

ABITUDINI ALIMENTARI

(Fonte: Guadagnare Salute – Dossier Alimentazione – Cap.1)

PUNTI CHIAVE

- ❶ **Il binomio alimentazione e buona salute**
- ❷ **Misurare il sovrappeso e l'obesità**
- ❸ **Sovrappeso e obesità nel mondo**
- ❹ **Le informazioni dai sistemi di sorveglianza alimentare**

IN SINTESI

Alimentazione corretta e buona salute sono un binomio indissolubile. I dati sulla sorveglianza alimentare mostrano che in Italia, come in ogni parte del mondo, il sovrappeso e l'obesità (conseguenze dirette di un'alimentazione non equilibrata) sono in crescita. Il fenomeno è più spiccato nelle Regioni meridionali, dove si assiste anche a un consumo minore di frutta e verdura rispetto al resto del Paese. L'educazione a una nutrizione sana e alla pratica dell'attività fisica vanno rivolte soprattutto ai bambini, agli adolescenti e agli anziani che rappresentano sottogruppi di popolazione a rischio. Inoltre, in molte persone manca la consapevolezza dell'importanza di seguire regole alimentari sane e uno stile di vita complessivamente salutare, così come spesso manca anche la percezione di essere in sovrappeso o sedentari.

Il binomio alimentazione e buona salute

L'importanza dell'alimentazione è sottolineata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), secondo la quale nutrizione adeguata e salute sono da considerarsi diritti umani fondamentali correlati l'uno all'altro. L'alimentazione è uno dei fattori che maggiormente incidono sullo sviluppo, sul rendimento e sulla produttività dei cittadini, sulla qualità della vita e sulle condizioni psico-fisiche con cui si affronta l'invecchiamento. Lo stato di salute delle popolazioni del pianeta, sia ricche che povere, è fortemente influenzato dalla densità energetica e nutrizionale della dieta: una dieta corretta è un validissimo strumento di prevenzione per molte malattie e di gestione e trattamento per molte altre. Sempre secondo l'Oms sono quasi 3 milioni le vite che si potrebbero salvare ogni anno nel mondo grazie a un consumo sufficiente di frutta e verdura.

Questo dossier è centrato sull'importanza di aumentare la conoscenza e la consapevolezza che un'alimentazione corretta ed equilibrata rappresenta uno strumento essenziale per il mantenimento della salute. Non sono, invece, oggetto specifico di questo documento i disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia, responsabili di gravi danni alla salute, né l'alimentazione in particolari condizioni o per determinati segmenti della popolazione con specifiche esigenze nutrizionali e fisiologiche (per esempio l'alimentazione nel bambino o nell'anziano, nella donna in gravidanza, o le esigenze nutrizionali degli adulti con malattie croniche o ricoverati in ospedale). Esulano da questo dossier anche le tematiche relative alla sicurezza alimentare. Parlando di alimentazione, infatti, oltre al diritto a una quantità equa di alimenti per ciascun essere umano, è importante anche il tema della sicurezza intesa come preservazione della qualità organolettica e microbiologica degli alimenti, oltre che della loro tipicità e tradizione.

Misurare il sovrappeso e l'obesità

Le caratteristiche ponderali possono essere definite in relazione al valore dell'indice di massa corporea (Imc o Bmi, *Body Mass Index*), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato. Nell'adulto, sovrappeso e obesità (così come la magrezza) vengono definiti in base al valore di Bmi seguendo una specifica classificazione unificata per genere ed età (vedi tabella 1).

Tabella 1. Classificazione di sovrappeso e obesità nell'adulto sulla base del Bmi

Bmi (kg/m ²)	Categorie
<18,50	Sottopeso
18,5-24,99	Normopeso
≥25,00-29,99	Sovrappeso
≥30,00	Obesità
30,00-34,99	Obesità I classe
35,00-39,99	Obesità II classe
≥40,00	Obesità III classe

* modificata da Oms e Ccm-Ebp e obesità ^{4,5}

Esistono esami strumentali complessi per la valutazione dello stato nutrizionale, caratterizzati da un grado più o meno elevato di precisione. Per la pratica clinica di routine o per le valutazioni epidemiologiche o di sanità pubblica può essere utilizzato il Bmi che, pur non misurando direttamente la massa grassa del soggetto né la sua distribuzione, ha una buona correlazione con la quantità di grasso corporeo oltre ad essere un indice semplice e riproducibile. Gli atleti, per esempio, possono avere dei valori di Bmi elevati pure in assenza di un eccesso di grasso corporeo a causa di una massa muscolare molto sviluppata. Inoltre, a parità di Bmi, l'accumulo di tessuto adiposo a livello dell'addome è associato a un maggior rischio di malattie cardiovascolari e ad anomalie metaboliche come l'iperinsulinemia e la dislipidemia.⁵

Altri metodi antropometrici per stimare la massa grassa e la distribuzione del tessuto adiposo nel corpo sono la misurazione delle [pliche cutanee](#) (che richiede però un elevato grado di addestramento), quella della circonferenza della vita e il calcolo del rapporto tra la circonferenza della vita e dei fianchi.

