

«Dai farmaci alle ospedalizzazioni per obesità si spendono ogni anno in Italia ben 28 miliardi di euro». È il risultato della ricerca dell'università statale di Milano

Visite mediche da raccomandati Pronti alla bustarella per saltare la fila

Oltre 13 milioni di casi tra chi sfrutta conoscenze e chi usa il denaro

IN FILA
I pazienti
mentre
attendono il
loro turno per
le visite
specialistiche
dopo la
prenotazione
al Cup. Nella
ricerca del
Censis viene
messo in
evidenza
come 13
milioni di
italiani
cerchino di
aggirare le file



Giovanni Rossi
ROMA

NEL GIORNO in cui il ministro Beatrice Lorenzin annuncia la quasi ultimata trasformazione digitale della sanità pubblica, quale «fonte di grande risparmio, fondamentale per migliorare il rapporto qualità-costo, ridurre sprechi e inefficienze» e «migliorare l'assistenza ai cittadini», il Censis – al-

LA RICERCA DEL CENSIS

Il presidente De Rita:
«La trasparenza sui dati serve a migliorare il welfare»

rettanto premurosamente – ricorda che nel 2016 ben 13,5 milioni di italiani hanno saltato le lista d'attesa per visite e accertamenti medici. E lo hanno fatto – *more solito* – grazie a conoscenze e raccomandazioni. Se non addirittura pagando. Le solite due facce del Paese: quello futuro e quello reale, dove tutti avanzano a spallate stile barrellieri al pronto soccorso o, nei casi più complessi, con chirurgiche telefonate a «chi so io».

Lo stato generale di opinioni e aspettative sul tema è ben riassunto dalla ricerca 'La forza della trasparenza per il welfare italiano', titolo ambizioso realizzato dal Censis per il Forum Ania-Consumatori.

Il ponderoso lavoro certifica i dolori dei pazienti-cittadini: se per il 58% degli italiani molti tagli al



Gli sprechi

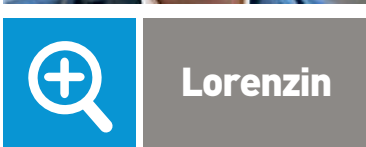
Per il 71,4% degli italiani ci sono ancora troppi sprechi in sanità: il 19% di loro è convinto che alcuni accertamenti diagnostici prescritti siano inutili

I tagli

Il 58,1% degli italiani è convinto che molti dei tagli operati nel welfare siano stati utili, perché sono andati a colpire proprio sprechi e inefficienze nel settore

Il passato

Il 50,6% degli italiani pensa che in passato il welfare sia stato troppo generoso e che questo aspetto sia adesso uno delle cause della crisi dei servizi in questo settore



«La digitalizzazione porterà risparmi»

«La trasformazione digitale della sanità pubblica «è molto vicina e in gran parte già realizzata. Noi vediamo questo processo come fonte di grande risparmio». Almeno 4 miliardi all'anno. A dirlo il ministro Lorenzin

welfare sono stati certamente utili a colpire e sperperi e inefficienze, per il 71% del campione gli sprechi sanitari sono ancora troppi, con il 19% convinto che alcuni accertamenti diagnostici e visite specialistiche prescritti da medico curante o presunti luminari siano addirittura stati inutili. Autocoscienza suggerisce che in passato il welfare sia stato troppo generoso, tanto che la manica larga del sistema oggi appare inevitabile concausa della crisi generale (lo pensa il 50,6% degli intervistati).

DALLA RICERCA emerge pertanto – e non era scontato – un consenso di fondo alla logica di una razionalizzazione dei costi del welfare. Ma con una decisiva postilla: no ai tagli lineari e indiscriminati, sì agli interventi che sanno colpire sprechi e inefficienze. Quasi tre italiani su quattro valutano infatti che la regolamentazione dell'assistenza sociale non sia stringente come meriterebbe (vedi pensioni d'invalidità ingiustificate). Quasi nove italiani su dieci (86%) – affermano infatti di conoscere miracolo-

lati fruitori di prestazioni cui non avrebbero diritto. Tutto molto nobile e sincero, se non fosse che poi – per ammissione generale – alla prima emergenza sanitaria scatta il vecchio 'saltacoda' con tanti saluti alla rivoluzione digitale.

IL WELFARE italiano – è l'analisi del presidente del Censis, Giuseppe De Rita – è stato «da sempre piattaforma di sicurezza per le famiglie, garantendo spalle coperte». Ora quelle stesse famiglie «vanno messe nelle condizioni di capire». Messaggio inevitabile: «La trasparenza nell'uso delle risorse non è una clava contro il welfare, ma uno strumento per renderlo migliore». Ricorda Pier Ugo Andreini, presidente del Forum Ania-Consumatori: «Il welfare è un patto sociale tra cittadini finalizzato a proteggere il proprio benessere e a tutelare il futuro proprio e spesso anche dei figli. Come tutti i patti, il principio di trasparenza nelle informazioni e di eticità nei comportamenti è fondamentale per il suo buon funzionamento».

IL COMMENTO

di VIVIANA PONCHIA



INGUARIBILI FURBETTI

UN VERO italiano non sa stare in coda nemmeno quando deve prendere la seggiovia. Con la scusa di un parente ritrovato tre metri più in là, di un bambino abbandonato da recuperare o della fede nuziale persa nel giro precedente, anche con gli sci ai piedi le prova tutte per farsi largo e arrivare prima. Le nuove file dei supermercati mettono a dura prova l'indole anarchica della nazione più furba di tutte perché se avevi adocchiato la cassa sette e vieni spedito dal computer alla 11 non c'è logica di smistamento che tenga, ti senti defraudato del diritto di fregare qualcuno. Anche gli ingressi delle pizzerie sono interessanti osservatori per studiare il carattere di gente che proprio non ce la fa ad aspettare il proprio turno. La pantomima per accaparrarsi un tavolo prima degli altri comprende tutta la gamma della corruzione da strapazzo: fingersi vecchi amici del pizzaiolo, fare intendere al cassiere che l'occholino si tradurrà in lauta mancia, o più semplicemente sedurre la cameriera. Anche portarsi dietro un neonato affamato o un paio di infanti litigiosi aiuta a togliersi dalla situazione più insopportabile di tutte: l'attesa senza una fine certa. Il sistema di sopravvivenza collaudato ora per ora nella vita di tutti i giorni diventa un campo di addestramento per il momento in cui i Tartari spunteranno davvero all'orizzonte e si farà sul serio: l'ora della battaglia contro il tempo incagliato della burocrazia. l'italiano impaziente ricorre alle armi pesanti.

