repubblica Jugoslavia di Macedonia e la Commissione per gli Alimenti e la Nutrizione in Turchia. Questi possono avere un mandato a termine (come la Task-force in Irlanda) od operare su base permanente (come ad esempio l'Osservatorio per l'Obesità in Spagna).
- Tutte le strategie politiche identificano **gruppi d'interesse** che corrispondono alle diverse età della vita. Altri gruppi d'interesse sono costituiti dagli individui di basse condizioni socio-economiche o culturali, oppure gli individui cronicamente malati, disabili, sottoposti a stress cronici o appartenenti a minoranze etniche o immigrati.
- La **scuola** è lo scenario dove ha luogo la maggior parte degli interventi; l'obiettivo condiviso è quello di modificare le condizioni ambientali per renderle più idonee a favorire attività fisica ed educazione alla salute. A Malta, una specifica task-force sta lavorando su una politica nazionale per creare un ambiente scolastico atto alla promozione della sana alimentazione. In Spagna, esiste un'iniziativa specifica per la Scuola, mentre in

Croazia è stato introdotto un approccio globale a livello scolastico. In Belgio, la Comunità Fiamminga sta attualmente sviluppando un piano strategico e operativo per il settore dell'educazione. Numerosi Paesi cercano di migliorare l'alimentazione in ambito scolastico con interventi nei punti di ristoro presenti nelle scuole o sulla refezione scolastica, come nel caso dell'Ungheria e dei Paesi Bassi con un programma nazionale per le mense scolastiche, e dell'Estonia dove saranno forniti pasti gratuiti agli alunni dal primo grado al nono e nelle scuole di formazione professionale. In Norvegia, è stato recentemente introdotto un progetto che interessa attività fisica e pasti dal profilo nutrizionale salutare, al fine di diffondere modelli di comportamento validi e aiutare le autorità scolastiche a una gestione di successo delle iniziative locali. I distributori automatici di alimenti e bevande sono un soggetto controverso degli interventi nazionali, che tendono a eliminarli o a migliorare la qualità nutrizionale dei cibi offerti. In Francia, per esempio, è stata introdotta una legge per bandire i distributori automatici dalle scuole mentre Francia, Lettonia, Paesi Bassi, Norvegia e Regno Unito cercano di fornire frutta gratuita o di facilitarne la disponibilità nelle scuole.

- Gli interventi sul **luogo di lavoro** prendono in considerazione flessibilità degli orari di lavoro, costi ridotti per l'iscrizione a corsi di ginnastica, incentivi per raggiungere il luogo di lavoro in bicicletta o a piedi, accesso a docce e strutture per cambiarsi d'abito, promozione e informazione su alimentazione e stili di vita sani e ottimizzazione delle mense aziendali. Per promuovere l'uso della bicicletta verso e dal luogo di lavoro, Austria e Svezia hanno avviato una sorta di confronto "agonistico" fra aziende. In Norvegia, una nuova normativa ambientale per i luoghi di lavoro obbliga i datori di lavoro a considerare la promozione dell'attività fisica come parte delle loro responsabilità.
- Alcuni documenti programmatici prendono in considerazione lo **sviluppo delle capacità**, inclusa la necessità di istruire adeguatamente gli operatori nel settore sanitario, i responsabili a vario titolo dell'educazione alimentare, i docenti di educazione fisica, coloro che si prendono cura dei bambini e altre parti coinvolte nelle strategie per la promozione della salute. Forniscono anche suggerimenti circa la formazione nell'area del controllo dei servizi, come ad esempio le scuole e i centri di assistenza in età pediatrica, dove pure è auspicabile un miglioramento delle politiche per la salute. L'Irlanda suggerisce lo sviluppo di programmi per formare e addestrare gli operatori sanitari in modo da gestire sovrappeso e obesità in modo appropriato e attento. La Danimarca enfatizza invece la necessità di un approccio psicologico adeguato e di buone conoscenze applicative. Il Piano Norvegese d'Azione per l'Attività Fisica si propone di introdurre nel curriculum medico la valutazione d'impatto sulla salute.
- In termini di **pianificazione urbanistica**, la maggior parte dei Paesi si interessa all'attività fisica legata agli spostamenti individuali avviando, per esempio, la costruzione di percorsi pedonali e di piste ciclabili riservate. Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Norvegia e Regno Unito dispongono tutti di strategie nazionali per favorire l'uso della bicicletta. In Italia, Malta e Regno Unito, sono state promosse iniziative per scoraggiare l'uso delle automobili e stimolare i bambini a raggiungere la scuola a piedi, come ad esempio i PediBus. A Malta, è stato creato un comitato trasporti e ambiente per promuovere la sicurezza del trasporto attivo (andare a scuola a piedi o in bicicletta). Il Jaloin project finlandese si interessa di traffico pedonale e ciclistico. Nel Regno Unito, un piano d'intervento chiamato Travelling to School, espone una serie di misure attraverso cui il governo nazionale e locale e gli istituti scolastici possono promuovere gli spostamenti a piedi e l'uso la bicicletta e l'autobus verso e dalla scuola.
- Esempi di eventi di massa, dove l'intera popolazione è chiamata ad impegnarsi in qualche tipo di attività fisica in un dato giorno, si sono avuti in Kazakistan e Svizzera.
- Misure di **politica residenziale** fanno parte del tentativo svedese di creare ambienti che favoriscano una vita fisicamente attiva, come parte del piano d'azione proposto per la sana alimentazione e l'attività fisica. In Norvegia, è in corso di revisione una legge sull'urbanistica e le costruzioni per creare maggiori opportunità per l'attività fisica.
- Vi sono numerosi esempi di progetti a livello nazionale e locale: Belgio, Federazione Russa e Regno Unito, per esempio, dispongono, in aggiunta alle proprie strategie nazionali, di politiche e programmi regionali.
- Numerosi Paesi usano, o stanno considerando, l'adozione di **misure fiscali** quali la tassazione di alimenti con un profilo nutrizionale non salutare e l'istituzione di incentivi per incoraggiare sia la distribuzione e il consumo di alimenti salutari che interventi per rendere più semplice esercitare una qualche attività motoria, ma l'obiettivo appare essere più l'aumento delle entrate piuttosto che la promozione della salute. Un documento

norvegese suggerisce specificamente di ridurre i prezzi di frutta e verdura, fornire sussidi alla loro distribuzione nelle aree più disagiate, e aumentare le tasse sugli alimenti ad alta densità energetica e scarso contenuto in nutrienti. Non ancora in vigore, è stata recentemente presentata in Svizzera una proposta sulla tassazione degli alimenti ad alta densità energetica.

- In numerosi Paesi si è avviato un dialogo con l'industria alimentare per rivedere la formulazione dei **prodotti alimentari**. Il governo del Regno Unito sta tentando di ridurre sale, zucchero e grassi aggiunti negli alimenti trasformati; inoltre svilupperà e pubblicherà una guida sulle porzioni. Nella Repubblica Ceca, la Federazione delle Industrie Alimentari e delle Bevande ha istituito una Piattaforma tecnologica e, in Grecia, è in via di sviluppo una Piattaforma per la collaborazione tra Industria alimentare e Ministero della Salute.
- La maggior parte dei Paesi sta considerando di modificare l'**etichettatura alimentare**, ed esiste la tendenza a rendere più intelligibili le informazioni e più facile la lettura delle etichette. Alcuni esempi di indicazioni facilmente comprensibili sono il simbolo svedese del buco della serratura sulle etichette alimentari, che identifica i cibi a basso contenuto in grassi, zuccheri o sale, o elevato contenuto in fibra alimentare, e il sistema del semaforo del Regno Unito, che indica i prodotti con una luce rossa, gialla o verde per indicare se i loro contenuti in grassi, grassi saturi, zuccheri e sale sono alti, medi o bassi.
- Il **marketing di alimenti e bevande per i bambini** è un problema rilevante della Regione europea. Alcuni Paesi, come ad esempio Svezia e Norvegia, hanno introdotto norme che bandiscono questa forma di pubblicità, mentre in Finlandia e Irlanda esistono linee guida, senza valore giuridico, che impongono alcune limitazioni. Altri Paesi, come ad esempio Paesi Bassi, Portogallo e Spagna, si affidano all'autoregolamentazione, secondo regole definite da commissioni formate dall'industria pubblicitaria e dei media. In Francia tutta la pubblicità televisiva e le altre forme di pubblicità degli alimenti trasformati e di alimenti o bevande contenenti grassi, dolcificanti e sale aggiunti, devono essere accompagnate da avvertenze sulla salute in accordo con i principi generali dell'educazione alimentare (fissati dall'Istituto Nazionale per l'Educazione alla Salute); in alternativa, l'inserzionista deve contribuire con una tassa (1,5% della spesa annuale per quella pubblicità) e tali fondi sono successivamente utilizzati per campagne di informazione ed educazione alimentare.

In conclusione, le politiche nazionali riconoscono l'importanza (per migliorare la salute) di un approccio integrato sui fattori ambientali, la necessità di intervenire a livello nazionale, di comunità e individuale, e l'esigenza di coinvolgere le parti interessate nella realizzazione delle politiche d'intervento. Per il successo delle politiche d'intervento e per una efficace valutazione d'esito è necessaria la definizione di obiettivi chiari e realistici, così come di priorità fra le iniziative proposte. Infine, devono essere condivise le esperienze positive e gli esempi di interventi su larga scala, e devono essere rafforzate le collaborazioni e l'armonizzazione delle iniziative a livello sovranazionale.