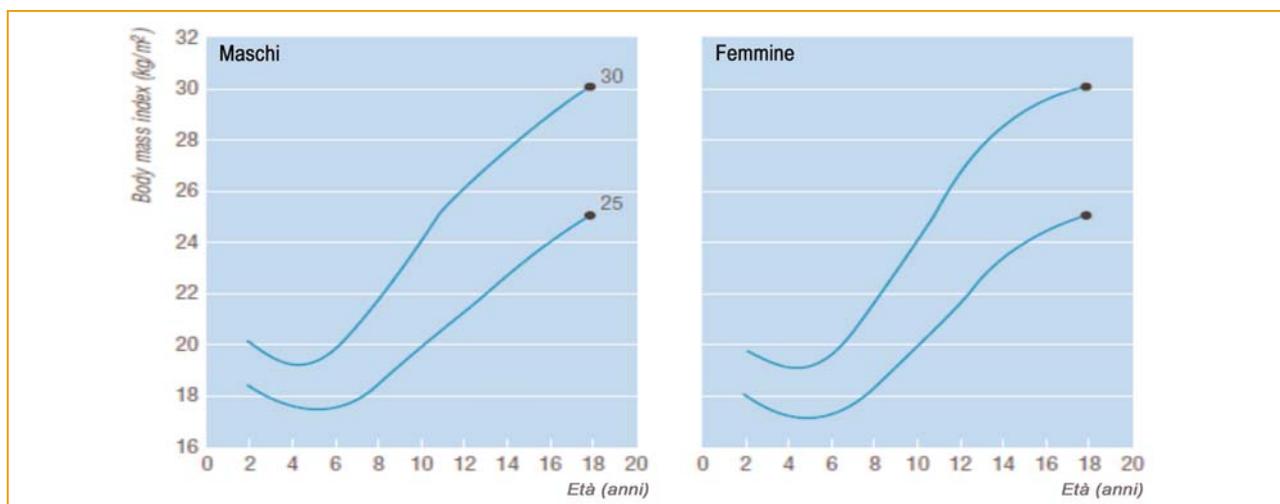
Nei bambini e negli adolescenti la definizione di sovrappeso e obesità è più problematica, in virtù dei continui cambiamenti fisiologici dovuti alla crescita, con ampia variabilità interindividuale e di genere. Di conseguenza non può esistere un unico valore soglia di Bmi che definisca il sovrappeso o l'obesità ed esprima adeguatamente la massa grassa e magra. Dal 2000, in seguito alla pubblicazione di Tim J. Cole et al. "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", è stato applicato anche in età evolutiva un valore soglia basato sui valori dei percentili di Bmi (disponibili per la fascia di età da 2 a 18 anni per entrambi i generi e raccolti dai dati ausiliari di Brasile, Hong Kong, Paesi Bassi, Regno Unito, Singapore e Stati Uniti) che all'età di 18 anni corrispondono ai valori di Bmi dell'adulto rispettivamente di 25 e 30 Kg/m² (vedi tabella 2 e figura 1).

Nel 2006, dopo oltre 10 anni di lavoro, l'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato gli [standard di crescita per bambini dalla nascita a 5 anni di età](#) basati su un approccio prescrittivo, cioè come i bambini potrebbero e dovrebbero crescere se posti in un ambiente adeguato, privo di ostacoli nutrizionali, economici e sociali al raggiungimento del loro potenziale genetico di crescita. Nel 2007, l'Oms ha presentato anche le [curve di crescita da 5 a 19 anni](#), rivalutando con diverso approccio statistico i dati antropometrici rilevati negli anni Settanta.