ESSERE in lista d'attesa su un Roma-Parigi regala margini di possibilità: c'è sempre uno spiraglio che si apre, una hostess benevola o al limite il lecito upgrade in business. Aspettare sei mesi un'ecografia rende invece cattivi. E molto intraprendenti. Chi non riesce a fare coincidere bisogno con immediata soddisfazione in questo caso qualche ragione ce l'ha perché stanare un calcolo biliare è più urgente di una Quattro stagioni. Peccato che scelga sempre le stesse strade noiose (conoscenze, raccomandazioni, mazzette) anziché coalizzarsi in un immenso partito di impazienti che costringa a ritrarre le tabelle di marcia della sanità, o almeno della ristorazione.

Con il patrocinio di:

Istituto Superiore di Sanità



Con il supporto non condizionato di

Medtronic

L'OBESITÀ È UNA MALATTIA. CURABILE.

■ *Position Paper*



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



Centro di Studio
e Ricerca sull'Obesità



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



Centro di Studio
e Ricerca sull'Obesità

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Dipartimento di biotecnologie mediche e medicina traslazionale

CENTRO DI STUDIO E RICERCA SULL'OBESITÀ - CSRO
Direttore: prof. Michele Carruba

SOMMARIO

Prefazione	8
Introduzione: perchè il position paper?	10
Che cos'è l'obesità?	12
Come si misura?	13
I numeri	14
Obesità infantile	14
Le cause dell'obesità	15
Relazione tra obesità e malattie croniche	16
Impatto economico dell'obesità	17
Implicazioni sociali dell'obesità	19
Focus diabete e obesità	20
Perchè e come si interviene	21
Il ruolo della chirurgia	23
Intervenire per stare bene e per risparmiare	24
Le richieste	25
Bibliografia	26

PREFAZIONE

Il Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli studi di Milano (CSRO) ha approvato e sottoscritto un position paper sull'obesità dal titolo **'L'obesità è una malattia. Curabile.'**

L'idea ha preso avvio all'interno del progetto 'Obesità 2020', realizzato con il patrocinio dell'European Association for the Study of Obesity (EASO) e il supporto non condizionato di Medtronic. In Italia il progetto è nato a seguito di un'indagine avviata nei mesi di novembre e dicembre 2014 che ha permesso di comprendere, in primo luogo, come l'obesità, malgrado chiare evidenze in questo senso, non sia considerata una malattia.

Nel corso del 2014 la società di ricerca indipendente Opinium, in collaborazione con EASO e il supporto di Medtronic, ha condotto una ricerca su un campione di 14.000 persone in sette Paesi europei per fare luce sulla percezione dell'obesità in Europa. L'indagine, dal titolo 'Obesità: un pericolo sottovalutato. La percezione pubblica in Europa' è stata condotta in Italia su di un campione di oltre 2.025 adulti di genere, età e provenienza diversi.

Dalle interviste è emerso che la metà degli italiani intervistati ritiene che il proprio peso sia normale, mentre il 42% pensa di essere in sovrappeso. In realtà, circa il 10% di coloro che si descrivono in salute è in sovrappeso, mentre il 18% di coloro che si descrivono in sovrappeso risulta obeso; d'altro canto, il 18% di coloro che si descrivono in sovrappeso è in realtà normopeso.

Da un punto di vista terapeutico, il 65% degli intervistati ritiene che i farmaci siano una contromisura indicata, contro il 22% della media europea; inoltre, il 48% prenderebbe in considerazione l'ipotesi di sottoporsi a intervento chirurgico contro il 36% della media generale. Infine, il 33% crede che una dieta equilibrata sia il miglior trattamento per le forme lievi di obesità, mentre solo un quarto (25%) indica la chirurgia come il rimedio più efficace.

A seguito della *situation analysis* e dei dati emersi dalla ricerca, è nato il progetto 'Obesità 2020', che si è dotato di un *advisory board* indipendente, garante della credibilità e dei contenuti scientifici del progetto.

Coordinato dal professor Michele Carruba, past president SIO e direttore del CSRO, l'*advisory board* si compone di numerosi esperti:

Marina Biglia, presidente Associazione Amici Obesi Onlus

Enzo Bonora, professore ordinario di Endocrinologia dell'Università di Verona, past president Società Italiana Diabetologia (SID)

Antonio Caretto, presidente Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)

Nicola Di Lorenzo, past president Società Italiana Chirurgia Obesità (SICOB)

Lorenzo Mantovani, membro Centro Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP)

Marco Pastorini, psicologo e psicoterapeuta

Federico Spandonaro, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", presidente Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)

Paolo Sbraccia, past president Società Italiana Obesità (SIO)

Marco Antonio Zappa, vice presidente Società Italiana Chirurgia Obesità (SICOB)

Come primo passo, l'*advisory board* ha elaborato e sottoscritto il position paper dal titolo '**L'obesità è una malattia. Curabile**', un documento multidisciplinare che si propone di aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica, dei media e delle Istituzioni sull'obesità come malattia cronica, a diffusione epidemica e dai costi sanitari straordinariamente elevati.

Roma, 10 novembre 2016

Prof. Michele Carruba

Direttore Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità
dell'Università degli Studi di Milano (CSRO)

INTRODUZIONE: perché il position paper?

