

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

OBESITÀ: UNA SPESA (SANITARIA) CHE PESA

AUTORE:

Paolo Sbraccia

*Presidente Eletto Società Italiana dell'Obesità (SIO)
Professore Ordinario di Medicina Interna, Università
di Roma "Tor Vergata"*

L'obesità rappresenta oramai un problema enorme di salute pubblica e di spesa per i sistemi sanitari nazionali, spesa che diverrà insostenibile se non vengono adottate politiche di prevenzione adeguate, non disgiunte da programmi di gestione della malattia in grado di contenere il fardello delle comorbidità (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio- e cerebrovascolari, tumori, disabilità).

In Italia ci sono 22 milioni di italiani sovrappeso e 6 milioni di obesi e questo si traduce in un costo annuo di ben 22,8 miliardi di euro, dei quali il 64% per ospedalizzazioni [1].

Sebbene dal 2000 in poi si sia assistito ad una lenta ma progressiva presa di coscienza dei governi del mondo occidentale sull'esigenza di dare risposte concrete alla pandemia di obesità, le politiche intraprese non sono apparse in grado di incidere concretamente sull'evoluzione del fenomeno.

Questo articolo prende in esame le politiche sanitarie di contrasto all'obesità intraprese in Italia, in Europa e negli Stati Uniti e ne analizza criticamente i limiti.

Introduzione

L'obesità, come è noto, si manifesta a causa di uno squilibrio tra introito calorico e spesa energetica con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo. È una patologia eterogenea e multifattoriale, al cui sviluppo concorrono sia fattori ambientali che genetici e il contributo relativo di ognuno dei due fattori varia da individuo a individuo. A livello mondiale, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattie coronariche e quote comprese tra l'8 ed il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili all'obesità.

Siamo quindi al cospetto di una sorta di epidemia planetaria che desta particolare preoccupazione per l'elevata comorbidità ad essa associata specie di tipo cardiovascolare: diabete tipo 2 in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena) con progressione di aterosclerosi e aumentato rischio di eventi cardio- e cerebrovascolari. Pochi elementi possono consentirci di valutare la dimensione del problema: chi pesa il 20% in più del proprio peso ideale aumenta del 25%, rispetto alla popolazione normopeso, il rischio di morire di infarto e del 10% di morire di ictus, mentre, se il peso supera del 40% quello consigliato, il rischio di morte per qualsiasi causa aumenta di oltre il 50%, per ischemia cerebrale del 75% e per

infarto miocardico del 70%. Alla luce di queste condizioni, anche la mortalità per diabete aumenta del 400%.

Obesità e scelte politiche

La dimensione del problema è tale non solo da meritare l'attenzione delle istituzioni e dei politici, ma addirittura da rappresentare una priorità nell'ambito delle scelte da adottare e delle azioni da intraprendere a stretto giro per contenere il fenomeno e contrastarne le devastanti conseguenze. Infatti, non si può più ignorare che l'obesità influenzi pesantemente anche lo sviluppo economico e sociale: secondo la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità [2], l'obesità e il sovrappeso negli adulti sono responsabili della spesa sanitaria nella Regione Europea, per un ammontare che arriva fino all'8%; per di più, comportano costi indiretti, conseguenti alla perdita di vite umane, di produttività e guadagni correlati, che sono almeno il doppio dei costi diretti (ospedalizzazioni e cure mediche). Difficile, poi, calcolare i costi dovuti ad altri aspetti collaterali: minor rendimento scolastico, discriminazione lavorativa, problemi psicosociali.

In Europa la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi venti anni. Tra i Paesi Europei in cui sono state effettuate le misurazioni, la prevalenza del sovrappeso varia dal 32% al 79% nell'uomo e dal 28% al 78% nella donna, mentre quella dell'obesità varia dal 5% al 23% tra gli uomini e dal 7% e il 36% fra le donne.