Tabella 2. Valori di soglia del Bmi per la definizione di sovrappeso e obesità in funzione dell'età (da 2 a 18 anni) e del sesso⁶

Età (anni)	Bmi 25 kg/m ²		Bmi 30 kg/m ²	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2	18,4	18,0	20,1	20,1
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7	17,9	17,8	20,6	20,5
7,5	18,2	18,0	21,1	21,0
8	18,4	18,3	21,6	21,6
8,5	18,8	18,7	22,2	22,2
9	19,1	19,1	22,8	22,8
9,5	19,5	19,5	23,4	23,5
10	19,8	19,9	24,0	24,1
10,5	20,2	20,3	24,6	24,8
11	20,6	20,7	25,1	25,4
11,5	20,9	21,2	25,6	26,1
12	21,2	21,7	26,0	26,7
12,5	21,6	22,1	26,4	27,2
13	21,9	22,6	26,8	27,8
13,5	22,3	23,0	27,2	28,2
14	22,6	23,3	27,6	28,6
14,5	23,0	23,7	28,0	28,9
15	23,3	23,9	28,3	29,1
15,5	23,6	24,2	28,6	29,3
16	23,9	24,4	28,9	29,4
16,5	24,2	24,5	29,1	29,6
17	24,5	24,7	29,4	29,7
17,5	24,7	24,8	29,7	29,8
18	25	25	30	30

Figura 1. Valori di soglia del Bmi per la definizione di sovrappeso e obesità in funzione dell'età (da 2 a 18 anni) e del sesso



Sovrappeso e obesità nel mondo

La diffusione crescente del sovrappeso e dell'obesità nel mondo rende ragione del termine *globesity*, coniato per indicare una "globale e crescente epidemia di sovrappeso e obesità" che minaccia la salute della popolazione mondiale e le economie sanitarie internazionali, rappresentando pertanto un rilevante problema di salute e di sanità pubblica. Questo fenomeno non è più circoscritto ai Paesi industrializzati, ma si sta estendendo anche a quelli in via di sviluppo (vedi figura 2).

Un'analisi pubblicata su *The Lancet* nel 2011 rivela una tendenza all'aumento del peso corporeo generalizzata a livello mondiale. Secondo lo studio, tra il 1980 e il 2008 il valore medio del Bmi è aumentato per ogni decennio di 0,4 kg/m² negli uomini e 0,5 kg/m² nelle donne e, nel 2008, circa 1,46 miliardi di adulti in tutto il mondo avevano un Bmi di 25 kg/m² o maggiore.--

Sovrappeso e obesità sono in crescita nella maggior parte dei Paesi europei. A seconda delle nazioni, il 25-70% degli adulti è in sovrappeso e il 5-30% è obeso. Nella Regione europea dell'Oms, la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi due decenni e ha ormai raggiunto proporzioni epidemiche (la stima aggiornata al 2010 per la Regione europea è di 150 milioni di adulti e di 15 milioni di bambini e adolescenti obesi).

L'eccesso di peso, determinato in primo luogo dalla situazione nutrizionale (squilibrio tra assunzione calorica e spesa energetica a favore della prima) ma anche influenzato da fattori genetici che peserebbero secondo le varie stime dal 30% al 70%, è un determinante importante delle condizioni di salute perché aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche, di alcuni tipi di tumore, di malattie della colecisti, di osteoartriti e di patologie neurodegenerative. In effetti, la frequenza di molte malattie croniche collegate a una scorretta alimentazione è cresciuta negli ultimi decenni.³ Nella Regione europea dell'Oms, il sovrappeso determina ogni anno oltre 1 milione di decessi e 12 milioni di anni vita persi in buona salute. Oltre tre quarti dei casi di diabete di tipo 2 si associano a un Bmi che supera i 21 kg/m² e, sempre nella Regione europea, il sovrappeso è responsabile fino al 6% delle spese per l'assistenza sanitaria della popolazione adulta. Il carico economico è rappresentato non solo dai costi sanitari per le cure mediche per il trattamento delle patologie associate (costi diretti), ma anche dalla perdita di produttività dovuta all'assenteismo e alla mortalità prematura (costi indiretti), alle occasioni perse, ai problemi psicologici e alla scarsa qualità della vita (costi intangibili). Per esempio, l'insieme di questi costi per l'anno 2002, nei 15 Paesi membri dell'Unione europea, corrisponde a 32,8 miliardi di euro.

A peggiorare la situazione c'è poi la sedentarietà. L'Oms stima, infatti, che circa il 41% degli europei non svolge alcun tipo di attività fisica moderata nell'arco della settimana e questo aumenta il rischio di malattie croniche: l'86% dei decessi è attribuibile a malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete di tipo 2, una malattia di cui in Europa soffrono circa 52 milioni di persone (l'8,4% degli uomini e il 7,8% delle donne tra i 20 e i 79 anni d'età).

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Il sovrappeso e l'obesità, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorciano la durata della vita e ne peggiorano la qualità.