A differenza di quello che viene generalmente percepito dal pubblico, l'obesità è una vera e propria malattia. L'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in questo senso parla chiaro: l'obesità possiede tutti i criteri per essere considerata una patologia vera e propria. Se ne conoscono l'eziologia, i sintomi e gli esiti (*outcome*).

Si tratta di una condizione medica caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo che può portare effetti negativi sulla salute con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita. Il grasso corporeo della persona obesa (in particolare se localizzato a livello viscerale) agisce come una vera e propria "bomba a orologeria".

Se nei primi stadi della patologia -quando la persona è in sovrappeso- può non comportare grossi problemi, con il passare del tempo e dell'aumento dell'accumulo di tessuto adiposo, il paziente obeso è destinato ad andare incontro principalmente allo sviluppo di malattie cardiovascolari, diabete, alcune forme di cancro, patologie polmonari, cataratta, pancreatiti, malattie del fegato patologie renali, osteoartriti, infertilità e disfunzione erettile, depressione.

Secondo le più recenti statistiche, solo un terzo dei pazienti obesi non riporta comorbidità. In realtà si tratta di un dato non sempre frutto di uno studio approfondito. Più aumenta il tempo passato nelle condizioni di obesità maggiori sono le probabilità di incorrere nei diversi disturbi descritti. Il grasso, accumulandosi a livello addominale, genera uno stato di infiammazione cronica che alla lunga è responsabile delle diverse patologie associate all'obesità. Eppure, nonostante queste evidenze, in Italia la malattia viene spesso percepita come un problema puramente estetico.

Questo non accade in altri paesi europei, dove l'obesità è riconosciuta come malattia sociale da combattere con tutte le risorse disponibili. Nella lotta all'obesità infantile, ad esempio, il Regno Unito si appresta a fare la prima decisiva mossa: il governo inglese ha infatti approvato un piano che prevede l'adozione di un'imposta sulle bevande zuccherate (la misura sarà operativa con la legge finanziaria del 2017 e sarà applicata a partire dal 2018).

I destinatari dell'iniziativa saranno i produttori e gli importatori di soft drink. Le entrate così ottenute

andranno a finanziare programmi scolastici per sensibilizzare bambini e adolescenti a praticare attività fisica e a seguire una dieta più salutare. A essere gravate saranno le bevande il cui contenuto di zuccheri è di almeno il 5% ogni 100 ml; l'importo sarà maggiore se lo sarà anche la quota di zuccheri aggiunti.

In Francia gli sforzi sono invece concentrati sul numero di interventi di chirurgia bariatrica: i pazienti trattati ogni anno sono circa 46.000, contro i soli 11.450 in Italia. In sostanza, solo un obeso su cento viene sottoposto a intervento chirurgico.

L'obiettivo di questo position paper è duplice: da un lato sensibilizzare la popolazione sull'importanza della prevenzione, dall'altro rendere consapevole la classe politica e dirigente che affrontare il problema è ormai necessario e non più procrastinabile dal momento che nel nostro Paese la metà della popolazione è in sovrappeso o obesa. Ogni anno nella sola Italia per le complicanze di questa malattia muoiono 57mila persone, circa una ogni 10 minuti. Curare l'obesità è possibile e ciò contribuirebbe ad abbassare drasticamente il numero di decessi. Non solo: ciò porterebbe oltre ad un miglioramento delle condizioni di vita, a un notevole risparmio per il Sistema Sanitario Nazionale.

CHE COS'È L'OBESITÀ?

L'obesità è una malattia che comincia quasi sempre a causa di uno squilibrio tra introito calorico e spesa energetica, con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nelle cellule adipose e anche nelle cellule di altri tessuti (fegato, muscolo scheletrico, ecc). Si tratta di una patologia eterogenea e multifattoriale al cui sviluppo concorrono fattori ambientali, genetici (geni che si sono evoluti in ere di scarsità di cibo), comportamentali e psicologici.

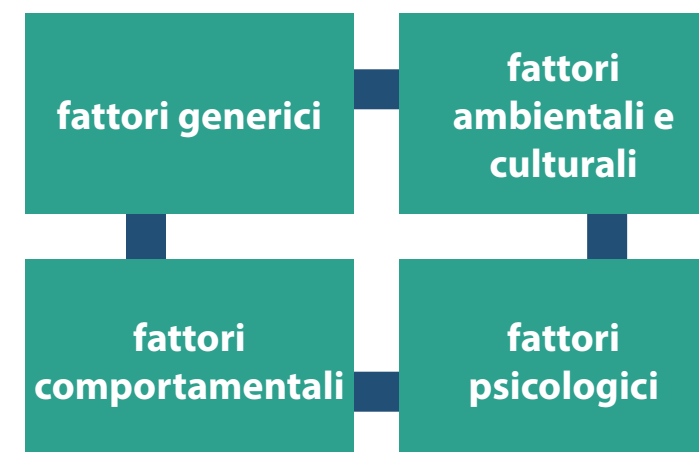
La comunità scientifica riconosce l'obesità come malattia poiché sono presenti tre aspetti:

danno organico

sofferenza psicologica

difficoltà nelle relazioni sociali

e ne individua l'eziologia multifattoriale data dall'interazione di:



COME SI MISURA?

Il grado di adiposità di un individuo non è facilmente misurabile, tuttavia esistono alcune proxy basate su caratteristiche antropometriche che si possono facilmente misurare. In particolare, l'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI), misurato come rapporto tra peso (espresso in kg) e altezza (espressa in m²), è l'indicatore più utilizzato per gli studi di tipo epidemiologico.

Il National Institute of Health (NIH) ha iniziato a definire la condizione di obesità in termini di BMI negli anni Ottanta e nel 1998 si è stabilito che un valore del BMI superiore a 25 kg/m² corrisponde alla soglia del sovrappeso e che un valore maggiore o uguale a 30 kg/m² viene invece attribuito all'obesità.