Lo sviluppo delle strategie e dei piani d'azione

Ai governi va riconosciuto uno specifico ruolo gestionale nello sviluppo, nella realizzazione e nel monitoraggio delle strategie e degli interventi di prevenzione dell'obesità. Come già indicato, i determinanti del rischio di obesità ricadono nella competenza di un'ampia gamma di settori e responsabilità ministeriali; per tale motivo la realizzazione di una strategia articolata sull'obesità richiede la collaborazione fra Ministero della Salute e altri Ministeri.

Le strategie di contrasto all'obesità possono essere parte di documenti più generali che si occupino di salute pubblica (ad esempio in riferimento alle malattie non trasmissibili) o essere inserite in un intervento complessivo su alimentazione, nutrizione e stile di vita, o ancora possono essere espresse in un documento indipendente che prenda in esame le relazioni esistenti con strategie e piani d'intervento su alimentazione e attività fisica.

Il Ministero della Salute può assumere coordinamento e guida dello sviluppo delle strategie, può identificare le aree di lavoro più importanti e può agire per l'istituzione di un gruppo o comitato intersettoriale che includa le parti attive nello sviluppo di un approccio multisettoriale, in collaborazione con esperti tecnici e altri parti coinvolte. Questo compito può essere efficacemente svolto attraverso agenzie nazionali specializzate.

Nella fase di preparazione, il Ministero della Salute può fornire informazioni efficaci su alimentazione, attività fisica e obesità della popolazione attraverso:

- formulazione di sistemi di monitoraggio per alimentazione, attività fisica e obesità;
- proposte di obiettivi nazionali relativi ad alimentazione, attività fisica e obesità;

- analisi dei fattori determinanti delle abitudini alimentari e dell'attività fisica;
- analisi sulla situazione presente in riferimento a obesità, alimentazione, malattie non trasmissibili e altri piani di salute pubblica, al fine di identificare aree di debolezza e di forza e le opportunità per consolidamento e espansione delle iniziative d'interesse; e
- uso dei metodi di valutazione dell'impatto sulla salute.

Nella fase di pianificazione strategica, il Ministero della Salute e gli altri ministeri coinvolti potrebbero formulare misure per il contrasto dei fattori determinanti dell'obesità che ricadono nelle rispettive aree d'interesse. Ogni Ministero e Agenzia potrebbe sviluppare una serie di misure, inclusa la revisione delle politiche esistenti. Un gruppo o comitato intersettoriale potrebbe preparare il piano preliminare d'azione e consultare gli organismi di governo locale, il settore privato e le organizzazioni non governative. Non solo le misure suggerite dovrebbero essere concrete, ma occorre identificare e avere sicurezza della partecipazione delle parti attive e della parti responsabili nella loro attuazione. Vanno presi in considerazione problemi come il finanziamento necessario per la realizzazione dell'intervento e la sua reale disponibilità. Le decisioni politiche saranno assunte in base all'efficacia prevista delle iniziative in oggetto, ai possibili effetti collaterali, alla fattibilità operativa, ai costi, alla sostenibilità e all'accettabilità da parte delle parti interessate.

L'approccio alla promozione della salute basato sugli investimenti

Il fatto che le evidenze sperimentali su protocolli interventivi siano limitate e soggette a bias relativi allo scenario in cui essi sono stati condotti, è un valido argomento per superare il classico schema delle discipline mediche (che riconosce una importanza conclusiva agli studi sperimentali controllati) e per considerare invece un schema alternativo, il "portafoglio degli investimenti", ispirato ai principi gestionali del mondo bancario e finanziario.

In questo approccio, gli interventi sono definiti come investimenti; un portafoglio di investimenti dovrebbe comprendere una combinazione di interventi sicuri, a basso rendimento, e interventi rischiosi ma potenzialmente ad elevato rendimento. Il rischio può essere stimato in base all'entità degli effetti attribuibili all'intervento e alle indicazioni disponibili sulla sua probabile efficacia. In tal senso, gli interventi intensivi su piccoli gruppi o singoli individui possono essere classificati come a basso rischio e basso rendimento, poiché determinano quasi sempre variazioni nel comportamento ma con un effetti limitati sulla prevalenza dell'obesità nella popolazione (138, 139).

Nella promozione della salute la resa degli investimenti può essere valutata in termini di miglioramenti attesi per la salute o altri aspetti d'interesse. Il rischio può essere valutato in base agli effetti dell'intervento nei vari gruppi di popolazione, alla sua incisività in un determinato gruppo di popolazione e alle previsioni della sua probabile efficacia. È necessario pure considerare le risorse di cui è atteso l'utilizzo, che – in altri termini – sono quelle che si stima siano necessarie per affrontare l'intervento; la letteratura pubblicata mostra una sorprendente mancanza di questo tipo di informazioni.

Gli investimenti nel campo sanitario possono essere anche concepiti e presentati con il rendimento dell'investimento proiettato su due dimensioni: gli effetti sulla popolazione (variabili da bassi a elevati) e la certezza di ottenere un effetto (anch'essa variabile da bassa a elevata) forniscono una variabilità complessiva dei risultati da minima (bassa certezza, basso impatto) a massima (alta certezza, alto impatto). Quindi, interventi intensivi con piccoli gruppi di individui possono garantire elevata certezza, poiché producono quasi sempre variazioni nel comportamento, ma basso impatto, poiché causano solo un leggero miglioramento sullo stato di salute della comunità nel suo insieme.

Il processo di valutare e pesare potenziali vantaggi e potenziali rischi permette di costruire una combinazione di iniziative, ovvero un portafoglio, da adottare al fine di bilanciare i rischi; in tal modo è possibile intraprendere progetti di promozione della salute senza la necessità di evidenze conclusive sulla loro efficacia. Quest'approccio consente di selezionare gli interventi sulla base dell'evidenza migliore disponibile, senza escludere strategie non sperimentate ma promettenti.

L'approccio basato sul portafoglio di investimenti può richiedere differenti tipi di informazioni, tra cui costi, efficacia stimata, capacità d'impatto stimata, sostenibilità e accettabilità. Inoltre, nel decidere sugli investimenti da effettuare è necessario prestare particolare attenzione alle scelte politiche che influenzano preliminarmente il contesto in cui vengono condotti gli interventi di prevenzione.

Le azioni essenziali

In base ai dati scientifici, alle raccomandazioni pubblicate da gruppi di esperti, alle strategie condivise a livello internazionale e alle politiche d'intervento presenti in numerosi Paesi, è possibile identificare una serie di strategie di prevenzione che sono fondamentali e vanno inserite nel portafoglio di interventi proposto. Per identificare le priorità si deve considerare la situazione a livello nazionale e la strutturazione del sistema politico, ma il successo della strategia dipende innanzi tutto dall'impegno ad agire contemporaneamente sui macrofattori e sui programmi per la popolazione generale, dalla creazione di regolamenti e normative, e da interventi nell'area dell'alimentazione e dell'attività fisica. Le politiche sui macrofattori – in particolare – devono essere sempre valutate alla luce dei loro possibili effetti sui gruppi a basso livello socioeconomico

Le azioni per promuovere la domanda e l'offerta di alimenti più salutari

1. Nel **settore agroalimentare** (produzione, trasformazione e distribuzione) è necessario operare restando coerenti con gli obiettivi generali di salute pubblica. L'attuale politica di incentivi per la produzione di zucchero e grassi andrebbe rivista a favore della produzione e commercializzazione di frutta e verdura con un'analisi più attenta degli elementi che limitano il commercio di tali alimenti (a cominciare dalle normative vigenti). Si dovrebbero inoltre incoraggiare le produzioni locali sostenibili.
2. In relazione alla **composizione degli alimenti e alla rimodulazione di taluni alimenti**, si dovrebbero incoraggiare con incentivi la produzione primaria (ad esempio gli allevatori) e l'industria alimentare a rivedere le caratteristiche nutrizionali dei loro prodotti al fine di ridurre i livelli di grassi totali, grassi saturi, zuccheri e sale aggiunto.
3. Per quanto riguarda il **prezzo degli alimenti**, si dovrebbero considerare misure economiche atte a facilitare la scelta di alimenti con un miglior profilo alimentare e limitare il consumo di grassi e zuccheri, ad esempio attraverso l'aumento del prezzo dei prodotti e delle bevande ad alta densità energetica e la riduzione del prezzo di frutta e verdura, e tenendo sempre presenti i loro effetti sui gruppi a basso reddito.
4. In tema di **distribuzione e marketing alimentare**, urbanisti e governi locali dovrebbero considerare l'ubicazione dei negozi di alimentari. Andrebbero sostenuti i mercati locali garantendo la presenza dei vari tipi di negozi di generi alimentari. I venditori al dettaglio andrebbero incoraggiati a rendere più facilmente disponibili alimenti salutari in tutti i punti vendita, con prezzi accessibili per i gruppi a basso reddito. Nei diversi punti vendita andrebbero incoraggiate le promozioni commerciali che interessano alternative alimentari più salutari, scoraggiando quelle meno salutari. La presenza delle rivendite di alimentari andrebbe considerata nel contesto della pianificazione urbanistica.
5. Per quanto riguarda la **ristorazione collettiva**, tale settore privato andrebbe incoraggiato a fornire scelte alimentari compatibili con le linee guida per una sana alimentazione. La ristorazione da asporto e i self-service dovrebbero evitare, aiutati da incentivi specifici sui prezzi, di offrire alimenti ad elevata densità energetica e porzioni eccessive di cibo.
6. In tema di **pubblicità e promozione alimentare**, si dovrebbe ridurre la promozione commerciale per gli alimenti e le bevande non alcoliche destinate ai bambini, attraverso un sistema di autoregolazione dell'industria e una normativa specifica. Come promozione si dovrebbero intendere tutte le forme di comunicazione che includono concorsi, promozioni nei punti di vendita, confezioni, gare, lotterie, omaggi, pubblicità indiretta, sponsorizzazioni, uso di celebrità come testimonial, uso di personaggi dei cartoni animati, e i nuovi mezzi di comunicazione come telefoni cellulari e Internet, oltre alla pubblicità sui media.
7. **L'etichettatura alimentare** dovrebbe essere tale da individuare i prodotti che contengono elevate quantità di grassi, zuccheri, energia e sale. L'etichettatura nutrizionale dovrebbe essere presentata con modalità facilmente comprensibili, standardizzata e basarsi su un sistema ampiamente accettato di valutazione del profilo nutrizionale.
8. **Nelle scuole e negli asili infantili** dovrebbe essere garantita una ristorazione scolastica conforme alle linee guida per una sana alimentazione, offrendo spuntini a base di frutta e verdura ed acqua come bevanda, eliminando quegli alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso contenuto in nutrienti che sono tipici dei distributori automatici.