L'Italia, per la quale sono disponibili

solo dati autoriferiti, si colloca ai livelli medio-bassi d'Europa per prevalenza di obesità (11,4% negli uomini e 11,3% nelle donne), anche se la prevalenza ottenuta dai dati autoriferiti può essere fino al 50% inferiore alla prevalenza calcolata con la misurazione diretta del peso e dell'altezza – va detto che il fatto che per l'Italia ci siano solo tali autovalutazioni indebolisce molto l'interesse per i dati. Purtroppo, invece, deteniamo il triste primato della prevalenza più elevata di obesità infantile che in alcune regioni del sud, quando sommata al sovrappeso, raggiunge una prevalenza che si avvicina al 50%.

Nei Paesi più poveri ma con uno sviluppo rapido si riscontra un veloce aumento dell'obesità, mentre nei Paesi più avanzati, con le maggiori disparità di reddito tra ricchi e poveri si misurano in genere livelli più alti di obesità.

Secondo stime recenti in Italia vi sono circa 21 milioni di soggetti sovrappeso, mentre il numero degli obesi è di circa 6 milioni, con un incremento percentuale di circa il 10% rispetto al 2001 [3]. L'incremento dell'obesità è attribuibile soprattutto alla popolazione maschile, in particolare nei giovani adulti di 25-44 anni e tra gli anziani.

Secondo un'indagine ISTAT [4] in Italia, nel periodo 2001-2007, la percentuale di persone con più di 18 anni in condizione di normopeso è maggioritaria, ma risulta in graduale diminuzione (Fig. 1).

Nello stesso periodo, parallelamente, aumentano la quota di coloro che sono in sovrappeso oppure obesi.

Obesità e fasce sociali

Sovrappeso ed obesità affliggono principalmente le categorie sociali svantaggiate che hanno minor reddito e istruzione, oltre che maggiori difficoltà di accesso alle cure. L'obesità riflette e si accompagna dunque alle disuguaglianze, favorendo un vero e proprio circolo vizioso. Gli individui che vivono in condizioni disagiate devono far fronte a limitazioni strutturali, sociali, organizzative, finanziarie e di altro genere che rendono difficile compiere scelte adeguate sulla propria dieta e attività fisica.

Nel nostro Paese tra gli adulti con un titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5% (per le persone laureate è pari al 4,6%, per i diplomati è del 5,8%), mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8%). La tendenza si conferma anche controllando il fenomeno per fasce d'età.

Anche per le persone in sovrappeso si mantiene la relazione inversa tra livello d'istruzione ed eccesso di peso, seppure con differenze meno marcate rispetto all'obesità.

All'opposto la quota delle persone normopeso o sottopeso cresce all'aumentare del titolo di studio tra le persone di 18-44 anni.

Obesità e territorio

Nel nostro Paese ci sono delle importanti differenze territoriali nella distribuzione percentuale dell'obesità: nel sud e nelle isole si rileva la quota più elevata di persone obese e in

FIGURA 1 - PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA, SESSO E CLASSE DI ETÀ
(Per 100 persone di 18 anni dello stesso sesso e classe di età)

INDICE DI MASSA CORPOREA					
CLASSI DI ETÀ	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	TOTALE
MASCHI					
18 - 24	2,9	75,5	18,5	3,1	100,0
25 - 34	0,9	60,3	33,7	5,1	100,0
35 - 44	0,4	45,2	44,0	10,4	100,0
45 - 54	0,2	35,7	51,1	13,0	100,0
55 - 64	0,3	29,5	54,1	16,1	100,0
65 - 74	0,2	32,4	52,9	14,4	100,0
75 e più	1,7	37,7	49,9	10,7	100,0
TOTALE	0,8	44,3	44,3	10,6	100,0
FEMMINE					
18 - 24	13,9	74,7	9,5	1,9	100,0
25 - 34	9,2	73,4	14,1	3,3	100,0
35 - 44	5,1	69,6	19,2	6,2	100,0
45 - 54	2,3	58,0	28,8	10,8	100,0
55 - 64	1,1	46,1	38,4	14,4	100,0
65 - 74	1,5	43,2	41,3	14,0	100,0
75 e più	3,3	43,8	40,1	12,8	100,0
TOTALE	4,7	58,4	27,6	9,2	100,0
MASCHI E FEMMINE					
18 - 24	8,4	75,1	14,0	2,5	100,0
25 - 34	5,1	66,8	23,9	4,2	100,0
35 - 44	2,7	57,3	31,7	8,3	100,0
45 - 54	1,3	46,9	39,9	11,9	100,0
55 - 64	0,7	38,0	46,0	15,2	100,0
65 - 74	1,0	38,3	46,6	14,2	100,0
75 e più	2,7	41,5	43,8	12,0	100,0
TOTALE	2,8	51,7	35,6	9,9	100,0

sovrappeso (8,4% di persone obese nel nord-est contro l'11,6% nel sud).