Analizzando in maniera più approfondita il BMI si scopre che in realtà tale valore rappresenta indirettamente il rischio di mortalità di ogni singola persona: al superamento di una determinata soglia del BMI, aumenta la probabilità di morte. Con un BMI che ricade nella fascia di obesità di grado elevato le probabilità aumentano esponenzialmente.

Anche la circonferenza della vita è un parametro che descrive il rischio di mortalità e di morbidità. Un girovita uguale o superiore a 94 cm negli uomini e a 80 cm nelle donne indica il punto di flesso in cui il rischio comincia ad aumentare. Per un girovita superiore a 102 cm nell'uomo e a 88 cm nella donna, il rischio è molto elevato e quindi non compatibile con uno stato di salute.

Si è adottata questa misurazione perché il BMI non tiene conto della distribuzione della massa e della localizzazione del grasso. Dal momento che ciò che è pericoloso nel generare quella catena di eventi pro-infiammatori è il grasso addominale, la misura della circonferenza vita è un miglior indicatore del livello dell'obesità. Quindi il valore della circonferenza del girovita è in grado di predire con maggior efficacia il rischio di morbidità e mortalità. Alla luce dell'oggettiva utilità del dato, la circonferenza vita deve essere inserita tra i parametri che ogni medico di medicina generale dovrebbe valutare nei suoi pazienti.

I NUMERI

A livello globale sono circa 1,5 miliardi le persone adulte sovrappeso; 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi (1) (OMS). Si tratta di valori raddoppiati rispetto al 1980 e le proiezioni stimano che entro il 2020 circa 2,5 miliardi di adulti saranno sovrappeso e 700 milioni obesi. Non solo: le proiezioni dell'OMS per il 2030 indicano un quasi raddoppio della prevalenza di obesità che, sommata al sovrappeso, costituirà circa il 70% della popolazione.

I dati italiani sono allarmanti: 57 mila morti all'anno per cause attribuibili all'obesità, mille a settimana, 150 al giorno, uno ogni 10 minuti. Un'epidemia sommersa perché molto spesso le cartelle cliniche relative ai decessi non riportano la causa "obesità".

Prima del XX secolo l'eccesso di peso era una condizione rara. Nel 1997 l'OMS ha riconosciuto ufficialmente l'obesità come un'epidemia globale ha sottolineato che con il passare del tempo l'obesità potrebbe addirittura sostituire i più tradizionali problemi di salute pubblica come la denutrizione e le malattie infettive.

OBESITÀ INFANTILE

Particolarmente preoccupante è la diffusione dell'obesità in età evolutiva.

Nel mondo un bambino in età scolare su dieci è obeso o sovrappeso (2). Nonostante nel nostro Paese si registri un timido calo, l'Italia resta ai primi posti in Europa per sovrappeso e obesità infantile. In particolare i dati forniti dal Ministero della Salute, riferiti al 2014, indicano che i bambini in sovrappeso sono il 21%, i bambini obesi sono il 10% e che le prevalenze più alte si registrano nelle Regioni del sud e del centro (3). Altro dato da sottolineare è che un bambino obeso ha il 75% di probabilità di esserlo anche in età adulta.

Il problema dell'obesità infantile spesso nasce anche dall'errata visione da parte dei genitori che non sempre hanno una percezione appropriata dello stato ponderale del proprio figlio: dai dati della ricerca del 2014, come nel passato, emerge che tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 38% non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale e solo il 29% pensa che la quantità di cibo da lui assunta sia eccessiva. Inoltre, solo il 41% delle madri di bambini sedentari ritiene che il proprio figlio svolga poca attività motoria.

LE CAUSE DELL'OBESITÀ

L'obesità è una malattia multifattoriale. Sicuramente la causa principale è l'iperalimentazione: l'assunzione cronica e prolungata di calorie in misura superiore rispetto a quelle consumate è alla base dello sviluppo della malattia. Ecco perché anche lo stile di vita sedentario gioca un ruolo fondamentale: alcuni studi hanno mostrato che almeno il 60% della popolazione mondiale compie attività motorie insufficienti rispetto ai valori necessari per il mantenimento di uno stato di "buona salute". Ecco spiegato il disequilibrio tra calorie assunte e consumate (4).

Alla base di un eccessivo introito calorico spesso si evidenzia un rapporto difficoltoso con il cibo e il corpo, segnale di disagi psicologici quali la depressione, l'ansia o la faticosa gestione delle emozioni come la noia, l'insoddisfazione e la carenza di affetti.

Attenzione però a non pensare che l'obesità sia solo il frutto di scorrette abitudini negli stili di vita. Come per molte altre condizioni mediche l'obesità è il risultato di un'interazione tra fattori ambientali e genetici. Negli ultimi anni gli esperti hanno cominciato a parlare di ambiente obesogeno: il luogo in cui si vive infatti può condizionare fortemente lo sviluppo della malattia. Scarsa attività fisica negli ambienti urbani, spazi giochi limitati e aumento nei bambini del tempo medio passato davanti alla televisione o al computer sono solo alcuni dei fattori. Diverse mutazioni genetiche sono responsabili dell'alterato controllo sia dell'appetito sia del metabolismo, e per questo predispongono allo sviluppo della patologia.

Sebbene la predisposizione genetica, da sola, non sia una causa in grado di spiegare il sovrappeso e l'obesità, essa può rappresentare un elemento di maggiore sensibilità a situazioni di sbilanciamento energetico.

Accanto a queste cause, esistono forme patologiche di iperalimentazione che possono essere favorite da stress o da disturbi dell'emotività e in alcuni casi sono presenti dei veri e propri disturbi del comportamento alimentare quali la sindrome da alimentazione notturna e alcune forme di consumo compulsivo di cibo quale il Binge Eating Disorder (disturbo da alimentazione incontrollata). Inoltre alcuni farmaci possono contribuire allo sviluppo di obesità aumentando la fame e riducendo il metabolismo energetico. Tra le classi farmacologiche più frequentemente coinvolte vi sono gli antidepressivi, gli anti-psicotici e i corticosteroidi.