9. Nel **luogo di lavoro**, dovrebbe essere disponibile una varietà di scelte alimentari che siano compatibili con le linee guida per una sana alimentazione. Dovrebbero altresì essere presenti incentivi sui prezzi e dovrebbero essere promosse alternative nutrizionali più sane.
10. Negli **ospedali** non dovrebbero essere presenti fast-food e distributori automatici che forniscano alimenti ad alta densità energetica e scarso contenuto in nutrienti.
11. Per quanto interessa **informazione ed educazione**, si dovrebbero effettuare regolarmente campagne di educazione alimentare e marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al sovrappeso. Si dovrebbe promuovere una cultura degli stili di vita salutari inserendo nei programmi televisivi e sulla carta stampata messaggi sull'importanza delle modifiche comportamentali. Andrebbe infine incoraggiata l'educazione alimentare nelle scuole.
12. Si dovrebbero sviluppare e definire **linee guida per la sana alimentazione orientate agli alimenti e livelli di riferimento per gli apporti di nutrienti**, quando possibile anche attraverso dei processi di standardizzazione internazionale.
13. Si dovrebbe incoraggiare **l'allattamento al seno** piuttosto che **l'alimentazione complementare** dei neonati, conservando e - se necessario - aumentando gli ospedali a misura di bambino, rafforzando il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e sviluppando politiche del lavoro per le donne, tali da consentire congedi di maternità sufficientemente lunghi e adeguati aiuti nel luogo di lavoro. Si dovrebbero infine fornire linee guida per l'alimentazione infantile, oltre ad attività di formazione e supporto per le mamme.

Gli interventi per promuovere l'attività fisica nella popolazione

1. Gli **operatori nel campo sanitario** dovrebbero fornire suggerimenti e prescrizioni idonee nell'ambito della medicina di base.
2. In Europa il sistema degli spostamenti individuali può fornire un'eccellente opportunità, sebbene ancora poco utilizzata, di raggiungere quel livello di attività fisica moderata che serve a garantire vantaggi generalizzati per la salute. Rendere più facile la scelta di un **trasporto attivo** (spostamenti individuali legati ad un impegno fisico) richiede di affrontare - fra l'altro - il problema della sicurezza di ciclisti e pedoni (soprattutto bambini).
3. **Scuole e asili infantili** dovrebbero fornire a bambini e adolescenti migliori e più numerose opportunità per svolgere attività fisica. Differenti attività curriculari ed extracurriculari svolte negli asili infantili e nelle scuole possono contribuire per una parte notevole ai 60 minuti quotidiani di attività fisica di vario tipo che sono raccomandati per le fasce più giovani della popolazione.
4. **Progettazione urbana e strutture residenziali** possono facilitare o rendere più difficile esercitare un'attività motoria e conservare uno stile di vita attivo. Le caratteristiche ambientali influenzano le opportunità offerte alla popolazione e la volontà di dedicarsi all'esercizio fisico negli spazi comuni, dove dovrebbero comunque essere garantite sorveglianza e sicurezza.
5. In riferimento alle **attività ricreative all'aperto**, la ridotta attività fisica sul luogo di lavoro e a casa, e la maggior quantità di tempo libero disponibile per la maggior parte delle persone, sono presupposti logici per aumentare l'attività fisica da svolgere nel tempo libero. Dopo decenni in cui la priorità è stata data agli sport organizzati e alle discipline sportive specializzate attraverso lo sviluppo e l'uso di strutture ad hoc, compresi molti centri di allenamento costosi e specializzati, devono essere ora considerati come priorità non gli sportivi, ma gli individui che presentano livelli di attività fisica non sufficiente; questi devono avere un più facile accesso ad infrastrutture adeguate per la cui costruzione e disponibilità devono essere considerati degli idonei investimenti. Si dovrebbero pure creare a livello locale le condizioni necessarie a motivare gli individui ad impegnarsi in attività ricreative fisicamente attive. Si dovrebbero infine offrire strutture idonee e accessibili per svolgere attività ricreative o sportive, sempre tenendo presente la necessità di una specifica attenzione per i gruppi di individui svantaggiati.
6. Il **luogo di lavoro** dovrebbe essere lo scenario ideale per promuovere l'attività fisica negli adulti. I risultati migliori si ottengono con un programma di attività motoria (con progressivo allenamento), preferibilmente concepito tenendo conto dell'attività fisica richiesta dal lavoro e dalle capacità individuali, con un livello di

intensità da moderata ad energica e su base regolare, preferibilmente tre volte alla settimana; un'attenzione particolare va dedicata alla partecipazione degli individui sedentari. Andrebbero anche prese in considerazione misure fiscali per promuovere l'attività fisica, come ad esempio agevolazioni fiscali per i datori di lavoro.

Gli interventi specifici per il servizio sanitario

1. A livello di assistenza di base, si dovrebbero fornire **orientamenti** su alimentazione e stili di vita per aiutare gli individui a mantenere un peso accettabile e bloccare la progressione dal sovrappeso all'obesità; in tal senso è opportuno l'uso di linee guida per la sana alimentazione orientate agli alimenti. Dovrebbero ricevere particolari attenzioni e consigli i soggetti a rischio maggiore, come ad esempio i bambini figli di genitori sovrappeso, le donne in gravidanza, le donne in menopausa e gli individui che stanno modificando, per vari motivi e in termini non salutistici, il proprio stile di vita. Una interessante alternativa (o integrazione) è fornita dalla possibilità di intervenire sul livello di attività fisica. Le strutture di assistenza alla maternità e di assistenza pediatrica dovrebbero fornire orientamenti specifici sull'alimentazione in gravidanza e sull'alimentazione di neonati e bambini nei primi anni di vita.
2. Per quanto riguarda **diagnosi e trattamento** delle comorbidità associate all'obesità, nell'assistenza di base dovrebbero essere regolarmente effettuate almeno le più semplici misurazioni antropometriche quali l'IMC e la circonferenza della vita, in associazione con lo screening dei fattori di rischio associati (pressione sanguigna, lipidemia, glicemia). Le diete ipoenergetiche e l'aumento dell'attività fisica sono strumenti efficaci per ottenere e conservare una moderata perdita di peso; in tal senso la dieta da sola sembra più efficace del solo esercizio fisico. Per i bambini con grave obesità o moderatamente obesi ma in presenza di comorbidità, si raccomandano diete ipoenergetiche bilanciate comunemente disponibili. Il trattamento delle comorbidità e dei fattori di rischio è altrettanto importante quanto la terapia dell'obesità.
3. Per quanto riguarda la **qualità del servizio** assistenziale, il Ministero della Salute e le organizzazioni dei medici e degli operatori sanitari dovrebbero formulare raccomandazioni cliniche per lo screening e il trattamento dell'obesità. Il settore pubblico dovrebbe altresì impedire l'utilizzo di pratiche diagnostiche e terapie dietetiche la cui base scientifica non sia certa.

Gli interventi sulla formazione e sulla ricerca

1. Le diverse categorie di medici e operatori sanitari (coinvolti nell'assistenza sanitaria per maternità, pediatrica, dentale, primaria, secondaria e scolastica) dovrebbero ricevere una **formazione specifica** sugli stili di vita salutari e sulle modalità idonee alla loro promozione. Il personale medico e sanitario dovrebbe avere una formazione su prevenzione e trattamento dell'obesità in età evolutiva e in età adulta. Occorre prestare particolare attenzione agli individui con disturbi psichiatrici (inclusi i disturbi del comportamento alimentare) e obesità patologica, che richiedono la presenza di competenze psicologiche come parte di un approccio multidisciplinare.
2. I ricercatori dovrebbero essere coinvolti nell'**acquisizione di nuove evidenze** scientifiche anche attraverso l'ideazione e la realizzazione di progetti pilota, e l'analisi degli effetti sulla salute ottenuti dalle misure politiche già prese.
3. L'**analisi costo-efficacia** delle politiche in corso dovrebbe guidare le scelte delle parti responsabili e delle parti attive.
4. Andrebbe istituito e mantenuto un **sistema di monitoraggio** per la valutazione nel tempo delle variazioni nei fattori di rischio e nelle variabili di esito.

