

Risoluzioni 7-00025 (D'Arrando) e 7-00052 (Siani)
Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi

Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica

Dott.ssa Roberta Cialesi

Dirigente del Servizio Sistema integrato salute assistenza previdenza e giustizia

XII Commissione (Affari sociali)

Camera dei Deputati

Roma, 26 settembre 2018

Indice

	Pag.
1. Introduzione	3
2. Obesità e “diabesità” in Italia	4
3. Eccesso di peso nei bambini e negli adolescenti	5
4. Abitudini alimentari	6
5. Sport, attività fisica e sedentarietà	7
6. Conclusioni	9

Allegati

1. *Tavole statistiche*

1. Introduzione

In questa audizione l'Istat intende offrire un contributo utile alla discussione congiunta delle risoluzioni 7-00025 (D'Arrando) e 7-00052 (Siani): iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e contrastare l'obesità.

I testi presi in esame impegnano il governo: a promuovere campagne di sensibilizzazione, anche presso le scuole e gli istituti di formazione, per indicare i valori di una sana alimentazione; a promuovere l'adozione di un piano nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità; a sostenere e potenziare i sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio nella popolazione generale; a predisporre linee guida nonché limitazioni alla pubblicità per la riduzione degli acquisti di «cibo spazzatura» a favore di alimenti salutari; incrementare il numero dei programmi, coinvolgendo anche settori esterni al sistema sanitario, volti ad identificare i soggetti in condizioni di rischio per indirizzarli verso idonei programmi di comunità o percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari; intraprendere ogni iniziativa per la promozione e la protezione dell'allattamento al seno materno; attuare le raccomandazioni contenute nella risoluzione WHA63 14, approvata dall'Assemblea mondiale della sanità; di attuare l'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*.

È utile ricordare che nel set dei 12 indicatori di benessere e sostenibilità che sono entrati a far parte del ciclo di programmazione della politica economica del Governo, è stato inserito anche l'Eccesso di peso¹. L'Istat, inoltre, sta rafforzando e sviluppando misure statistiche che consentono il monitoraggio dei progressi verso i *Sustainable Development Goals* (SDG) per l'Italia. Tra gli

¹ Proporzioni standardizzate, utilizzando la popolazione standard europea al 2013, di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa Corporea (Body mass index - Bmi), che consente di identificare le persone in sovrappeso. L'Indice Bmi è un indice pondo-staturale dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. Il valore soglia del Bmi per gli individui adulti (18 anni e più): è pari a 30 per gli obesi; 29,9-25 sovrappeso; 24,9-18,5 normopeso; inferiore a 18,5 sottopeso.

indicatori del secondo obiettivo (goal 2: *Zero hunger*) è inserita proprio la prevalenza dell'obesità.

Il documento predisposto dall'Istat illustra un quadro informativo su alcuni temi connessi alle risoluzioni, con particolare riferimento all'obesità e "diabesità" in Italia, l'eccesso di peso nelle età adolescenziali, le abitudini alimentari e l'attività fisica.

2. Obesità e "diabesità" in Italia

L'obesità e il diabete rappresentano un problema di salute particolarmente preoccupante, tanto da configurarsi a livello internazionale come elementi di una "moderna pandemia".

Nel confronto dei paesi europei la situazione degli adulti in Italia appare meno svantaggiata; il nostro Paese infatti evidenzia la più bassa prevalenza di persone adulte in eccesso di peso (44,9% per l'Italia vs 51,6% dell'EU-28).

Nel 2017, in Italia, l'obesità interessa complessivamente il 10,5% della popolazione di età superiore ai 18 anni, il 14,5% tra gli over 65. Questa condizione si rileva più frequentemente tra i residenti nel Mezzogiorno (11,8%), raggiungendo la quota più elevata in Sicilia (12,6%).

La lettura territoriale del fenomeno evidenzia che la percentuale più elevata di persone obese, 12,0%, risiede nei piccoli centri sotto i 2 mila abitanti, mentre nei centri metropolitani tale quota scende all'8,8%.

Tra il 2001 (8,5%) e il 2017 l'incidenza di persone obese ha registrato andamenti alternati, complessivamente si è avuto un incremento medio annuo del 1,3%. L'aumento più elevato si è registrato in Lombardia (2,9%), mentre su base territoriale gli incrementi medi più elevati si sono osservati nelle aree metropolitane e nelle loro periferie (rispettivamente 1,6 e 1,8%).

Su questo fenomeno l'elevato titolo di studio rappresenta un fattore protettivo, giocando un ruolo importante nell'ambito della prevenzione a vari livelli e ancor più per quella primaria. In generale, la diffusione dell'obesità interessa solo il 5,6% tra i laureati, mentre sale al 15,7% tra coloro che hanno conseguito al più la licenza elementare. Lo stesso andamento si riscontra anche tra le generazioni più giovani, quelle comprese tra i 25 e i 44 anni, dove la prevalenza dell'obesità si attesta al 2,7% tra i laureati, mentre raggiunge il 10,8% tra coloro che hanno il livello di istruzione più basso.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, spesso si associa a patologie importanti come il diabete e le malattie cardio vascolari. Il nesso tra obesità e diabete è strettissimo, l'incremento della prima favorisce l'aumento del secondo, tanto che l'Oms ha coniato un nuovo termine per sottolineare questa connessione, la "diabesità".