RELAZIONE TRA OBESITÀ E MALATTIE CRONICHE

I dati lasciano poco spazio alle interpretazioni: più aumenta l'indice di massa corporea e/o la circonferenza vita e maggiore è la probabilità di morte. In particolare diversi studi hanno dimostrato che il rischio di morire aumenta quando viene superata la soglia dei 25 kg/m².

Mediamente una persona obesa vive almeno sei anni di meno rispetto a una sana (5) e trascorre quasi dodici anni di vita in condizioni di salute precaria. La situazione peggiora quando il grado di obesità è ancora più elevato. In questi casi l'aspettativa di vita media è inferiore di quasi 9 anni e quella in salute di oltre 18. A questi dati se ne aggiunge un altro altrettanto importante: prima si diventa obesi e maggiori sono le probabilità di morte in età relativamente giovane.

A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% delle malattie coronariche e quote comprese tra l'8 e il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili all'obesità (6). In particolare, per quanto riguarda il cancro, per ogni 5 punti in più di BMI il rischio di tumore esofageo negli uomini aumenta del 52% e quello del colon del 24%, mentre nelle donne il rischio di tumore endometriale e alla colecisti aumenta del 59% e quello del tumore al seno, nella post-menopausa, del 12%. (12)

A queste vanno aggiunte le patologie polmonari, cataratta, pancreatiti, malattie del fegato, patologie renali, insufficienza venosa, osteoartrosi, infertilità, disfunzione erettile, ipertrofia prostatica, asma e apnee notturne. Per queste ragioni l'obesità contribuisce in modo molto significativo allo sviluppo delle malattie croniche non trasmissibili.

IMPATTO ECONOMICO DELL'OBESITÀ

L'obesità è una malattia che rappresenta un fattore di rischio sostanziale per molte malattie croniche non trasmissibili, con ripercussioni sia sui costi medici (diretti) sia sui costi legati alla perdita di produttività (indiretti), dovuti all'insorgere delle patologie. Diversi studi stimano che i costi diretti legati all'obesità rappresentino circa il 2-8% del totale dei costi sanitari totali a livello mondiale e che la spesa sanitaria sostenuta da un obeso sia in media il 25% più alta di quella di un soggetto normopeso (7).

In Italia, grazie ad uno studio del progetto SiSSI, si calcola che l'eccesso ponderale sia responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale per un totale di circa 4,5 miliardi di euro nel 2012. In particolare lo studio ha documentato che la spesa è più alta del 3% rispetto ai soggetti normopeso se il BMI è compreso tra 25 e 29,9. Più alta del 18% quando il BMI è tra 30 e 34,9, del 41% tra 35 e 39,9 e del 50% quando il BMI è sopra il 40. Il costo incrementale maggiore attribuibile all'obesità si registra nella fascia tra i 45 e i 64 anni.

In termini assoluti un obeso severo/molto severo costa ogni anno tra i 450 e i 550 euro in più rispetto a una persona normopeso. Diversi studi hanno anche dimostrato che il rischio di ospedalizzazione aumenta di tre volte negli obesi rispetto ai normopeso. Questo si traduce in un costo di ospedalizzazione che è pari a circa il 59% della spesa totale per singola persona obesa. Il restante 41% è legato a spese extra ospedaliere come farmaci e prestazioni ambulatoriali.

Uno studio realizzato dal CEIS-Università di Roma Tor Vergata in collaborazione con l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ha dimostrato che attraverso la prevenzione in Europa si potrebbero ottenere risparmi per 150 miliardi di euro nell'arco di circa 45 anni. Secondo la simulazione sono diversi i fattori che mettono a dura prova i conti dei sistemi sanitari dell'area euro: i dati più recenti indicano un preoccupante aumento delle malattie croniche (che pesano fino all'80% sulla spesa sanitaria dei paesi europei e sono la causa di 9 decessi su 10) e il progressivo invecchiamento della popolazione (nel 2050 il 37% degli europei avrà più di 60 anni).

Al tempo stesso assistiamo al crescente diffondersi dei problemi legati a obesità e sovrappeso in più della metà dei paesi OCSE che colpiscono oltre il 50% della popolazione: numeri importanti che rischiano di far saltare il precario equilibrio delle casse dei sistemi sanitari. Ecco perché oggi più che mai occorrono investimenti in prevenzione a lungo termine.

Si può, dunque, ipotizzare anche che un intervento di cura per la riduzione dell'obesità si potrebbe realizzare a livello europeo comporterebbe tale risparmio di 150 miliardi nell'arco di 45 anni grazie a minori spese per diabete, ipertensione, ictus e malattie cardiache. Lo stesso intervento per l'Italia potrebbe portare a risparmiare oltre 36 miliardi in un arco temporale di circa 40 anni.

Tra i vari interventi per curare l'obesità, la chirurgia bariatrica rappresenta sicuramente una strategia importante. Recentemente un'analisi realizzata dal Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP) dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca ha indagato per la prima volta nel nostro Paese il rapporto tra costo ed efficacia di tale procedura: uno studio fondamentale per scegliere in maniera informata l'opzione di trattamento migliore per i pazienti affetti da obesità e ottimizzare le risorse disponibili.

Eseguendo l'analisi su un orizzonte temporale pari all'aspettativa di vita dei soggetti simulati, il ricorso alla chirurgia bariatrica comporterebbe un guadagno per paziente di 3.2 QALY (anni di vita aggiustati per qualità) e una riduzione della spesa per paziente di €11,384. Inoltre, nei soggetti operati, l'analisi mostra una riduzione dal 43.7% al 28.7% nell'incidenza di diabete, una riduzione degli infarti acuti del miocardio dal 29.3% al 24.6%, degli ictus dal 24.0% al 19.9% e una riduzione degli altri eventi cardiovascolari e delle arteriopatie periferiche.