Le iniziative nel merito dovrebbero essere intraprese non solo a livello nazionale, ma anche a livello di autorità regionali e locali, e dovrebbero essere personalizzate in base alle necessità della popolazione e al contesto culturale e normativo. Tali iniziative dovrebbero essere condotte in tutte le fasce d'età, ma con una particolare enfasi per l'età evolutiva (infanzia e adolescenza). La legislazione dovrebbe essere considerata un importante strumento di azione governativa.

Il ruolo delle parti interessate

Nell'ambito del stesso sistema sanitario sono varie le iniziative che possono garantire l'efficace prevenzione a

livello di popolazione generale, la prevenzione selettiva negli individui ad alto rischio e una ottimale offerta assistenziale. Nel merito vanno identificate, rese disponibili e utilizzate risorse adeguate. Si dovrà razionalizzare l'uso delle risorse esistenti, per affrontare in modo opportuno il problema dell'obesità nei diversi livelli d'assistenza e in relazione alle diverse specialità mediche. Principale responsabilità del settore sanitario è quella d'investire nella promozione sanitaria attraverso la realizzazione di interventi sulle comunità e di iniziative per la popolazione generale che abbiano l'obiettivo di modificarne lo stile di vita; questo lascia prevedere la necessità di un sostanziale investimento in risorse umane. Tutti gli operatori (medici, dietologi, infermieri) devono ricevere una formazione nutrizionale adeguata, e i medici di base devono acquisire la capacità di fornire corretti orientamenti sullo stile di vita; è anche necessario investire in materiali da utilizzare nelle strutture per l'assistenza di base, in modo da rendere possibile la valutazione di più fattori di rischio. Il sistema sanitario dovrebbe assicurare una qualità standard dei servizi, con la definizione di specifici protocolli, la riduzione dei tempi di attesa e la garanzia della disponibilità omogenea di servizi assistenziali in tutto il Paese, soprattutto nelle zone più svantaggiate. Il settore pubblico dovrebbe infine garantire una adeguata qualità dei servizi nel settore privato, ed evitare l'uso di pratiche non appropriate, come ad esempio la prescrizione di raccomandazioni dietetiche che non siano giustificate dalla letteratura scientifica.

Considerato la variabilità nei fattori determinanti dell'obesità, la soluzione del problema richiede il coinvolgimento di numerose amministrazioni pubbliche in aggiunta al Ministero della Salute. Fra queste ci sono strutture amministrative che si occupano di agricoltura, educazione, commercio, trasporti, assistenza sociale, abitazioni e pianificazione urbanistica, finanza, cultura, mezzi di comunicazione e sport. Il sistema sanitario deve quindi dimostrare una maggiore capacità nel diffondere e promuovere la coscienza dei possibili vantaggi della collaborazione fra settori diversi, allo scopo di ottenere il sostegno delle altre parti interessate; Le strutture di governo locale e le comunità locali dovrebbero essere sollecitate e motivate anche da un clima di compartecipazione che va rafforzato attraverso un sistema organico di contatti e accordi; anche a livello locale si dovrebbe procedere attraverso interventi multisettoriali.

Nel settore privato, le parti interessate vanno ben oltre l'area della produzione agroalimentare, della commercializzazione e della pubblicità; ad esempio un contributo significativo può essere atteso da ditte e industrie che si occupano di costruzione e progettazione, di innovazione, del settore automobilistico e dell'intrattenimento, dei mezzi di comunicazione e dell'informatica. In partenza tutte le parti interessate devono concordare sui ruoli specifici svolti da ciascuna di esse; ad esempio l'industria alimentare e delle bevande deve essere pienamente consapevole del proprio ruolo nelle iniziative di contrasto all'obesità infantile.

Le organizzazioni non governative e altri soggetti della società civile, incluse le associazioni di parti attive o operatori professionali con competenze specialistiche, le organizzazioni dei consumatori e i gruppi di base spontanei che nascono all'interno della società, possono tutti offrire un prezioso aiuto politico e favorire un miglior utilizzo di importanti reti di contatti e di risorse con il risultato di aiutare a consolidare le proposte d'intervento e migliorarne i risultati.

Il coinvolgimento delle parti interessate significa allocare risorse per garantire il successo dei processi di consultazione, partecipazione e collaborazione, tutti elementi essenziali per lo sviluppo e la successiva realizzazione delle strategie di salute pubblica, soprattutto in tema di prevenzione. Definire le parti legittimamente interessate e stabilire le modalità per gestirne il coinvolgimento, sono aspetti importanti da tener presente nella formulazione di nuove strategie per il contrasto all'obesità. Occorre inoltre gestire con attenzione il processo di armonizzazione delle differenti posizioni e necessità, come espresse dalle parti interessate del settore pubblico e del settore privato, dalle organizzazioni non governative e dei gruppi di base presenti nella società

La partecipazione delle parti interessate implica anche la condivisione di una prospettiva di collaborazione e cooperazione, con la disponibilità a costruire rapidamente il consenso intorno alle strategie politiche scelte. Sfortunatamente, ciò accade di rado. Come ha mostrato il caso tabacco, i governi dovrebbero essere preparati ad adottare una strategia parallela di misure legislative e regolatorie, ma anche utilizzare approcci innovativi che permettano di ottenere i massimi vantaggi dalla partecipazione delle parti interessate.

Il mondo della produzione e della commercializzazione degli alimenti con tutta probabilità resisterà ai tentativi di limitare la libertà di mercato. Le strategie per affrontare tale problema dovrebbero basarsi sulle esperienze maturate nel controllo di fattori negativi per la salute pubblica quali alcol, tabacco e lattini artificiali. I controlli sul mercato possono essere motivati dal riconosciuto diritto dei bambini a vivere in un ambiente libero dallo sfrut-

tamento commerciale. L'articolo 17 della Convenzione sui diritti del fanciullo, dichiara specificamente che i Paesi dovranno "incoraggiare lo sviluppo di linee guida appropriate per la protezione del fanciullo da informazioni e materiali dannosi per il suo benessere" (140).

Sono necessari meccanismi di monitoraggio per valutare le iniziative delle parti interessate: innanzitutto, per stimare l'efficacia attesa, quindi per controllare quanto è prodotto e infine per valutare gli effetti sull'obesità o i relativi fattori causali. Ciascun progetto dovrebbe essere valutato per stabilire se sia in grado di raggiungere una percentuale significativa della popolazione o risulti fine a se stesso. L'esperienza suggerisce che le relazioni fra settore pubblico e settore privato debbano essere regolate e condotte in modo trasparente, per non dare l'impressione che il settore pubblico stia semplicemente appoggiando le iniziative di quello privato, cosa che può avvenire ad esempio fornendo informazioni parziali, distorte o poco chiare, che potrebbero non contribuire alla salute pubblica ma addirittura aumentare i problemi sanitari.

La valutazione delle politiche

Il monitoraggio e la valutazione sono componenti essenziali delle politiche e dei programmi di salute pubblica e andrebbero inclusi in ogni iniziativa politica.

- Ogni Paese deve standardizzare e definire con chiarezza gli indicatori di esito, renderli misurabili ed esplicitamente associati agli obiettivi di salute pubblica da perseguire.
- Gli indicatori andrebbero usati per misurare non solo l'esito, ma anche il processo e i prodotti delle politiche e dei programmi d'intervento.
- La valutazione degli effetti sulla salute delle politiche d'intervento, specialmente per quanto interessa l'obesità, può essere utile a potenziare i tentativi dei governi a contrastare l'obesità, migliorare salute e benessere della popolazione e ridurre le ineguaglianze nell'assistenza sanitaria. È uno strumento necessario per valutare gli effetti sulla salute di tutte le politiche d'intervento a livello nazionale o locale, ed è utile per incoraggiare un approccio multisettoriale all'obesità.
- Per motivi pratici, molti studi sull'obesità misurano l'effetto degli interventi a livello locale, di comunità, o nell'ambito di una data iniziativa mentre spesso non sono valutati gli effetti di progetti o politiche che interessino a livello nazionale i determinanti sociali più importanti dell'obesità e la complessiva presenza di un ambiente obesogenico. Al momento tale tipo di valutazione può risultare di particolare utilità proprio perché mancano evidenze convincenti degli effetti delle politiche o dei programmi a livello nazionale.
- Urge valutare l'obesità a livello locale, nazionale e internazionale. Scarseggiano dati sull'attività fisica dei bambini in età prescolare e nella scuola primaria.
- Vanno valutati a livello nazionale e internazionale i fattori generali determinanti dell'obesità, come ad esempio disponibilità di alimenti con profili nutrizionali salutari o non salutari, prezzi, situazione del mercato ed etichettatura; occorre anche studiare le interazioni fra questi fattori determinanti e le condizioni socioeconomiche della popolazione.
- La valutazione di come i programmi d'intervento sono realizzati permette di provvedere alla loro revisione e modifica, ove necessario. L'esperienza suggerisce che riescono a soddisfare meglio tale compito enti e organizzazioni che siano indipendenti da influenze commerciali e politiche; esempi in tal senso sono gli osservatori sull'obesità, le commissioni su alimentazione e nutrizione e gli istituti per la salute pubblica. Fra i loro compiti ci sono anche la pubblicazione a intervalli regolari di risultati scientifici da lavori originali e rassegne scientifiche di pubblico uso.
- Gli organismi che presiedono al monitoraggio devono essere indipendenti da influenze politiche e commerciali e dovrebbero pubblicare regolarmente rapporti sugli argomenti d'interesse.