Negli ultimi cinquant'anni circa si è assistito a un aumento progressivo e costante del consumo alimentare nel mondo che ha inciso sullo stato di salute globale (vedi figura 2). È stato anche dimostrato che il sovrappeso esercita precocemente la propria influenza negativa, dal momento che è stata provata una relazione tra indice di massa corporea nell'infanzia (Bmi) e rischio di malattie cardiovascolari in età adulta.

Figura 2. Andamento temporale del consumo calorico secondo le stime dell'Oms¹⁰



Le informazioni dai sistemi di sorveglianza nutrizionale

In considerazione dell'importanza della situazione nutrizionale e soprattutto dell'eccesso ponderale come determinante di salute, si compiono molti sforzi per monitorarne l'andamento nei bambini, negli adulti e negli anziani. Un problema particolarmente grave è quello della frequenza di obesità e sovrappeso tra bimbi e adolescenti esposti, a causa di queste condizioni, fino dall'età infantile a mobilità ridotta, problemi articolari, disturbi di carattere psicologico e, nei casi più gravi, a difficoltà respiratorie. Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto e ciò aumenta lo sviluppo precoce di fattori di rischio cardiovascolare e di condizioni di metabolismo alterato come il diabete di tipo 2 e l'ipercolesterolemia.

In Italia è attiva una rete di sorveglianza (sistema di sorveglianza Passi, OKkio alla Salute, Hbsc, ecc) che si configura come uno strumento di monitoraggio del fenomeno e valutazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute messi in campo, rendendo disponibili ai decisori e ai cittadini i dati indispensabili per attivare scelte consapevoli e indirizzare correttamente le azioni da intraprendere (vedi quesito 4).

Il peso corporeo medio della popolazione in Italia è aumentato negli ultimi decenni. Il sistema di sorveglianza [Passi](#) (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia, progetto rivolto a monitorare lo stato di salute della popolazione italiana adulta di 18-69 anni, attraverso la rilevazione delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento in atto per modificare i comportamenti a rischio) nel 2008 attribuiva all'obesità la responsabilità di 50 mila decessi all'anno nel nostro Paese.

I dati del sistema di sorveglianza [OKkio alla Salute](#), raccolti nel 2010 in tutte le Regioni ed elaborati a partire dai dati antropometrici di oltre 40 mila scolari di 8-9 anni della classe terza primaria in base alle risposte di un questionario somministrato alle famiglie, mostrano una prevalenza di sovrappeso e obe-

sità rispettivamente del 22,9% e dell'11,1% con una distribuzione di queste condizioni più alta nelle regioni del Centro e del Sud (vedi tabella 3). Estrapolando le stime rispetto all'intera popolazione di alunni della scuola primaria, il numero di bambini in eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e centomila, di cui quasi 400 mila obesi.

Tabella 3. % Sovrappeso e obesità in bambini della terza classe primaria²³

Regioni	% Sovrappeso e obesità
Valle D'Aosta – Friuli Venezia Giulia – P.A. Trento – P.A. Bolzano	≤25
Veneto – Lombardia (prov. Milano) – Piemonte – Liguria – Emilia Romagna – Toscana – Marche – Umbria – Sardegna	>25 e <33
Lazio – Sicilia – Puglia	≤33 e <40
Molise – Campania – Basilicata – Calabria – Abruzzo	≥40

* da OKkio alla Salute 2010 – Sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria

Sempre il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute ha arricchito ulteriormente i dati su sovrappeso e obesità infantili indagando il sesso del bambino, il titolo di studio e l'occupazione della madre. È emerso che livelli di istruzione alti e impegno lavorativo della madre si associano a percentuali di sovrappeso e obesità inferiori (vedi tabella 4).

Tabella 4. Stato ponderale dei bambini e caratteristiche socio-demografiche del bambino e della madre²³

Caratteristiche	N	% Sovrappeso+obesità
Età (anni compiuti)		
8	25.977	34,9
9	15.618	33,0
Sesso		
maschi	21.437	34,6
femmine	20.158	33,7
Titolo studio madre		
≤media inf.	12.622	37,2
media sup.	16.754	33,2
laurea	5.394	28,8
Occupazione madre		
tempo pieno	10.633	34,2
part-time	11.841	31,2
nessuna	12.562	36,3

* da OKkio alla Salute 2010 – Sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria

I dati sono in linea con i risultati preliminari del sistema di sorveglianza europeo Childhood Obesity Surveillance Initiative ([Cosi](#)), secondo i quali, in media, il 24% dei bambini di età compresa tra 6 e 9 anni è in sovrappeso o obeso.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale degli adolescenti italiani sono disponibili i dati nazionali dello studio [Hbsc](#) (Health Behaviour in School-Aged Children), condotto su un campione rappresenta-

tivo di oltre 77 mila ragazzi di 11-13-15 anni. Secondo i dati Hbsc, la frequenza dei giovani in sovrappeso o obesi va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni, al 25,6% nei maschi e al 12,3% nelle femmine di 15 anni.