In Italia sono 3,2 milioni le persone affette da diabete di cui circa 2 milioni sono persone obese.

Declinando l'indice di massa corporea secondo la classificazione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a parità di genere e fascia di età, le prevalenze più elevate di obesità si riscontrano tra le persone con diabete: tra i 45 e i 64 anni la percentuale di persone obese tra i diabetici maschi è pari al 28,9% contro il 13,0% di obesi non diabetici. Per le donne le differenze sono ancora maggiori: 32,8% contro 9,5%.

3. Eccesso di peso nei bambini e negli adolescenti

Particolare attenzione merita la condizione di obesità tra i bambini, poiché è riconosciuta dalla letteratura come predittiva dell'obesità in età adulta.

È stimato che almeno un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti in sovrappeso² permangano in questa condizione da adulti, compromettendo così un invecchiamento in buona salute. Nel nostro Paese, da almeno 10 anni, anche questo target di popolazione è oggetto di attività di prevenzione, considerato che nel confronto europeo l'Italia figurava tra i primi posti in graduatoria. L'attuale ambiente "obesogeno", in cui c'è continua disponibilità di cibi grassi e ricchi di zuccheri e di bevande gassate e/o zuccherate, cui si associa una riduzione del dispendio energetico da attività fisica, cattura facilmente i soggetti in età evolutiva.

In Italia, è stimato che il 24,7% dei bambini e ragazzi tra 6 e 17 anni sia in eccesso di peso (dato medio 2015-2016), 28,6% tra i maschi e 20,5% tra le femmine. Tra i 6 e i 10 anni un bambino su tre è in eccesso di peso.

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

La geografia dell'eccesso di peso riflette quella osservata per gli adulti, con una quota minore nel Nord (20,6%), e maggiore nel Mezzogiorno (30,2%), con un picco in Campania (37,4%).

L'esempio dei genitori costituisce un elemento importante, se entrambi i genitori presentano un eccesso di peso la quota di bambini e ragazzi di 6-17 anni obesi o in sovrappeso è del 34,8%, scende al 19,5% quando nessuno dei genitori è in eccesso di peso.

Anche lo status socio economico della famiglia concorre al rischio di essere in eccesso di peso tra i bambini, la prevalenza è pari al 22,2% tra le famiglie con risorse economiche ottime o adeguate, sale al 27,6% tra quelle con risorse scarse o insufficienti; altro fattore determinante è costituito, poi, dal livello di istruzione dei genitori: il 20,6% dei minori con la madre laureata è in condizione di eccesso di peso, contro il 29,1% di quelli con la madre che ha conseguito solo la scuola dell'obbligo, differenziali analoghi di prevalenza tra i minori si riscontrano rispetto al titolo di studio del padre.

4. Abitudini alimentari

Le indagini rilevano sempre di più una tendenza ad alimentarsi troppo o male³, con nuove e conseguenti patologie.

Dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana" sono stati esaminati i dati su consumo giornaliero di frutta e verdura, di snack (alimenti salati come patatine, pop corn, salatini, ecc), di dolci (torte farcite, merendine, gelati ecc.) e di bevande gassate.

In Italia nel 2016, oltre il 70,0% dei bambini e adolescenti, consuma frutta ogni giorno ma solo il 13% arriva a consumare 4 o più porzioni di frutta e verdura. Elevata la quota di quanti consumano quotidianamente dolci (29,2%), e snack (14,2%).

Negli ultimi 10 anni, tra il 2007 e il 2016, si osserva un trend in diminuzione piuttosto modesto nel consumo di dolci (da 31,1% a 29,2%) e di snack (da

³ In Italia sono state promosse varie iniziative già nei primi anni del 2000. Nel 2003, ad esempio, le linee guida promosse dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), davano indicazioni sui corretti comportamenti alimentari e sulle cattive abitudini da rimuovere in tutte le fasce di età.

15,3% a 14,2%) mentre si registra un calo più deciso, 8,2 punti percentuali, per il consumo delle bevande gassate (da 33,7% a 25,5% tra i ragazzi di 11-17 anni).

Il consumo di tali alimenti tende a diminuire con l'età, dopo aver raggiunto il picco di consumo tra gli adolescenti. Allo stesso tempo aumenta il consumo giornaliero di 4 o più porzioni di frutta o verdura.

Esaminando gli stili alimentari rispetto alle aree geografiche si può notare che il Mezzogiorno presenta i dati più critici; ad esempio, il consumo di snack almeno una volta al giorno è pari al 17,6% nei bambini e ragazzi (3-17 anni) che vivono al Sud rispetto al 7,1% del Centro.

Le maggiori criticità nel consumo di snack si evidenziano nei comuni più piccoli e si riducono nel centro delle aree metropolitane.

