



scienza attiva[®]

EDIZIONE 2015/2016

AGRICOLTURA, ALIMENTAZIONE E SOSTENIBILITA'

*Sedentarietà e obesità in Italia: tendenze ed effetti
individuali e sociali*

Antonio Tintori

Consiglio Nazionale delle Ricerche

Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali

Documento di livello: A



Un progetto di



agorà scienza
centro interuniversitario



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



scienza attiva[®]

La sedentarietà si configura oggi sotto il profilo sia sociale sia sanitario uno dei problemi più rilevanti del mondo occidentale, ovvero dei territori economicamente più sviluppati del nostro pianeta. La sedentarietà è legata allo stile di vita, al livello di propensione dei cittadini alla pratica di attività fisico-sportiva, al grado di consapevolezza dei rischi indotti dall'inattività fisica protratta nel tempo, ma anche ad atteggiamenti culturali ancora fortemente incentrati sulla soddisfazione dei bisogni primari piuttosto che sul benessere e l'autoespressione (Misiti, 2008). Così come la sedentarietà, anche l'obesità - che diversamente si caratterizza per l'essere una condizione medica - può coinvolgere tutti: preadolescenti, adolescenti, adulti. Sedentarietà e obesità si configurano come fenomeni tendenzialmente in crescita e di grande interesse sotto il profilo sia scientifico sia istituzionale in quanto producono effetti negativi non solo a livello individuale ma anche sull'intera collettività. Entrambi i problemi chiamano in causa il concetto di salute, che come sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non deve semplicemente intendersi come assenza di malattia bensì come completo stato di benessere fisico, psichico e sociale (WHO, 1946).

Per molti versi il primo fenomeno in oggetto, la sedentarietà, è causa del secondo, l'obesità. Come evidenziato dall'Istat nell'ambito delle indagini multiscopo sulle famiglie, l'inattività fisica risulta essere una conseguenza della modernità, associata a una modalità di vivere caotica, frenetica e statica allo stesso tempo, e conseguenza della difficoltà di coniugare i tempi di vita con quelli di lavoro. Ma la sedentarietà risulta anche associata all'adozione di regimi alimentari impropri e spesso legati a una sorta di indolenza verso l'esercizio fisico, laddove erroneamente ritenuto attività umana ausiliaria e pertanto da relegare in secondo ordine nella scala dei bisogni individuali (Tintori, 2010). Allo scopo di frenare questa tendenza sia Istituzioni sia Enti privati hanno promosso negli ultimi anni progetti e piani di comunicazione tesi a promuovere la pratica di attività fisica e più in generale l'adozione di sani stili di vita, coinvolgendo in tal modo anche il tema dell'alimentazione, e più nello specifico quello delle abitudini e dei consumi alimentari. A fronte delle molte azioni che hanno pertanto sottoposto ed evidenziato l'entità del problema alla popolazione, non è stato però registrato un miglioramento della situazione: l'obesità è un fenomeno in crescita mentre la pratica sportiva appare nel nostro Paese ancora come un qualcosa di estraneo alla quotidianità, quando non alla stessa cultura (saranno analizzate in seguito specifiche differenze di tipo geografico che caratterizzano l'Italia).

Sulla base di risultanze statistiche che mostrano una tendenza all'inattività fisica in preoccupante espansione anche nel vecchio continente, in particolare nei Paesi mediterranei, la riduzione della sedentarietà è oggi uno dei grandi obiettivi dell'Unione Europea nell'ambito del programma Europa 2020. In Europa, negli ultimi anni, il 25% dei cittadini è risultato inattivo e in 15 Paesi si attesta ormai sedentaria circa il 50% della popolazione (Eurobarometro, 2010). L'Italia, culla della "dieta mediterranea" e di un modello di alimentazione da sempre apprezzato per la sua semplicità e