Le regioni con i tassi standardizzati più elevati sono la Basilicata ed il Molise (rispettivamente 13,3% e 13,1%), mentre in Sardegna ed in Sicilia si rilevano tassi standardizzati

rispettivamente di 9,4% e 11,6%.

Le prevalenze standardizzate che si registrano nella popolazione straniera residente in Italia di 18-64 anni sembrano complessivamente in linea con quelle stimate nella popolazione italiana di tale fascia d'età.

Il controllo del peso e gli atteggiamenti mentali

Il controllo del peso rientra tra i comportamenti che pongono in primo piano la responsabilità individuale nella tutela della salute. Sembra quindi rilevante evidenziare che a control-

lare il proprio peso almeno una volta al mese è il 52,6% delle persone di 18 anni e più. La quota è più alta tra i sottopeso e i normopeso (54,8% e 54,1%) e più bassa tra le persone in sovrappeso (50,2%) e tra gli obesi (52,0%). Le donne controllano il proprio peso almeno una volta al mese e in misura maggiore rispetto agli uomini (60,1% contro il 44,5%) ma le differenze di comportamento si riducono molto tra gli anziani. Fino ai 44 anni si fa più attenzione al proprio peso, fra le donne la quota raggiunge il 67,4% e si mantiene costante in tutte le condizioni di peso, fra gli uomini fino a 44 anni il 45,8% controlla il proprio peso almeno una volta al mese, con una quota più alta tra gli obesi (48,8%). Ben il 13,9% delle persone obese e il 13,7% di quelle sovrappeso non hanno mai controllato il loro peso, contro il 12,9% dei normopeso.

Nella valutazione soggettiva del proprio stato di salute, tanto i soggetti obesi che quelli in sovrappeso tendono a fornire giudizi più negativi rispetto a coloro che non hanno problemi di peso.

Politiche Sanitarie di contrasto all'obesità in Italia

I programmi di contrasto all'obesità del Ministero della Salute fanno in particolare riferimento a diverse linee di attività, quali la collaborazione con la Regione Europea dell'OMS per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche denominata *Gaining Health*; la cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strate-

gia europea di contrasto all'obesità; le indicazioni europee da parte del Consiglio EPSCO nel 2006; il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; il Piano di Prevenzione 2010-2012, lo Sviluppo e coordinamento del programma "Guadagnare Salute" (tutti documenti scaricabili dal sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it).

In particolare, vanno ricordati gli indirizzi europei che valorizzano le azioni orientate verso un approccio globale ai fattori determinanti per la salute a livello europeo: una politica coerente e universale in materia di alimentazione e di attività fisica, oltre che una forte attenzione all'impatto esercitato sulla salute pubblica, in particolare nei bambini, dalla promozione, commercializzazione e presentazione di alimenti ad elevato tenore energetico e di bevande edulcorate.

Il programma interministeriale "Guadagnare Salute" parte dalla identificazione dei fattori di rischio (alimentazione, fumo, alcool, sedentarietà) che possono essere modificati e considera i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, identificando 4 aree settoriali:

- promozione di comportamenti alimentari salutari (relativo al fattore di rischio "scorretta alimentazione");
- lotta al tabagismo (relativo al fattore di rischio "fumo");
- lotta all'abuso di alcool (relativo al fattore di rischio "alcool");
- promozione dell'attività fisica (relativo al fattore di rischio "sedentarietà").