Osservando i risultati emersi si evidenzia in modo netto quanto la componente culturale aiuti a comprendere meglio le differenze nei comportamenti alimentari dei bambini: più elevato è il titolo conseguito dai genitori più accurato è l'aspetto nutrizionale dei bambini soprattutto per le fasce di età inferiori, considerando anche che i bambini più piccoli hanno meno autonomia decisionale.

Se si considera il titolo di studio più alto conseguito dai genitori, nel 2016 il totale dei bambini di 3-17 anni che consuma snack tutti i giorni è pari all'8,2% se almeno un genitore ha conseguito la laurea, inferiore di circa 11 punti percentuali rispetto ai bambini il cui il genitore ha completato la scuola dell'obbligo (18,9%). Disuguaglianze analoghe si osservano nel consumo giornaliero di bevande gassate tra gli adolescenti (7,0% se genitore laureato, 16,1% se genitore con al massimo la licenza media).

5. Sport, attività fisica e sedentarietà

Sulla base dei dati più recenti a disposizione, in Italia nel 2017, sono circa 20 milioni le persone di 3 anni e più che praticano nel tempo libero uno o più sport (33,9% della popolazione di riferimento, di cui il 24,8% con continuità e il 9,1% saltuariamente). Circa il 28% della popolazione (16,3 milioni persone), pur non praticando uno sport, svolge un'attività fisica (passeggiate di almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro). I sedentari, ovvero coloro che non praticano alcuno sport o attività fisica nel tempo libero, sono oltre 22 milioni e 400 mila, pari al 38,1% della popolazione.

Nel lungo periodo emerge la tendenza a praticare sempre più sport (nel 1982 la quota di sportivi abituali tra le persone di 6 anni e più era pari al 15,4%). Tale aumento riguarda sia gli uomini sia le donne e si osserva, seppure in maniera differenziata, in tutte le classi di età. Analizzando i tassi standardizzati per età si osserva come la crescita si manifesti quasi esclusivamente nella pratica di tipo continuativo, mentre rimane più stabile la pratica di tipo più saltuario ed occasionale. A fronte di un aumento della pratica sportiva, rimane tuttavia nel tempo molto elevata la quota di sedentari, ovvero di coloro che hanno dichiarato di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero.

La quota di sedentari (elevata tra i piccolissimi di 3-5 anni), diminuisce nella fascia di età 6-10 anni, si mantiene bassa tra i minori ma aumenta decisamente nelle fasce di età successive. A partire dai 65 anni quasi la metà della popolazione si dichiara sedentaria. I più sedentari sono gli over75, fra i quali oltre il 73,6% dichiara di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero.

In tutte le fasce di età le donne sono più sedentarie degli uomini. In particolare tra gli ultrasessantacinquenni si dichiarano sedentari il 64,1% degli uomini e l'80,2% delle donne.

Anche per la sedentarietà emerge un forte divario Nord – Sud. Nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, fatta eccezione per la Sardegna (i sedentari sono pari al 35,4%). Le percentuali più elevate si rilevano in Sicilia (56,6%), Campania (54,2%), Calabria (51,4%).

Nei piccoli comuni fino a 2000 abitanti si osservano le quote più elevate di sedentari (43,5%). Meno elevata la sedentarietà nelle altre tipologie comunali.

Per la sedentarietà le differenze sono marcate anche rispetto al titolo di studio, soprattutto tra le persone adulte di 25-44 anni: la quota di persone con basso titolo di studio che non praticano sport o attività fisica è tripla rispetto a quella di chi ha titoli di studio più elevati. Analogo andamento si osserva tra la popolazione di 6-24 anni al variare del titolo di studio dei genitori.

6. Conclusioni

L'obesità costituisce un problema di particolare entità per le politiche di Sanità Pubblica e non solo, perché da un lato rappresenta un importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le future generazioni, dall'altro è il risultato di numerosi fattori ambientali e socioeconomici che incidono sulle abitudini alimentari e gli stili di vita di una intera popolazione.

L'obesità e l'eccesso ponderale sono prevenibili, per questo già a livello internazionale, si sono attivate iniziative volte sia a promuovere stili alimentari adeguati presso la popolazione, spostando i consumi da alimenti ricchi di zuccheri e grassi verso un maggiore consumo di frutta e verdura, sia a sensibilizzare le industrie alimentari verso la produzione di alimenti più sani ed equilibrati.

È inoltre ampiamente documentato che la prevalenza di obesità sia fortemente associata a condizioni di svantaggio socioeconomico: gli elementi di cui tenere conto, da questo punto di vista, sono molti e richiamano tutta la complessità di una società che si trasforma non solo a fronte del processo demografico, ma anche in risposta ai cambiamenti nei contesti urbani, nel modo di vivere, di alimentarsi, di muoversi.

I dati relativi alle diseguaglianze sociali nell'alimentazione e nell'attività fisica concorrono a indicare che la maggiore parte delle abitudini insalubri sono inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale. I determinanti sociali rimangono una delle più importanti spiegazioni delle variazioni di salute nella popolazione italiana pertanto rappresentano un bersaglio importante anche nelle iniziative di contrasto all'obesità.