Lo sviluppo delle politiche: i passi successivi

La società deve essere preparata ad accettare modifiche significative nei propri valori e nelle proprie tendenze culturali, con le relative implicazioni per la catena alimentare, i servizi sociali, le attività ricreative, anche nella prospettiva di un più complessivo rispetto dell'ambiente. Di base, deve essere sempre garantita la libertà delle

scelte individuali, ma occorre considerare seriamente l'uso di strumenti legislativi e normativi che permettano l'esercizio di tale facoltà in modo pienamente informato, e che garantiscano inoltre il diritto degli individui, soprattutto dei bambini, alla sicurezza e alla massima garanzia della propria salute.

Gli interventi politici per il contrasto all'obesità che mettono in primo piano educazione alla salute e informazione possono risultare meno efficaci nelle fasce della popolazione in cattive condizioni sociali, economiche e culturali; gli individui in tali condizioni non hanno, o sentono di non avere, i mezzi per trasformare le raccomandazioni in azioni. In particolare, quando sono necessarie specifiche risorse (in termini di denaro, tempo libero o capacità) per migliorare l'alimentazione o aumentare la propria attività fisica, solo i gruppi dotati di tali risorse possono realmente modificare il proprio comportamento in base a quanto proposto dall'educazione alla salute; di conseguenza tali tipo di strategie educative, da sole, possono avvantaggiare solo i gruppi di popolazione in condizioni socioeconomiche migliori, con il risultato finale di aumentare le differenze fra essi e i soggetti più svantaggiati. A evitare ciò, le strategie per la promozione della salute devono quindi includere misure specifiche per garantire che anche gli individui in peggiori condizioni socioeconomiche possano realmente adottare le scelte più adeguate.

L'enfasi andrebbe spostata dagli interventi basati sull'individuo a quelli basati sulla popolazione. Ad esempio, un ragionevole punto di partenza per promuovere l'attività fisica è fornito dall'approccio ecologico, che prende in considerazione le interazioni degli individui con gli ambienti fisici e socioculturali e il ruolo nel merito dei diversi settori della società.

Sono necessari maggiori investimenti per la prevenzione dell'obesità. Il costo di tali interventi deve essere valutato a fronte dei costi del mancato intervento, in termini non solo dell'assistenza aggiuntiva richiesta per i soggetti obesi, ma anche di perdita di produttività, di costi per l'assistenza sociale e familiare e delle difficoltà a livello individuale.

I Paesi europei sono fra quelli all'avanguardia nello sviluppo di sistemi innovativi per la promozione dell'attività fisica attraverso una idonea progettazione urbanistica e lo sviluppo di strutture per il tempo libero e la pratica dello sport; esempi di applicazioni virtuose in tal senso possono essere condivisi attraverso appropriate reti informative. Analogamente, molti governi europei hanno una lunga storia di politiche per la salute volte alla promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione, e alla protezione delle risorse alimentari tradizionali e dei relativi metodi di produzione; tali esperienze dovrebbero essere condivise anche attraverso reti informative.

Occorre riesaminare la capacità di realizzazione delle politiche d'intervento: per esempio, la mancanza di operatori del campo sanitario sufficientemente qualificati ed esperti, specializzati nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità, richiede programmi di formazione innovativi e originali basati su standard paneuropei.

Il settore privato deve fare di più per la promozione della salute attraverso un miglioramento nell'offerta di prodotti, nelle modalità di commercializzazione e nelle informazioni fornite ai consumatori. Nell'ambito degli incentivi governativi al settore privato vanno considerati come mezzo d'intervento i contratti di ristorazione collettiva per il settore pubblico, che possono essere usati per incoraggiare la produzione e distribuzione di prodotti alimentari con migliori caratteristiche nutrizionali.

Le organizzazioni non governative possono essere più attivamente coinvolte nel migliorare gli interventi e le iniziative sostenute dalle istituzioni e dagli enti responsabili della promozione della sana alimentazione e dell'attività fisica. Le loro attività andrebbero incoraggiate come parte delle politiche nazionali di sviluppo.

La formulazione di un'iniziativa internazionale forte e coordinata per il contrasto all'obesità è allo stesso tempo una sfida e un'opportunità, poiché numerose iniziative sono per natura trans-nazionali per caratteristiche e potenziali effetti.

Per affrontare il crescente problema che l'epidemia di obesità rappresenta per la salute pubblica, l'economia e lo sviluppo, i ministri e i delegati che hanno partecipato alla Conferenza ministeriale europea sull'azione di contrasto all'obesità dell'OMS (a Istanbul, Turchia, 15-17 novembre 2006), in presenza della Commissione Europea per la Salute e la Tutela del Consumatore, hanno adottato la Carta europea sulle iniziative di contrasto all'obesità (Allegato 1). Lo sviluppo della Carta ha coinvolto differenti settori governativi, organizzazioni internazionali, esperti, società civile e settore privato, attraverso un pubblico dibattito e consultazioni. Si prevede che la Carta produrrà nella Regione europea degli effetti significativi, costituendo un esempio e mobilitando gli sforzi globali.

BIBLIOGRAFIA³

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894) (<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>).
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
3. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243.
4. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html).
5. WHO Global NCD InfoBase: WHO global comparable estimates [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon).
6. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:11–25.
7. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1.* Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>).
8. Yngve A. *Intake of fruit and vegetables in European children and their mothers, folate intake in Swedish children and health indicators – Overweight, plasma homocysteine levels and school performance* [dissertation]. Stockholm, Karolinska University Press, 2005.
9. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1).
10. Elgar FJ et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37:371–375.
11. Baird J et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 2005, 331:929.
12. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265–1271.
13. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
14. Muenning P et al. Gender and the burden of disease attributable to obesity. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(9):1662–1668.
15. Burke JP et al. Impact of case ascertainment on recent trends in diabetes incidence in Rochester, Minnesota. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(9):859–865.
16. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:24–32 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/96/9/1662>).
17. Department of Health – Economic and Operational Research. *Life expectancy projections, Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends).* London, The Stationery Office, 2004.
18. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101:518–525.

³ La documentazione in formato elettronico è stata consultata in data 17 gennaio 2007.

19. Weil E et al. Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 88:1265–1268.
20. Delvin M et al. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000;157(6), 854–866.
21. van Hanswijck de Jonge P et al. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 2003, 33(7):1311–1317.
22. *Evaluation du coût de l'obésité en Belgique*. Brussels, Institut Belge de l'Economie de la Santé, 2000 (Briefing 29).
23. Thompson D et al. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001, 9:210–218.
24. Thompson D et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:2177–2183.
25. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359–362.
26. Detournay B et al. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:151–155.
27. Levy E et al. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1995, 19:788–792.
28. Schmid A et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Praventivmed*, 2005, 50(2):87–94.
29. Polder JJ et al. *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld* [Cost of illness in the Netherlands: disentangling the care euro]. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
30. Polder JJ, Achterberg PW. *Cost of illness in the Netherlands – Highlights*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
31. Borg S et al. Obesity, survival and hospital costs – Findings from a screening project in Sweden. *Value in Health*, 2005, 8(5):562–571.
32. House of Commons Health Committee. *Obesity: third report of Session 2003–04. Volume I, report together with formal minutes*. London, The Stationery Office, 2004.
33. *Report on the weight status of NSW: 2003*. Sydney, New South Wales Center for Public Health Nutrition, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/r/pdf/weight_nut.pdf).
34. Birmingham CL et al. The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:483–488.
35. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29(1):90–115.
36. Kuriyama S et al. Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1069–1074.
37. Swinburn B et al. Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21:891–896.
38. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158:466–472.
39. Colditz GA. Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55(2):503–507.
40. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 1998, 6:97–106.
41. Finkelstein EA et al. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs*, 2003 (W3):219–226 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.219v1>).
42. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>).

43. Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005 (http://www.oxha.org/knowledge/publications/05-meeting-documentation/economics_of_chronic_disease_26oct.pdf/view).
44. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940–946.
45. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260–275.
46. Power C. Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 308:1153–1156.
47. Mackenbach JP, Kunst AE. Health and social inequality in Europe. Classification used in paper was misleading [letter]. *British Medical Journal*, 1994, 309:57.
48. Armstrong J et al. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population-based cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, 88:671–675.
49. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, 2005.
50. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (WHO European Office for Investment for Health and Development Working Paper 2005/1) (http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf).
51. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:353–363.
52. European Opinion Research Group EEIG. *Eurobarometer: physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183–6/Wave 58.2) (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf).
53. Elmadfa I, Weichselbaum E, eds. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2004, 48(Suppl. 2).
54. Agudo A et al. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1179–1196.
55. Kumanyika S et al. Obesity prevention: the case for action. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:425–436.
56. Petersen L et al. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:105–112.
57. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99:765–770.
58. Laaksonen DE et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, 2005, 54:158–165.
59. Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1010–1018.
60. Stubbs J et al. Energy density of foods: effects on energy intake. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2000, 40:481–515.
61. Howard BV et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. The women's health initiative dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(1):39–49.
62. Howarth NC et al. Dietary fibre and weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:129–139.
63. Mattes RD, Rothacker D. Beverage viscosity is inversely related to postprandial hunger in humans. *Physiology & Behavior*, 2001, 74:551–557.
64. Pereira MA et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 2005, 365:36–42.
65. Ledikwe JH et al. Portion sizes and the obesity epidemic. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:905–909.
66. He K et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1569–1574.

67. Schulz M et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC Potsdam cohort. *Journal of Nutrition*, 2002, 132:1335–1340.
68. Tooze JA et al. Psychosocial predictors of energy underreporting in a large doubly labelled water study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:795–804.
69. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>).
70. Harrington KE et al. Macronutrient intakes and food sources in Irish adults: findings of the North/South Ireland Food Consumption Survey. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1051–1060.
71. *Zo eet Nederland 1998: resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998* [This is how the Netherlands eats in 1998: results of the 1998 food consumption survey]. The Hague, Netherlands Nutrition Centre, 1998.
72. De Vriese SR, et al. Enquête de consommation alimentaire Belge 1 – 2004 [web site]. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2006 (<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/foodfr/table04.htm>).
73. DAFNE data food networking. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [online database]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb>).
74. French SA. Public health strategies for dietary change: schools and workplaces. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:910–912.
75. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>).
76. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, Norway, 2–5 May 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>).
77. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report*. Glasgow, Centre for Social Marketing, 2003 (http://www.ism.stir.ac.uk/projects_food.htm).
78. McGinnis JM et al. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
79. Lobstein T, Dobbins S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
80. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701–709.
81. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670–674.
82. Finkelstein E et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239–257.
83. Carpenter K et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:251–257.
84. Allison DB et al. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2003, 54(4):565–567.
85. Faulkner G et al. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108(5):324–332.
86. Meyer JM. Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill inpatients: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2002, 14(1):39–45.
87. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(Suppl. 7):4–18.
88. Allison DB et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156:1686–1696.
89. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 1998, 22(6):578–583.
90. French SA et al. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, 1995, 3:479–490.

91. Falkner NH et al. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 2001, 9:32–42.
92. McElroy SL et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(5):634–651.
93. Summerbell C et al. *A systematic review of the effectiveness of interventions, including family interventions (in children aged 5–12), to prevent excess weight gain or maintain a healthy weight in children aged between two and five years*. Middlesborough, University of Teesside, 2005.
94. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1 to 5 years: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
95. Jackson Y et al. Summary of the 2000 Surgeon General's listening session: toward a national action plan on overweight and obesity. *Obesity Research*, 2002, 10(12):1299–1305.
96. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54:1–11.
97. Aldana SG et al. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(5):296–320.
98. Lowe CF et al. Effects of a peer modelling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58:510–522.
99. Damon S et al. PRESTO – Prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47–48.
100. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765–771.
101. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:315–324.
102. Nielsen J, Gerlow J. *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn* [Evaluation of a project for families with overweight children]. Copenhagen, Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge, 2004.
103. Muller MJ et al. Prevention of obesity – More than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 2001, 25(1):66–74.
104. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291–298.
105. Eliakim A et al. The effect of a combined intervention on body mass index and fitness in obese children and adolescents – A clinical experience. *European Journal of Pediatrics*, 2002, 161:449–454.
106. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18:287–296.
107. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611–619.
108. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1027–1029.
109. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1029–1032.
110. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(4 Suppl 1):73–107.
111. Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:994–1001.
112. Palmer D. *Expanding waistlines/contracting multiples?* Warburg, UBS Investment Research, 2005.
113. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2).
114. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html).

115. Smed S et al. Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy. *XIth International Congress of the European Association of Agricultural Economists, Copenhagen, Denmark, 24–27 August 2005* (http://www.eaae2005.dk/CONTRIBUTED_PAPERS/S23_474_Jensen&Smed.pdf).
116. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25–27/08/03*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308) (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf).
117. Aimbetova G. A health boost for school children. *Network News: European Network of Health Promoting Schools*, 2002, 7:50 (<http://www.euro.who.int/document/enhps/ENHPSnews072002.pdf>).
118. Case study of Norway. In: *UK law: briefing paper*. Cambridge, Baby Milk Action, 1997 (<http://www.babymilkaction.org/pages/uklaw.html#1>).
119. *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan: elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities through local production for local consumption*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e72949.pdf>).
120. Carr S. Water in school is cool! *Health News for Schools*, 2004, 16:2 (<http://www.beh.nhs.uk/healthwise/pdf/Schlnews16.pdf>).
121. What is a walking bus [web site]? Welwyn Garden City, Mouchel Parkman Services, 2003 (<http://www.walkingbus.com>).
122. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's "Fighting Fat, Fighting Fit" campaign. *Health Education Research*, 2001, 16:343–355.
123. *Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.31).
124. *Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.22).
125. Loh C et al. A comprehensive review of behavioural interventions for weight management in schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2006, 18(1):23–31.
126. Umbricht D et al. Cognitive behaviour therapy for weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:971.
127. Merriman S et al. Wonderful me!: Evaluation of multidisciplinary therapy package for overweight psychiatric patients. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1995, 2(10):531–535.
128. Bogers RP et al. *Costs of lifestyle interventions within healthcare and the amount of weight loss achieved*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2006 (RIVM Report 260701002/2006).
129. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>).
130. Physical Activity and Health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm).
131. Gaining health. *The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1).
132. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf).
133. Nutrition policy [web site]. Brussels, European Commission, 2006 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_policy_en.htm).
134. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>).
135. Children's Environment and Health Action Plan for Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724_2).
136. Pan-European programme on transport, health and environment [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/transport/policy/20021009_1).

137. *Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_ebd01.pdf).
138. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
139. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23–33.
140. *Convention on the Rights of the Child*. New York, United Nations, 1989 (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>)

Allegato 1. Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità

Per affrontare la crescente minaccia che l'epidemia di obesità rappresenta per la salute, l'economia e lo sviluppo, noi, Ministri e delegati partecipanti alla Conferenza Ministeriale Europea dell'OMS sull'Azione di Contrasto all'Obesità (Istanbul, Turchia, 15-17 novembre 2006), in presenza della Commissario Europeo per la Salute e la Tutela del Consumatore, dichiariamo con la presente di adottare, a livello politico, la seguente Carta Europea sulle politiche di Contrasto all'Obesità (Allegato 1). Le procedure di formulazione della presente Carta hanno coinvolto differenti settori governativi, organizzazioni internazionali, esperti, società civile e settore privato, attraverso specifici contatti e consultazioni.

Noi dichiariamo il nostro impegno a consolidare le iniziative di contrasto all'obesità in linea con la presente Carta e di porre questo problema al primo posto dell'agenda politica dei nostri governi. Invitiamo anche i nostri partner e le parti interessate ad esercitare azioni più forti di contrasto all'obesità e riconosciamo il ruolo di riferimento e guida che l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS riveste su questo argomento.

Esistono evidenze scientifiche sufficienti a motivare e imporre azioni immediate; allo stesso tempo, la ricerca di strategie innovative, i processi di adeguamento alle situazioni locali e ulteriori ricerche su specifici aspetti possono migliorare l'efficacia delle politiche e degli interventi.

L'obesità è un problema globale di salute pubblica; noi riconosciamo l'importanza del ruolo di azioni congiunte a livello europeo che potranno essere d'esempio a mobilitare sforzi a livello ancor più globale.

1. La sfida

Noi riconosciamo che:

- 1.1. **L'epidemia di obesità rappresenta una delle minacce più serie alla sanità pubblica nella Regione Europea dell'OMS.** La prevalenza dell'obesità è aumentata fino a tre volte negli ultimi vent'anni. Nella Regione Europea dell'OMS metà di tutti gli adulti e un bambino ogni cinque è sovrappeso. Non solo fra questi un terzo è già obeso, ma tali percentuali stanno aumentando rapidamente. Sovrappeso e obesità contribuiscono direttamente o indirettamente alla genesi di larga parte delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili, riducendo l'aspettativa di vita e influenzando negativamente la qualità della vita. Nella Regione Europea dell'OMS, ogni anno, oltre un milione di morti è dovuto alle malattie correlate all'eccesso ponderale.
- 1.2. **La tendenza è particolarmente allarmante nei bambini e negli adolescenti,** perché questo fenomeno proietta l'epidemia nell'età adulta con la prospettiva di un crescente onere per la salute delle generazioni future. La prevalenza dell'obesità infantile sta aumentando con velocità crescente, fino a dieci volte maggiore rispetto al 1970.
- 1.3. **L'obesità influenza fortemente anche lo sviluppo economico e sociale.** Nella Regione Europea, sovrappeso e obesità in età adulta sono responsabili di una percentuale che arriva al 6% della spesa sanitaria totale; inoltre, comportano costi indiretti (a causa dell'aumentata mortalità e della perdita di produttività e reddito) che sono almeno il doppio dei costi diretti. Sovrappeso e obesità colpiscono principalmente le fasce socioeconomiche più svantaggiate, e ciò contribuisce, a sua volta, ad aumentare le disuguaglianze nello stato di salute e aspetti correlati.
- 1.4. **L'epidemia è cresciuta negli ultimi decenni come risultato di variazioni nell'ambiente sociale, economico, culturale e dell'attività fisica.** Nella popolazione la tendenza verso apporti energetici in eccesso è dovuta alla drammatica riduzione dell'attività fisica e alle variazioni nelle abitudini alimentari, incluso il maggiore consumo di alimenti e bevande ad elevata densità energetica e poveri in nutrienti (con elevate percentuali di grassi totali, grassi saturi, sale e zuccheri aggiunti), e l'insufficiente apporto di frutta e ver-