"Guadagnare Salute" ha previsto la de-

finizione di protocolli d'intesa tra il Ministero e i rappresentanti di varie organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell'associazionismo. Questi accordi sono la base per dare concretezza al programma, rappresentando quindi un punto di partenza, con l'individuazione di vari passaggi di un processo in continua evoluzione, avendo come obiettivo la necessità di determinare un profondo cambiamento culturale che ponga al centro dell'attenzione il fatto che un corretto stile di vita determina di conseguenza una buona qualità della vita.

Il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012, distingue, alcune macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o anche mediante interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), infine con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc);
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di

malattie (per esempio, i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio, gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);

4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di patologie e disabili.

Politiche Sanitarie di contrasto all'obesità in Europa e negli USA

L'impatto dell'obesità, e delle malattie non trasmissibili (NCDs, Non-communicable Diseases) per le quali l'obesità rappresenta il principale fattore di rischio, è certamente preso in seria considerazione nei vari livelli governativi.

Nel 2011 si è svolto, sotto l'egida delle Nazioni Unite, un Meeting sulla prevenzione e il controllo delle NCDs. Il documento conclusivo "Political Declaration" è fortemente incentrato sulla prevenzione delle NCDs e dell'obesità e contiene, in particolare, un richiamo agli Stati membri per aumentare e rendere prioritaria la spesa indirizzata alla riduzione dei fattori di

rischio delle NCDs ed alla sorveglianza, prevenzione e diagnosi precoce degli stessi [5].

Infine, l'Assemblea dell'OMS si è posta come obiettivo quello di una riduzione del 25% delle rischio relativo di mortalità prematura causata dalle NCDs per il 2025. Questo piano prevede azioni tese all'arresto della crescita dell'obesità e la riduzione di almeno il 10% della sedentarietà [6].

Nel 2013, la EASO (European Association for the Study of Obesity) ha avviato un sondaggio [7] al fine di verificare se i policymaker percepiscono l'entità dell'epidemia di obesità e le sue conseguenze finanziarie e se sono state conseguentemente messe in atto politiche adeguate per contrastare il fenomeno.

Il sondaggio si è svolto in tre paesi: Inghilterra, Spagna e Stati Uniti; di seguito vengono riassunti i risultati principali.

Inghilterra. Le policy sull'obesità sono state affrontate dal "Change4life", incentrato particolarmente sulla prevenzione dell'obesità, e dal "Healthy Child Programme" indirizzato all'obesità giovanile. Nel 2010, la responsabilità per le politiche alimentari è passata dalla "Food Standard Agency" al "Department of Health", ed il governo ha iniziato a lavorare con l'industria in una sorta di patto di responsabilità per la salute pubblica per far fronte a diverse problematiche tra cui l'obesità.

È stato anche istituito un "Obesity Review Group" per fornire input nello sviluppo di nuove policy. È coordinato

dal Ministro della Salute, ed è composto da accademici, e organizzazioni non governative, esperti di salute pubblica e esponenti dell'industria.

L'accesso ai farmaci anti-obesità ed alla chirurgia bariatrica nell'ambito del "National Health Service" è regolamentato dalle Linee Guida del "National Institute of Health and Clinical Excellence" (NICE). Di fatto, in tale ambito, la situazione è del tutto sovrapponibile a quando disponibile in Italia.

La "Call to Action" del 2011 [8] ha indicato i seguenti obiettivi da perseguirsi entro il 2020: invertire il trend in salita sia dell'obesità infantile che di quella dell'adulto.

In quest'ambito rientra la recente introduzione di una nuova etichettatura degli alimenti che introduce un codice-colore ripreso da quello del semaforo: rosso, eccesso; arancione, medio e verde, basso contenuto dei singoli macronutrienti.

Spagna. Nel 2011 è stata approvata una legge sulla sicurezza alimentare che contiene misure per l'implementazione della strategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) con la possibilità di adattare la strategia ogni cinque anni.

Nel 2013 è stato istituito un Osservatorio sulla abitudini alimentari e per lo studio dell'obesità che, oltre al costante monitoraggio sulla prevalenza dell'obesità, prevede l'implementazione delle modifiche dello stile di vita. Altre recenti policy includono accordi

tra l'AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) e diverse industrie di bevande zuccherate, al fine di prevedere messaggi, negli spot televisivi, che promuovano uno stile di vita sano [9].