salubrità, non è purtroppo estranea al fenomeno, e, anzi, evidenzia il problema con i tratti di un'emergenza sociale che coinvolge circa 1/3 della popolazione infantile (sedentaria per circa 1/3 del totale) (Istat, 2010). A partire dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità negli ultimi anni è stato spesso ribadito che l'inattività fisica raddoppia il rischio di contrarre malattie di tipo cardiovascolare, produce obesità e gravi patologie per lo più croniche. A livello mondiale l'inattività fisica si configura infatti come il quarto più importante fattore di rischio di mortalità (pari al 6% dei decessi), a pari merito con l'iperglicemia (6%). Nella classifica dei rischi la sedentarietà è preceduta solo dal consumo di tabacco (9%) e dall'ipertensione sanguigna (13%) (Ministero della Salute, 2014), ma la differenza è sottile. Più nello specifico, l'inattività fisica si configura come la principale causa del 21-25% dei tumori della mammella e del colon, del 27% dei casi di diabete e del 30% delle malattie cardiache ischemiche (Ministero della Salute, 2014). Sono queste le ragioni oggettive per le quali l'attività fisica è sempre più spesso oggetto di promozione; ragioni di grande rilievo se pensiamo che le persone inattive raggiungono rischi di mortalità anche del 30% superiori a chi pratica più volte alla settimana un'attività fisica di media intensità di almeno 30 minuti.

In Italia, i dati sulla partecipazione della popolazione ad attività fisiche e sportive vengono periodicamente rilevati dall'ISTAT nell'ambito dell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Questa indagine ha (tra gli altri) lo scopo di rilevare e analizzare i comportamenti legati alla pratica sportiva, con particolare attenzione alle caratteristiche anagrafiche, familiari, sociali e geografiche degli individui intervistati. I dati pubblicati dall'ISTAT nel 2014 forniscono un quadro esaustivo rispetto lo stato dell'arte del fenomeno e la sua evoluzione - non proprio incoraggiante - nel corso degli ultimi anni. Come mostrato nella tabella 1, dal 2010 al 2013, relativamente alle persone con 3 e più anni, in Italia è diminuito il numero di chi pratica sport e aumentato quello della popolazione sedentaria.

Tabella 1 - Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e sedentari - Anni 2010-2013 (valori percentuali)

	Praticano sport	Praticano qualche attività fisica	Sedentari
2010	32,9	28,2	38,3
2011	32,1	27,7	39,8
2012	31,1	29,2	39,2
2013	30,6	27,9	41,2

Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

I grafici 1 e 2 che seguono ripropongono parte delle informazioni contenute nella precedente tabella, ma in quanto modello di rappresentazione dei dati di intuitiva comprensione, delineano l'andamento del fenomeno osservato in modo più immediato ed evidente sotto il profilo visivo.

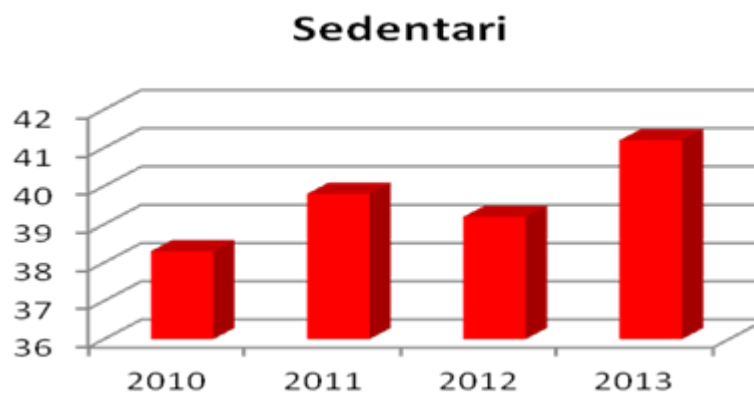
Diversamente dalle tabelle, infatti, i grafici non richiedono in genere un alto livello di attenzione né calcoli al fine di decifrare l'informazione statistica.