Questi risultati, dunque, suggeriscono un rapporto costo-beneficio favorevole per la chirurgia bariatrica in confronto a diversi approcci non chirurgici, anche considerando un intervallo temporale più breve, pari a 10 anni.

Inoltre, le analisi suggeriscono la necessità di valutare interventi con effetti che non si esauriscano nel breve periodo, ma che si protraggano nel medio e lungo termine, su intervalli temporali sufficientemente lunghi per valutare i benefici e gli eventuali rischi clinici, oltre che economici.

IMPLICAZIONI SOCIALI DELL'OBESITÀ

L'obesità è una malattia, o meglio, una patologia complessa in grado di determinare diverse situazioni di malattia. L'obesità non è una scelta di vita, ma è spesso il frutto di scelte sbagliate legate a uno scorretto rapporto con il cibo, con il proprio corpo e con l'attività fisica. La persona obesa è vittima di pregiudizi e quasi sempre si giudica in maniera severa: pigro, svogliato, incapace, ecc...

L'obesità è decisamente stigmatizzata specie nelle società occidentali che valorizzano la magrezza e l'essere in forma sia in termini di percezione di un aspetto fisico non desiderabile che in termini di difetti caratteriali attribuiti alle persone in sovrappeso.

Uno studio ha mostrato che già a sei anni i bambini nei paesi dell'Unione Europea percepiscono i coetanei obesi come "pigri, sporchi, stupidi, brutti, bugiardi e imbroglianti". A una persona stigmatizzata perché in sovrappeso o perché obesa vengono attribuiti stereotipi negativi che aumentano la probabilità che essa incorra in trattamenti ingiusti, nel pregiudizio e nel rischio di essere discriminata.

Il pregiudizio sul peso, in particolare nei bambini e adolescenti, può emergere in forme sottili o può essere espresso in modo più aperto attraverso comportamenti come la derisione, il bullismo, la vittimizzazione relazionale e l'isolamento sociale.

Negli adulti è particolarmente marcata la discriminazione lavorativa: il pregiudizio nei confronti di sovrappeso e obesità sembra accompagnare ogni fase del processo dell'esperienza lavorativa.

Per quanto riguarda la fase di selezione, le persone in sovrappeso o obese sono discriminate in quanto, presentandosi a un colloquio di lavoro, prima ancora che questo abbia inizio, hanno meno possibilità di essere assunte, specialmente per lavori che richiedono rapporti col pubblico. Dopo all'assunzione, le cose non vanno molto meglio in quanto, rispetto ai colleghi normopeso, vi sono minori probabilità di avanzamento di carriera, retribuzioni inferiori e maggiore probabilità di essere licenziati.

FOCUS DIABETE E OBESITÀ

Tra le malattie croniche riconducibili all'obesità, il diabete di tipo 2 è sicuramente quella più diffusa. La prevalenza e l'incidenza di questa malattia sono in continuo aumento in tutto il mondo. In Italia i casi diagnosticati erano circa 1,5 milioni a metà degli anni '80 del secolo scorso e sono diventati quasi 4 milioni dopo meno di 30 anni. Un altro milione di italiani ha la malattia senza esserne a conoscenza (8,9).

L'aumento del diabete di tipo 2 dipende da vari fattori: invecchiamento della popolazione con progressivo deterioramento dell'omeostasi endocrino-metabolica, cure migliori con conseguente aumentata sopravvivenza, diagnosi di malattia anticipata, cambiamento dei criteri diagnostici con riduzione della soglia diagnostica di malattia ma soprattutto aumento del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione per un eccesso di introito energetico e per una sempre maggiore sedentarietà anche nelle fasce d'età più basse. L'obesità in età scolare e adolescenziale prelude a un'obesità nell'età adulta.

L'eccesso ponderale è il fattore determinante di rischio per lo sviluppo della malattia. Si calcola che il grasso in eccesso sia responsabile del 64% dei casi di diabete di tipo 2 nell'uomo e del 77% nelle donne (10, 11). Sempre più numerosi studi indicano però che trattando l'obesità è possibile trattare con successo il diabete. La malattia può essere prevenuta con modifiche dello stile di vita e ben controllata con una dieta appropriata.

Nonostante il successo della terapia dietetica, l'aderenza alla stessa è scarsa e il successo è generalmente transitorio anche con i farmaci antidiabetici. Il calo ponderale indotto con la chirurgia bariatrica è in grado di ottenere una remissione del diabete di tipo 2 in una rilevante percentuale di casi.

Per questo motivo, alcuni ricercatori sostengono che essa dovrebbe essere presa in considerazione già al momento della diagnosi in tutte le persone di età compresa fra 20 e 50 anni con diabete, con BMI >35 e probabilmente anche in quelle con BMI >30. Questi sono pazienti che hanno la prospettiva di vivere con la malattia per molte decadi e che saranno inevitabilmente esposti all'effetto deleterio dell'iperglicemia con conseguente danno d'organo. L'eventuale intervento dovrà essere eseguito in un contesto multidisciplinare dopo attenta valutazione pre-operatoria e con adeguato follow-up.

PERCHÈ E COME SI INTERVIENE

Poiché l'obesità è strettamente correlata a molte malattie croniche, intervenire risulta di fondamentale importanza per prevenire. Scopo della terapia dell'obesità è quello di ottenere un calo ponderale di almeno il 5% del peso iniziale, portando il numero di calorie introdotte con l'alimentazione al di sotto del numero di calorie spese con l'esercizio fisico. I metodi per raggiungere questo obiettivo variano notevolmente, anche a seconda del grado di obesità.