USA. Il sistema federale non consente che vi sia una policy nazionale sull'obesità. Una campagna nazionale che ha avuto una notevole risonanza è quella promossa nel 2010 dalla first Lady Michelle Obama "Let's Move Campaign" con l'obiettivo di arrestare o ridurre l'obesità infantile nell'arco di una generazione. Vi è inoltre una vasta area legislativa diretta alla prevenzione dell'obesità, sia a livello statale che federale. Un esempio è rappresentato dalle misure prese dall'ex sindaco di New York Bloomberg: etichettatura degli alimenti con indicazione delle calorie, divieto di utilizzare i grassi trans nei ristoranti, facilitazione nell'affitto di bicicletta per spostamenti all'interno della città e infine il programma "Green Carts" che prevede la diffusione nelle strade di 1000 banchi per la vendita di frutta e verdura.

A livello federale, nel 2011 la terapia intensiva comportamentale per l'obesità è stata approvata ed è ora rimborsata da Medicare e Medicaid.

Vi sono alcuni messaggi chiari che emergono dal sondaggio:

- Molti policymaker non hanno un'idea chiara sulla prevalenza dell'obesità e sui suoi punti di cut-off.
- Tutti i policy maker identificano negli individui e nelle loro famiglie i prin-

cipali responsabili per la loro condizione e tutti ritengono che l'industria alimentare abbia anch'essa una parte di responsabilità.

- Nessuno dei policy maker intervistati ritiene che le politiche adottate dal proprio paese siano adeguate per fronteggiare la situazione sia per quanto riguarda la prevenzione che il trattamento dell'obesità.

In conclusione, sebbene la maggior parte dei policy maker abbia una buona conoscenza delle problematiche, c'è ancora molto da fare per aumentare ulteriormente la consapevolezza su "cosa funziona" e sull'impatto che programmi di prevenzione e gestione possono avere nei singoli paesi.

Conclusioni

Il mondo sta vivendo una trasformazione epocale di tipo demografico, sociale, economico e ambientale. L'epidemia dell'obesità e delle malattie non trasmissibili, insieme all'invecchiamento della popolazione, minaccia seriamente i sistemi sanitari. Per pensare di avere successo nel fronteggiare questa sfida bisogna pensare in modo diverso dal passato ed essere in grado di concepire policy aggressive e coraggiose. Per noi e per le generazioni future è giunto il momento di mettere in pratica i buoni propositi indicati in molte delle policy nazionali ed internazionali degli ultimi 15 anni che sono serviti più a sensibilizzare che ad attuare.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Studio SPESA; Centri di Farmacoeconomia e Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università di Milano, 2005
- [2] Conferenza Ministeriale della Regione Europea dell'OMS, Istanbul, Novembre 2006
- [3] ISTAT 2010
- [4] La vita quotidiana nel 2007, Indagine multiscopo annuale sulle famiglie, "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2007
- [5] United Nations, Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (September 2011)
<http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/L.1>, para. 45(c)
- [6] WHO, Global Action Plan on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013–2020 (2013)
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf
- [7] Obesity policymaker survey 2013, <http://easo.org/news/policymaker-survey>
- [8] Public Health Guidance 38 (2012)
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13791/59951/59951.pdf>
- [9] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición press release, 18 January 2013
http://www.aesan.msc.es/en/AESAN/web/notas_prensa/nutricion_estudio_obesidad.shtml

Italian Health Policy Brief

Anno IV - N° 4 - 2014

Direttore Responsabile

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale

Marcello Portesi

Editore

ALTIS

Altis S.r.l.

Via della Colonna Antonina, 52
00186 Roma

Tel. +39 06 95585200

Fax +39 06 95585299

Contatti redazione

Tel. +39 02 49538300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Pier Luigi Canonico

Achille Caputi

Claudio Cricelli

Carlo Favaretti

Renato Lauro

Nello Martini

Antonio Nicolucci

Patrizio Piacentini

Annarosa Racca

Walter Ricciardi

Francesco Rossi

Mario Sorrentino

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.