Grafico 1 - Persone di 3 anni e più che praticano sport - Anni 2010-2013 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

Grafico 2 - Sedentari di 3 anni e più - Anni 2010-2013 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

Sono diverse le variabili che influiscono sugli individui nel determinare la propensione o meno a praticare attività fisica (Tintori, 2007). Una di queste è il sesso. Come indicato nella tabella 2 le donne si configurano maggiormente sedentarie degli uomini, e questo appare un fatto costante nell'arco di tempo osservato. Dal 2010 al 2013 è comunque aumentato sia il numero dei sedentari sia delle sedentarie, e la quota di queste ultime inizia ad approssimarsi alla metà della popolazione femminile.

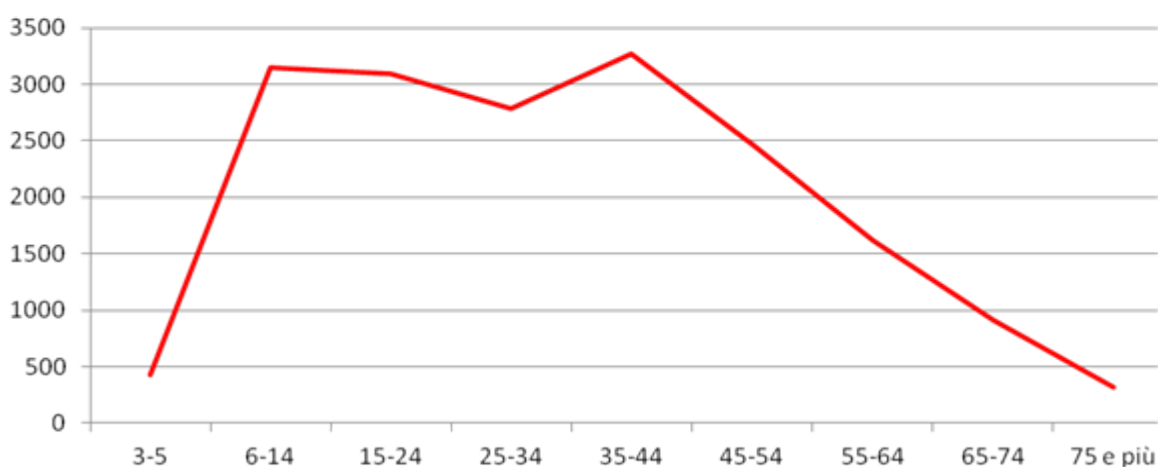
Tabella 2 - Sedentari di 3 anni e più per sesso - Anni 2010-2013 (valori percentuali)

	Sedentari	
	Maschi	Femmine
2010	33,5	42,8
2011	35,0	44,4
2012	34,6	43,5
2013	36,2	45,8

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

Anche l'età influisce fortemente sulla scelta di fare, o meno, sport. In questo caso le classi di età che maggiormente rappresentano gli sportivi sono quelle comprese tra i 6 e i 14 anni e tra i 35 e i 44 anni. In generale si evidenzia una maggiore partecipazione alle attività fisico-sportive nelle fasce di età giovanili, ovvero dall'infanzia fino a circa i 50 anni, al di là dei quali la tendenza subisce una flessione sempre più marcata in vista dell'approssimarsi della "terza età" (grafico 3). Una scelta non proprio razionale questa, giacché è proprio nel momento in cui il nostro fisico invecchia che possono essere più visibili i benefici di una costante attività sportiva, sebbene, naturalmente, questa debba essere sempre professionalmente calibrata sulla propria età e richiedere un impegno adeguato alle capacità ed esigenze individuali.

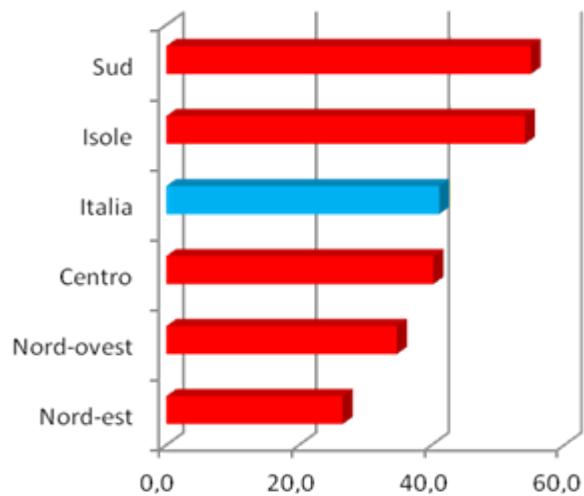
Grafico 3 - Persone che praticano sport per classe di età - Anno 2013 (valori assoluti)



Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

L'Italia, si sa, è un Paese complesso, che offre un panorama ricco e articolato rispetto a molti aspetti del nostro vivere. Quello della sedentarietà non fa eccezione, e pertanto l'analisi territoriale del fenomeno presenta importanti difformità. La sedentarietà appare per lo più prerogativa di sud e isole, dove coinvolge in media la metà della popolazione; il centro si attesta in una posizione intermedia, mentre il nord-est presenta la minor quota di inattivi sotto il profilo sportivo (grafico 4). Ciò chiama in causa l'influenza della cultura locale, laddove più meticolosa nella cura della persona così come nel discernere tra consumi alimentari ponderati e abusi alimentari, laddove più permissiva nell'adozione di diete ipocaloriche che richiamano una sorta di italico "ideale dell'abbondanza" e invece indolente verso il movimento fisico e l'attività sportiva in genere.

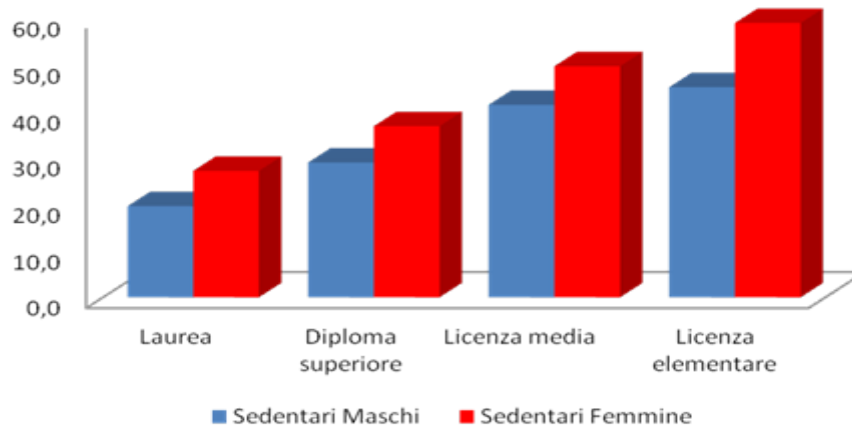
Grafico 4 - Sedentari di 3 anni e più per ripartizione geografica (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

Un'altra variabile molto influente sulla propensione al "fare sport" appare il livello di istruzione. Come evidenzia il grafico 5 l'attitudine allo sport risulta a questo direttamente proporzionale: a un titolo di studio elevato corrisponde un minor livello di sedentarietà. E questa è una tendenza che, pur mantenendo inalterate le proporzioni precedentemente analizzate in merito alle differenze di genere, si configura particolarmente interessante ai fini dell'analisi del fenomeno, proprio perché la sedentarietà cresce in modo lineare al decrescere del livello di istruzione.

Grafico 5 - Sedentari di 6 anni e più per sesso e titolo di studio (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2014

Ciò detto, è doveroso chiarire che la correlazione tra titolo di studio e livello di sedentarietà non è di causa-effetto, ovvero in questo caso, così come per altri presenti sia nel presente scritto sia in genere nell'ambito dell'analisi statistica e sociologica, la correlazione non è scientificamente dimostrata. L'affermazione che chi è più istruito pratica più sport è da intendersi quindi come un'intuizione, l'ipotesi più logica che emerge da un'attenta lettura delle informazioni statistiche, giacché, peraltro, è improbabile che sia il livello di sedentarietà a determinare il titolo di studio.