Tabella 5. Eccesso ponderale - Pool di Asl - Passi 2010²²

Caratteristiche	Sovrappeso % (Ic 95%)	Obesità % (Ic 95%)
Totale	31,6	10,6
Classi di età		
18-34	20	5
35-49	33	10
50-69	41	17
Sesso		
uomini	41	11
donne	23	10
Istruzione		
nessuna/elementare	41	24
media inferiore	39	13
media superiore	28	8
laurea	25	5
Difficoltà economiche		
molte	34	16
qualche	34	12
nessuna	29	8

* da sistema di sorveglianza Passi 2010

I dati sulle caratteristiche degli adulti in sovrappeso in Italia sono forniti dal sistema di sorveglianza Passi. Analizzando i dati 2010 emerge che circa 3 adulti su 10 risultano in sovrappeso, uno su 10 è obeso e che il sovrappeso (Bmi ≥ 25 kg/m²) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con un livello culturale, sociale ed economico più basso (vedi tabella 5). Rispetto alle stime dei due anni precedenti la situazione è sostanzialmente stabile. Inoltre, poiché le donne tendono a riportare un peso inferiore e un'altezza superiore rispetto a quelli reali, con sottostima del Bmi, è ragionevole ritenere che il Bmi riferito sia inferiore di circa il 20% rispetto a quello reale.

Analogamente a quanto osservato nei bambini e nei ragazzi il sistema di sorveglianza Passi ha mostrato che l'eccesso di peso è risultato più diffuso al Sud: in particolare la Puglia ha la percentuale più alta di persone in sovrappeso o obese (49%) mentre la Provincia autonoma di Bolzano è quella con la percentuale più bassa (29,5%) (vedi tabella 6).

La percezione di essere in sovrappeso è coerente con il valore misurato negli obesi (89%) e nei soggetti normopeso (85%), mentre tra quelli in sovrappeso, il 46% ritiene il proprio peso adeguato e l'1% troppo basso.

Tabella 6. Eccesso ponderale nella popolazione adulta²²

Regione	%	IC95%	
Piemonte	37,4	35,83	39
Valle D'Aosta	40,39	35,11	45,91
Lombardia	33,08	30,68	35,58
PA Bolzano	29,49	24,78	34,69
PA Trento	36,07	32,75	39,52
Veneto	39,65	38,28	41,04
Friuli-Venezia Giulia	43,06	40,76	45,4
Liguria	38,38	35,72	41,12
Emilia-Romagna	43,36	41,7	45,04
Toscana	38,91	36,97	40,89
Umbria	43,23	40,77	45,72
Marche	40,21	37,46	43,03
Lazio	41,4	39,68	43,14
Abruzzo	39,13	35,73	42,65
Molise	48,96	43,91	54,03
Campania	48,44	46,24	50,65
Puglia	49,36	47,3	51,43
Basilicata	47,59	44,19	51,01
Calabria	48,71	42,99	54,46
Sicilia	46,31	43,17	49,48
Sardegna	36,43	32,15	40,94
Pool di Asl	42,21	41,59	42,84

* da sistema di sorveglianza Passi 2010

Riguardo alla diffusione di sovrappeso e obesità, dalle interviste dell'indagine Multiscopo dell'Istat "[Aspetti della vita quotidiana. Anno 2009](#)" emerge che, in Italia nel periodo 2001-2009 è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (dal 33,9% nel 2001 al 36,1% nel 2009) sia quella degli obesi (dall'8,5% nel 2001 al 10,3% nel 2009). La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale aumenta al crescere dell'età, passando dal 19,0% tra i 18 e i 24 anni a oltre il 60% tra i 55 e i 74 anni, per poi diminuire lievemente nelle età più anziane (55,9% tra le persone con più di 75 anni). Le condizioni di sovrappeso e obesità sono più diffuse tra gli uomini che tra le donne: il 45,2% degli uomini è in sovrappeso e l'11,3% è obeso rispetto al 27,7% e al 9,3% delle donne. A livello territoriale si osserva che la condizione di sovrappeso e obesità è più diffusa nel Sud (50,9%), in particolare in Molise (51,6%), Campania (51,8%) e Calabria (51,4%).

Per Maggiori informazioni :

http://learn.snlg.it/file.php/1/GS_dossier_alimentazione_ok.pdf