Il primo approccio è di tipo dietetico, basato sul ricorso a un regime ipocalorico - da associarsi a un programma di attività fisica - strutturato e calibrato sui bisogni e le possibilità di ogni paziente. Una dieta accurata può causare perdita di peso nel breve periodo, tuttavia il mantenimento è spesso difficile e richiede un impegno costante nell'esercizio fisico oltre a una corretta alimentazione.

Fare la dieta è una questione di testa: se curare l'obesità è possibile, il requisito base è il cambio di mentalità, il cambio nel rapporto con il cibo, con le emozioni e con il corpo. Il concetto di dieta deve infatti essere superato a favore di una visione di cura complessiva di sé attraverso il cibo e l'attività fisica. Le modificazioni nello stile di vita devono essere durature perché l'obesità non rappresenti un costante fattore di rischio.

Intraprendere una dieta è un percorso faticoso. se è relativamente facile perdere peso, è molto difficile mantenere i risultati nel tempo perché sono necessari cambiamenti stabili nello stile di vita riorganizzazione profonda della giornata: bisogna trovare il tempo per cucinare correttamente, per fare la spesa con la testa, per fare attività fisica. Sono questi i veri ostacoli per il paziente obeso, e l'obiettivo del lavoro psicologico di supporto alla dieta è quello di aiutare a recuperare il senso dell'impegno per se stessi.

Oltre al cambiamento dello stile di vita (scelte alimentari e attività fisica) l'obesità può essere trattata anche attraverso un approccio di tipo farmacologico; grazie all'aiuto dei farmaci è più facile instaurare delle modificazioni allo stile di vita del paziente. Alcuni soggetti, infatti, dopo essere dimagriti durante il periodo di trattamento, una volta sospesa la terapia, riacquistano il peso perduto.

Pur essendo molto importanti, al momento sul mercato le opzioni farmacologiche sono poche. Una di esse è orlistat, una molecola che impedisce l'assorbimento intestinale (- 30 %) dei grassi introdotti con la dieta, bloccando particolari enzimi (lipasi) che intervengono nella digestione dei grassi stessi. Il secondo farmaco, che è stato molto recentemente approvato dall'EMA (European Medicines Agency) e messo in commercio anche in Italia come anti-obesità, è la liraglutide.

È un farmaco che agisce come l'ormone GLP-1 prodotto dall'intestino e che modula i circuiti nervosi che regolano l'assunzione di cibo e la spesa energetica. Già utilizzato come efficace farmaco anti-diabetico, la liraglutide è particolarmente indicato nei soggetti obesi diabetici.

Va ricordato che il trattamento farmacologico non deve però essere fine a se stesso. Può essere utile nel promuovere un cambio di stile di vita ma non va considerato come la 'pillola magica' che risolve il problema.

La scarsità di presidi terapeutici per la cura dell'obesità espone i pazienti ad approcci incongrui e non scientificamente validati come l'uso improprio di diete sbilanciate o di farmaci non approvati o illegali, o di fitofarmaci la cui efficacia non è comprovata da evidenze scientifiche.

IL RUOLO DELLA CHIRURGIA

Una delle misure efficaci nella cura dei pazienti obesi è la chirurgia bariatrica, che deve essere applicata quando la dieta, le cure farmacologiche e il cambiamento nello stile di vita non sono stati in grado di migliorare la situazione nella persona obesa. Non esiste un intervento unico, né uno più efficace rispetto ad altri, ma la scelta va compiuta in base alle caratteristiche del paziente e dopo aver valutato la personale condizione di obesità.

La chirurgia bariatrica si è rivelata molto più efficace della terapia conservativa (dieta e attività fisica) nel portare a un calo ponderale e mantenuto nel tempo consentendoli nella maggioranza dei pazienti, significativo.

Numerosi studi a lungo termine hanno documentato che la chirurgia bariatrica offre una notevole riduzione del rischio di mortalità e del rischio di sviluppare nuove patologie associate al sovrappeso e all'obesità (neoplasie, diabete, malattie cardiovascolari e molte altre).

Obiettivo dell'intervento è la riduzione del peso in eccesso e il mantenimento del calo ottenuto. Ciò avviene:

- attraverso una modificazione del tratto intestinale, creando una diminuzione del volume gastrico al fine di ridurre l'introito alimentare;
- diminuendo l'assorbimento dei nutrienti, creando una nuova via che permette al bolo alimentare di 'saltare' parte dello stomaco e il primo tratto dell'intestino tenue;
- attraverso un meccanismo misto che include un'azione sugli ormoni gastrointestinali che dialogano con le strutture cerebrali che regolano l'omeostasi del peso agendo su fame, sazietà e termogenesi.

Non esiste un intervento ideale valido per tutti i pazienti e ogni intervento disponibile o variante di esso presenta aspetti positivi e negativi che possono anche cambiare da persona a persona. È quindi fondamentale capire quale intervento proporre a un paziente obeso, studiandolo accuratamente nella fase preoperatoria, con un team multidisciplinare specializzato in chirurgia della grande obesità e accreditato sulla base di requisiti di qualità e sicurezza per il paziente.

È altrettanto importante che il paziente obeso sia seguito nella fase post intervento non solo dal chirurgo ma da tutto il team multidisciplinare. Purtroppo in Italia l'accesso a questo tipo di strutture e di intervento è ancora poco diffuso rispetto ad altre realtà europee.

INTERVENIRE PER STARE BENE E PER RISPARMIARE

Perdere peso dunque è fondamentale per ridurre e, in alcuni casi, eliminare definitivamente molte delle diverse malattie collegate all'obesità. Per questa ragione è importante sottolineare che attraverso la cura dell'obesità è possibile ridurre e addirittura interrompere la somministrazione delle terapie per le patologie a essa correlate.