Ai fini della promozione della salute individuale e del benessere sociale, ma anche per il controllo della spesa sanitaria, lo sport, alla luce dei dati ora mostrati, appare come un elemento importante rispetto alle politiche sociali e sanitarie, e la sua promozione potrebbe essere intesa come precondizione per l'adozione di stili di vita attivi e sani (Tintori, 2012). Quando l'inattività fisica si associa a scorrette abitudini alimentari ciò che si determina è una combinazione spesso condizionante l'insorgere negli individui di stati di salute particolarmente pericolosi. L'obesità, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come malattia nel 2000 (WHO, 2000), rappresenta un fattore di rischio molto importante in quanto legata a diverse malattie croniche non trasmissibili. In qualche modo sottovalutata per molto tempo nei paesi occidentali è oggi ritenuta uno dei principali problemi di salute pubblica ed è considerata dal Ministero della Salute uno stato prevenibile, proprio in quanto spesso determinato da stili di vita scorretti (alimentazione ipercalorica associata a uno scarso dispendio energetico a causa di inattività fisica). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, negli ultimi 50 anni e in particolare dagli anni '80 è molto aumentato il numero degli obesi (oggi nel mondo sono quasi 2 miliardi); ciò a causa delle mutate abitudini alimentari, della diffusione delle bevande zuccherate, degli energy drink e degli junk food, oltre all'aumento in genere della quantità di cibo e bevande consumate. La diffusione dell'obesità ha ripercussioni individuali e sociali, dirette e indirette. I costi diretti attengono alle spese sanitarie (assistenza sanitaria, servizi ospedalieri, farmaci ecc.), quelli indiretti alla perdita di produttività dovuta all'insorgere delle patologie legate all'obesità. L'aumento dell'obesità implica l'aumento della spesa sanitaria per la cura di patologie quali l'ipertensione, il diabete di tipo 2, l'ipercolesterolemia, le malattie coronariche, l'ictus, l'asma, l'artrite, il cancro. Sul piano socio-economico l'obesità determina inoltre costi indiretti correlati alla produttività lavorativa e formativa. Assenteismo, presenteismo, depressione ed emarginazione rappresentano le principali problematiche relative ai costi indiretti dovuti a questa malattia e alle patologie ad essa associate. Al di là dei costi sociali è doveroso chiedersi come si senta un obeso, come percepisca la sua condizione e quale, oltre il fisico, sia il suo stato di salute psichica. Sia giovanissimi che adulti, se obesi, perdono infatti qualcosa anche sotto il profilo della socialità. Questo qualcosa è la possibilità di partecipare appieno alla vita collettiva, e ciò per propria scelta, per un'oggettiva limitazione fisica al movimento o, anche, perché negativamente etichettati e quindi soggetti a forme di emarginazione. Nel caso dell'obesità infantile e adolescenziale il problema più frequente attiene allo scarso sviluppo di capitale umano, generato da un minore rendimento scolastico. In questo caso il giovane riduce le sue potenzialità formative, resta indietro rispetto i suoi coetanei, col rischio di vedersi ridotte le aspettative di ruolo nell'età adulta e le opportunità di inserimento nel mercato del lavoro. Per gli adulti obesi il discorso è in parte diverso. Qui viene chiamata in causa anche la partecipazione al lavoro, ed è in questo caso che si evidenziano difficoltà soggettive che possono generare il fenomeno dell'assenteismo - che è nel nostro caso sia indice di malessere del lavoratore sia un costo per il datore di lavoro -, ma anche il meno noto (perché indagato solo negli

ultimi anni) fenomeno del presenteismo, per il quale la persona si reca presso il proprio posto di lavoro seppur malato o indisposto psico-fisicamente, originando così una partecipazione improduttiva al lavoro che, sulla base delle stime sinora raccolte ai fini della lettura di questo fenomeno, caratterizza per la società e le imprese un peso economico anche fino a 3 volte superiore a quello determinato dall'assenteismo (Stewart, 2003).

L'obesità, in quanto condizione medica caratterizzata da un eccesso di accumulo di grasso corporeo in rapporto alla massa magra in termini sia di quantità assoluta sia di relativa distribuzione nell'organismo, è usualmente misurata a livello statistico mediante un indice denominato Bmi (body mass index). Questo indice di massa corporea non offre informazioni circa la distribuzione nel corpo del grasso né permette di distinguere tra massa magra e grassa, bensì definisce 4 classi di peso all'interno delle quali ogni individuo può collocarsi (tabella 3).