dura. Secondo i dati disponibili, nella maggior parte dei Paesi nella Regione Europea dell'OMS due terzi della popolazione adulta non hanno livelli di attività fisica sufficienti a garantire e mantenere effetti positivi per lo stato di salute, e solo in pochi Paesi il consumo di frutta e verdura raggiunge i livelli raccomandati. La predisposizione genetica non può spiegare, da sola, l'epidemia di obesità nella cui genesi vanno necessariamente considerate le modifiche avvenute nell'ambiente sociale, economico, culturale e nei livelli di attività fisica.

- 1.5. Una forte iniziativa a livello internazionale è fondamentale per sostenere le politiche nazionali.** L'obesità non è più una sindrome delle sole società ricche e sta divenendo altrettanto diffusa nei Paesi in via di sviluppo e in quelli con economie in transizione; tale fenomeno va inquadrato correttamente nel contesto dei processi di globalizzazione. L'adozione di iniziative intersettoriali rimane una sfida, e nessun Paese finora è stato in grado di mantenere realmente sotto controllo l'epidemia di obesità. La creazione, a livello internazionale, di iniziative coordinate e incisive per il contrasto all'obesità è una sfida ma anche un'opportunità, poiché numerose misure chiave d'intervento hanno un carattere sovranazionale per caratteristiche e implicazioni.

2. Cosa si può fare: gli obiettivi, i principi e il quadro d'azione

- 2.1. L'epidemia di obesità è reversibile.** È possibile invertire la tendenza attualmente presente e porre sotto controllo l'epidemia di obesità: questo può avvenire solo con un intervento globale, poiché le cause del problema sono complesse in quanto associate al rapido variare dei determinanti sociali, economici ed ambientali degli stili di vita della popolazione. La prospettiva è quella di formare una società dove stili di vita salutari per alimentazione e attività fisica siano la norma, dove gli obiettivi di salute pubblica trovino una rispondenza con quelli dell'economia, della cultura e della società, e dove sia più semplice e facile optare per stili di vita salutistici.
- 2.2. Limitare l'epidemia ed invertirne l'andamento è l'obiettivo fondamentale dell'azione nella Regione Europea.** Progressi visibili, specialmente per quel che riguarda bambini e adolescenti, dovrebbero essere raggiungibili nella maggioranza dei Paesi nei prossimi 4-5 anni e dovrebbe essere possibile invertire l'andamento al più tardi entro il 2015.
- 2.3. I seguenti principi devono guidare l'azione nella Regione europea dell'OMS:**
- 2.3.1. Al fine di ottenere cooperazione e sinergie fra i differenti settori sono necessari volontà politica e leadership ad alto livello e chiari mandati a livello governativo.
 - 2.3.2. Le iniziative contro l'obesità dovrebbero essere integrate nelle strategie globali per affrontare le malattie cronico-degenerative non trasmissibili e nelle attività di promozione della salute, come pure nel più ampio contesto dello sviluppo sostenibile. In aggiunta ai vantaggi correlati alla riduzione del sovrappeso e dell'obesità, una alimentazione più equilibrata e l'aumento dell'attività fisica possono avere effetti significativi e spesso rapidi sulla salute pubblica.
 - 2.3.3. È necessario trovare un punto d'equilibrio fra responsabilità individuali e responsabilità dei governi e della società nel suo complesso. Non è accettabile ritenere semplicemente gli individui responsabili della loro obesità.
 - 2.3.4. È fondamentale impostare le iniziative nel contesto culturale di ogni Paese o Regione, e riconosce le valenze gratificanti di una sana alimentazione e di un adeguato livello di attività fisica.
 - 2.3.5. È fondamentale a tutti i livelli (nazionali, subnazionali e locali) costruire rapporti di collaborazione fra tutte le parti interessate quali organismi governativi, società civile, settore privato, associazioni professionali, mezzi di comunicazione e organizzazioni internazionali.
 - 2.3.6. È necessario coordinare le misure politiche nei vari Paesi della Regione europea dell'OMS, in particolare per evitare di spostare la pressione del mercato di alimenti e bevande ad alta densità energetica nei Paesi con una normativa meno rigorosa. In tal senso l'OMS può avere un ruolo centra-

le nel rendere più facile e promuovere il coordinamento fra governi e organismi governativi di differenti Paesi.

- 2.3.7. Occorre dedicare un'attenzione particolare ai gruppi vulnerabili, come ad esempio bambini e adolescenti, la cui inesperienza o credulità non deve essere sfruttata in termini di promozione commerciale.
- 2.3.8. Costituisce una priorità anche il supporto ai gruppi di popolazione svantaggiati sotto il profilo socio-economico, i quali affrontano maggiori problemi e soffrono di più limitazioni nell'esercitare scelte salutari. Un obiettivo chiave è dunque rappresentato dall'aumentare l'accessibilità e la disponibilità delle scelte salutari.
- 2.3.9. Nello sviluppo delle politiche economiche, come pure delle politiche per commercio, agricoltura, trasporti e pianificazione urbanistica, dovrebbe essere tenuto in considerazione prioritaria il conseguente impatto sugli obiettivi di salute pubblica.

2.4 Per tradurre in azioni questi principi, è necessaria una rete di connessione tra parti attivamente interessate, strumenti politici e differenti scenari d'intervento.

- 2.4.1. **Tutti i settori e gli organismi governativi devono essere considerati e coinvolti.** Per consentire questo tipo di cooperazione devono essere attivati tutti i meccanismi istituzionali appropriati
 - I Ministeri della Salute devono avere un ruolo guida e responsabilità dirette nel merito, e devono ispirare e guidare le iniziative multisettoriali. Essi dovrebbero essere d'esempio rendendo più facili le scelte salutari tra i dipendenti e gli utenti del settore medico-sanitario. Il ruolo del sistema sanitario è pure importante quando occorre occuparsi di individui ad alto rischio e di quelli già sovrappeso od obesi, e dunque sia nel progetto e nella promozione di misure di prevenzione che nel fornire servizi di diagnosi, screening e trattamento.
 - Giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo di politiche e iniziative per la promozione della salute i Ministeri, gli organi ministeriali e gli Enti con interessi e responsabilità ad esempio nel settore agroalimentare, nella finanza, nel commercio e nel mondo economico, nella gestione dei problemi dei consumatori, nello sviluppo, nei trasporti e nella pianificazione urbanistica, nella formazione e nella ricerca, nell'assistenza sociale, nel lavoro, nello sport, nella cultura e nel turismo. Le attività di promozione della salute potranno generare ricadute positive anche nei diversi settori di loro competenza.
 - Le autorità locali hanno un grande potenziale e grandi possibilità operative e ad esse va riconosciuto un ruolo centrale nella creazione di strutture e situazioni idonee all'attività fisica, a stili di vita non sedentari e alla sana alimentazione. Peraltro spesso necessitano di idonei e specifici supporti alle loro iniziative.
- 2.4.2. **La società civile può incoraggiare e sostenere l'azione politica.** Il coinvolgimento attivo della società civile è importante per promuovere la conoscenza e la consapevolezza del problema e per rendere ampiamente condivise le richieste di una specifica politica d'intervento, e rappresenta una importante fonte di idee e approcci innovativi. Le organizzazioni non governative possono sostenere le strategie di contrasto dell'obesità, mentre uno specifico ruolo può essere svolto dalle associazioni industriali, di categoria, dei consumatori, dei genitori, dei giovani, dalle associazioni sportive e di altro tipo, e dai sindacati. Le Società scientifiche e le organizzazioni degli operatori in campo medico-sanitario dovrebbero garantire che i loro membri si impegnino totalmente negli interventi di prevenzione.
- 2.4.3. **Il settore privato dovrebbe avere un ruolo importante e particolari responsabilità nella creazione di condizioni ambientali idonee, così come nella promozione di scelte salutari sul luogo di lavoro.** Questo interessa attività produttive e commerciali lungo l'intera catena alimentare, dalla produzione primaria fino alla vendita al dettaglio. Le iniziative dovrebbero interessare gli aspetti

più importanti delle loro attività, come ad esempio produzione, commercializzazione e informazione sul prodotto, e anche la formazione del consumatore potrebbe avere un ruolo all'interno di un quadro di riferimento ispirato dalle politiche di salute pubblica. Sono potenziali parti interessate anche circoli sportivi, aziende che si occupano di attività ricreative e costruzioni, inserzionisti, trasporti pubblici, turismo sportivo, e così via. Il settore privato potrebbe essere coinvolto in iniziative vantaggiose per tutti, evidenziando le opportunità economiche di investire nelle opzioni più salutari.