In particolare, gli studi dimostrano che anche una modesta perdita di peso (pari al 5-10% del peso corporeo iniziale) porta alla risoluzione o miglioramento delle alterazioni metaboliche come diabete mellito di tipo 2, iperinsulinismo e dislipidemia con conseguente riduzione del rischio di malattia cardiovascolare (ipertensione arteriosa, infarto, ictus, embolia polmonare) e di alcuni tipi di tumore. Il calo ponderale è inoltre associato alla risoluzione o al miglioramento di molte malattie che sono la conseguenza del sovraccarico per eccesso di tessuto adiposo come insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, russamento e apnee notturne, gravi artropatie di arti inferiori e colonna vertebrale, insufficienza venosa degli arti inferiori.

La cura dell'obesità è altresì importante perché può portare alla risoluzione dei problemi legati all'impotenza, infertilità femminile e rischio di tumori femminili (soprattutto mammella e utero) dovuta all'azione ormonale dell'eccesso di tessuto adiposo. Inoltre la risoluzione o il miglioramento è anche a carico del fegato: è così che si può ridurre la steatosi epatica che, nelle sue forme più gravi, può condurre a cirrosi epatica e a tumori del fegato.

Di fondamentale importanza è il miglioramento dal punto di vista psicologico: trattare l'obesità porta a un aumento dell'autostima e a una maggiore accettazione della propria forma corporea con conseguenze positive sulla vita di relazione affettiva e professionale.

Secondo alcune stime se si riducesse di un solo punto la prevalenza dell'obesità in Europa si potrebbero evitare oltre 9 milioni di morti all'anno per malattie cardiovascolari e tumori. Per raggiungere questo obiettivo è necessario, innanzitutto, investire nella prevenzione già a partire dalla scuola, oltre in chi oggi, già in giovane età, risulta in sovrappeso. Questi soggetti sono gli obesi di domani: agire su di essi, quando ancora non presentano i sintomi conclamati degli effetti della malattia, è la vera priorità. Infine, dato da non trascurare, la cura dell'obesità si rende ancor più necessaria in un'ottica di risparmio per il sistema sanitario nazionale.

LE RICHIESTE

L'intervento sull'obesità, così come quello per il contrasto al fumo, al gioco patologico, all'alcol, deve essere caratterizzato da un messaggio chiaro e veicolato attraverso modalità espressive capaci di influenzare le scelte individuali nella vita quotidiana senza che siano vissute come un attacco alla libertà personale.

Attraverso questo documento chiediamo che:

- l'obesità sia considerata una vera e propria malattia e come tale venga trattata inserendola nei LEA;
- i medici di medicina generale inseriscano nella pratica clinica la misura della circonferenza vita come parametro vitale utile nella lotta all'obesità e informino i pazienti sul reale rischio di tale malattia;
- si promuova la formazione di una rete organizzata di strutture pubbliche di assistenza ospedaliera: veri e propri centri di riferimento, costituiti da un team multidisciplinare, che metta il paziente al centro delle decisioni e delle strategie terapeutiche e gestionali. Nella stessa struttura devono essere presenti professionisti in grado di poter affrontare l'obesità dal punto di vista psicologico, nutrizionale, internistico, fisioterapico e chirurgico;
- il contrasto all'obesità inizi sin dall'età evolutiva: ecco perché si rende necessaria una seria politica finalizzata all'inserimento di ore obbligatorie di educazione alimentare a partire dalle scuole elementari. Prima si interviene, minori saranno le conseguenze;
- dal momento che la chirurgia bariatrica risulta essere una delle possibili strategie nella cura dell'obesità -quando il paziente soddisfa determinati parametri- siano organizzate "obesity unit" qualificate e in cui sia presente un team multidisciplinare. Si tratta di un modello organizzativo necessario affinché la persona possa essere gestita al meglio dalla diagnosi al follow-up, consentendo allo stesso tempo un notevole risparmio per le casse del sistema sanitario;
- siano messe in atto politiche di contrasto all'ambiente obesogeno, incentivando la possibilità di accesso alle attività sportive e promuovendo lo sviluppo di parchi e piste ciclabili per favorire uno stile di vita attivo e attività fisica non agonistica in ogni fascia d'età.

BIBLIOGRAFIA

- 1: "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013" (PDF). *The Lancet* 384 (9945): 766–781. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8. ISSN 0140-6736
- 2: Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association* 2014;311(8):806-814
- 3: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministro&id=1899
- 4: 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary], in *CMAJ*, vol. 176, n° 8, aprile 2007, pp. S1–13, DOI:10.1503/cmaj.061409, PMC 1839777, PMID 1742048
- 5: Prospective Studies Collaboration (2009), Body mass index (BMI) and cause-specific mortality, Prospective Studies Collaboration, in "*Lancet*", 373, 9669, pp. 1083-1096.
- 6: Michaud P-C., D. Goldman, D. Lakdawalla, A. Gailey e Y. Zheng (2009), International Differences in Longevity and Health and their Economic Consequences, in "NBER Working Paper",
- 7: Finkelstein EA, Fiebelkorn IA e Wang G, National medical spending attributable to overweight and obesity: How much, and who's paying <http://content.healthaffairs.org/content/suppl/2003/12/05/hlthaff.w3.219v1.DC1>
- 8: Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H (2004). "Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030". *Diabetes Care* 27 (5): 1047–53. doi:10.2337/diacare.27.5.1047. PMID 15111519
- 9: <http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete/prevalenza.asp>
- 10: "Diabetes Fact sheet N°312 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- 11: "Causes of Diabetes". National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. June 2014. <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/causes-diabetes/Pages/index.aspx>
- 12: Renehan et al., *Lancet* 2008;371:569-78 Body mass index and incidence of cancer



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



Centro di Studio
e Ricerca sull'Obesità

Presentazione Position Paper

L'OBESITÀ È UNA MALATTIA. CURABILE.

Roma

Giovedì 10 novembre 2016

Ministero della Salute

Auditorium - Lungotevere Ripa,1

Con il patrocinio di:



Ministero della Salute

Istituto Superiore di Sanità



Con il supporto non condizionato di

Medtronic