2.4.4. **I mezzi di comunicazione hanno importanti responsabilità** nel fornire informazione e formazione, nell'aumentare la generale comprensione e consapevolezza del problema e nel sostenere le politiche di salute pubblica nel merito.

2.4.5. **La collaborazione intersettoriale è fondamentale, non solo a livello nazionale, ma anche internazionale.** L'OMS dovrebbe ispirare, coordinare e guidare le iniziative a livello internazionale. Le organizzazioni internazionali come FAO, UNICEF, Banca Mondiale, Consiglio d'Europa, Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), e Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), possono creare iniziative congiunte, stimolando così le collaborazioni multisettoriali a livello nazionale e internazionale. L'Unione Europea (UE) gioca un ruolo molto importante attraverso la propria capacità legislativa, i programmi di politica sanitaria, la ricerca e altre attività quali ad esempio la Piattaforma Europea d'Intervento su Alimentazione, Attività Fisica e Salute.

Gli impegni già assunti a livello internazionale per specifici interventi, come ad esempio la Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, il Piano d'Azione Europeo su Alimenti e Nutrizione e la Strategia Europea per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie non Trasmissibili, andrebbero usati come guida e per creare sinergie. Impegni a livello politico come il Piano d'Azione sull'Ambiente e la Salute dei Bambini in Europa (CEHAPE), il Programma Paneuropeo su Trasporto, Salute e Ambiente (THE PEP), e il Codex Alimentarius entro i limiti degli incarichi conferiti, possono essere utilizzati per garantire coerenza e concretezza alle iniziative internazionali e per ottimizzare l'uso delle risorse.

2.4.6. **Gli strumenti politici vanno dall'attività legislativa alle collaborazioni pubblico-privato, e una particolare importanza va riconosciuta alle misure normative e regolatorie.** I governi e i parlamenti nazionali dovrebbero garantire la coerenza e la sostenibilità delle iniziative attraverso interventi di tipo regolatorio, compresi quelli di tipo legislativo. Altri strumenti di possibile utilizzo includono riformulazione delle politiche di specifico interesse, politiche fiscali e d'investimento pubblico, valutazione degli effetti sulla salute pubblica, campagne per aumentare conoscenze e consapevolezza del problema e fornire informazioni ai consumatori, sistemi per la ricerca di collaborazioni intra e intersettoriali, attività di ricerca, pianificazione e monitoraggio. Andrebbero incoraggiate le collaborazioni pubblico-privato sulla base di approcci razionali e di obiettivi condivisi di salute pubblica. Specifiche misure regolatorie dovrebbero includere: normative per limitare in modo consistente entità e impatto della promozione commerciale di alimenti e bevande ad elevata densità energetica (soprattutto nei bambini) e questo anche attraverso una presa di posizione a livello internazionale; ad esempio è possibile ipotizzare un codice sulla normativa di commercializzazione di prodotti rivolti ai bambini e l'adozione di norme per costruire strade più sicure al fine di promuovere l'uso della bicicletta e gli spostamenti a piedi.

2.4.7. **Le iniziative per il contrasto dell'obesità vanno intraprese a differenti livelli (micro e macrofattori) e in scenari differenti.** Particolare importanza deve essere data a scenari quali ad esempio casa, famiglia, comunità, asili infantili, scuole, luoghi di lavoro, mezzi di trasporto, ambiente urbano, abitazioni, servizi sanitari e sociali e strutture per il tempo libero. Le iniziative dovrebbero essere condotte a livello locale, nazionale e internazionale. In questo modo i soggetti riceverebbero un adeguato supporto e verrebbero incoraggiati ad assumersi le proprie responsabilità, utilizzando nel modo migliore le possibilità loro offerte.

- 2.4.8. **Le iniziative dovrebbero promuovere un bilancio ottimale in termini di salute pubblica fra apporti e dispendi energetici incoraggiando un'alimentazione più sana e promuovendo l'attività fisica.** Sebbene informazione ed educazione restino aspetti importanti, è opportuno spostare l'interesse verso una serie di iniziative (un "portafoglio") progettate per modificare ambiente sociale, situazioni economiche e livello di attività fisica e per favorire di conseguenza stili di vita più salutari.
- 2.4.9. **Come elemento strategico fondamentale andrebbe proposta una serie di interventi di prevenzione ritenuti fondamentali (un "pacchetto"); i vari Paesi possono ulteriormente identificare delle priorità all'interno di questo pacchetto di interventi, a seconda delle condizioni presenti a livello nazionale e delle proprie politiche d'intervento.** Il pacchetto di interventi fondamentali dovrebbe includere: riduzione della pressione del marketing, soprattutto sui bambini; promozione dell'allattamento al seno; garanzia di accesso e disponibilità per alimenti più salutari, inclusi frutta e verdura; misure economiche per facilitare scelte alimentari più salutari; offerta di strutture per lo sport non agonistico che siano realmente fruibili, incluso specifici aiuti per i gruppi socialmente svantaggiati; riduzione di grassi, zuccheri semplici aggiunti e sale nei prodotti trasformati; adeguata etichettatura nutrizionale; promozione dell'uso della bicicletta e degli spostamenti a piedi grazie a una migliore progettazione dell'ambiente urbano e a più mirate politiche dei trasporti; creazione di opportunità nelle diverse situazioni locali per motivare gli individui ad impegnarsi nell'attività fisica durante il tempo libero; offerta di alimenti più salutistici, opportunità per svolgere quotidianamente attività fisica; educazione alimentare ed educazione fisica nella scuola; motivazioni e opportunità per una sana alimentazione e una maggiore attività fisica sui luoghi di lavoro; sviluppo/miglioramento delle linee guida per l'alimentazione impostate sui consumi di alimenti e delle linee guida per l'attività fisica; infine, modifica nel singolo individuo del comportamenti legati alla salute.
- 2.4.10. **Si dovrebbe anche continuare a porre attenzione alla prevenzione dell'obesità negli individui già sovrappeso, e quindi ad alto rischio, e sul trattamento della malattia obesità.** Azioni specifiche in quest'area dovrebbero includere: tempestiva identificazione e trattamento di sovrappeso e obesità nell'assistenza di base, formazione degli operatori della sanità sullo specifico tema della prevenzione dell'obesità e formulazione di linee guida cliniche per screening e trattamento. A qualsiasi età dovrebbe comunque essere evitato ogni processo di stigmatizzazione o di sopravvalutazione dei problemi del soggetto obeso.
- 2.4.11. **Quando si progettano e si realizzano interventi di natura politica, dovrebbero essere utilizzati strumenti di dimostrata efficacia e successo.** Questi includono progetti che hanno effetti documentati sulla promozione di alimenti con migliori caratteristiche nutrizionali e salutistiche, e sull'incremento dei livelli di attività fisica. Essi sono: iniziative per rendere disponibile gratuitamente la frutta nelle scuole; prezzi accessibili per gli alimenti più salutari; maggiore disponibilità di alimenti con migliori caratteristiche nutrizionali e salutistiche nei luoghi di lavoro e nelle aree a basso livello socio-economico; istituzione di piste ciclabili dedicate; incentivi per convincere i bambini a raggiungere la scuola a piedi; miglioramento dell'illuminazione stradale; promozione dell'uso delle scale; riduzione del tempo trascorso davanti alla televisione. Esiste l'evidenza che molti interventi contro l'obesità, come ad esempio programmi scolastici e di trasporto "attivo" (a piedi, con bicicletta, ecc.), sono molto efficaci. L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS fornirà ai responsabili delle politiche esempi di corretta pratica e di piani operativi.

3. Avanzamento e monitoraggio

- 3.1. Questa Carta ha lo scopo di rafforzare le azioni di contrasto all'obesità in tutta la Regione Europea dell'OMS. Essa sarà di stimolo e influenzerà le politiche nazionali e le iniziative di natura regolatoria, inclusa legislazione e piani d'intervento specifici. Un piano d'azione europeo, che interessi alimentazione e attività fisica, tradurrà principi e criteri di riferimento forniti dalla Carta in pacchetti d'intervento e sistemi di monitoraggio specifici.

- 3.2. È opportuno procedere verso la ricerca di variabili (“indicatori”) fondamentali, utilizzabili a livello internazionale e da considerare nei sistemi di sorveglianza sanitaria a livello nazionale. Questo tipo di dati dovrebbe essere usato per fornire basi scientifiche adeguate, per l’istituzione di politiche specifiche e per il monitoraggio. Ciò consentirebbe anche la valutazione iniziale e la rivalutazione nel tempo, a intervalli regolari, di politiche e iniziative nel merito, e la divulgazione dei risultati a un pubblico più vasto.
- 3.3. È fondamentale controllare i progressi a lungo termine ottenuti, in considerazione del fatto che i risultati in termini di riduzione dell’obesità e dei problemi associati richiederanno tempo per divenire progressivamente più evidenti. I rapporti sull’andamento del fenomeno obesità andrebbero preparati ogni tre anni a livello europeo dell’OMS, con il primo che dovrebbe essere disponibile nel 2010.

Finito di stampare nel mese di aprile 2008
dal Centro Stampa De Vittoria srl
Via degli Aurunci, 19 - 00185 Roma