Tabella 3 – Bmi e classi di peso

Formula	Classi di peso
Bmi = peso (in kg)/quadrato altezza (in metri)	<18,5 sottopeso
	18,5 – 24,9 normopeso
	25 – 29,9 sovrappeso
	>30 obesità

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 2014

Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, nel 2013 in Italia l'obesità ha riguardato 1 adulto su 10 (OECD, 2014). Per questo la geografia dell'obesità in Europa vede il nostro Paese tra le nazioni con i più bassi indici di obesità, tra gli adulti. Ma il fenomeno, comunque in generale crescita, assume dimensioni particolarmente preoccupanti in relazione alla fascia più giovane della popolazione, soprattutto considerando che le evidenze statistiche dell'Organizzazione mondiale della Sanità portano a ritenere che l'obesità infantile si traduce il più delle volte in obesità anche in età adulta (WHO, 2010). Analizzando i dati dell'indagine dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" del 2011 risulta infatti che quasi 4 bambini italiani su 10, di età compresa tra i 6 e i 9 anni, si trovano in una condizione di sovrappeso o obesità. Diversamente dall'analisi della presenza dell'obesità tra la popolazione adulta, ciò ci colloca nelle primissime posizioni della classifica per obesità dell'area OCSE, solo dopo USA e Grecia. Questo dato è particolarmente preoccupante in quanto riguarda la fascia più giovane della popolazione, e quindi la probabilità dell'insorgenza negli adulti di domani di tutti rischi e delle patologie precedente esposte, con una possibile riduzione della qualità e della speranza di vita degli individui che oggi precocemente ricadono in queste condizioni. Come mostra la tabella 4, al crescere dell'età il peso delle categorie dei giovani in sovrappeso o obesi si riduce, sebbene però, in totale, tra i 6 e i 17 anni circa 3 soggetti su 10 presentano un eccesso di peso.

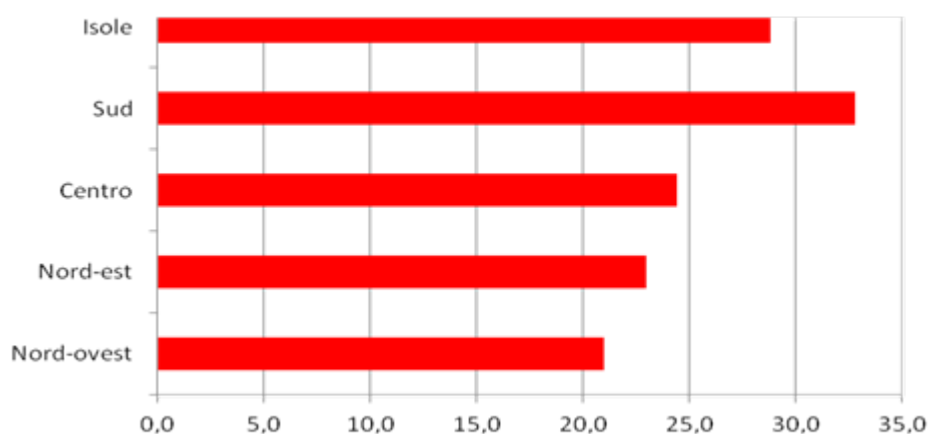
Tabella 4 - Persone di 6-17 anni e per indice di massa corporea e classe di età - Anno 2010 (valori percentuali)

Classi di età	Indice di massa corporea	
	Sottopeso o normopeso	Eccesso di peso (sovrappeso/obeso)
6-9	62,7	37,3
10-13	74,4	25,6
14-17	83,8	16,2
Totale	73,8	26,2

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

Analogamente alle considerazioni espresse in merito al fenomeno della sedentarietà, anche in questo caso l'appartenenza territoriale e il livello di istruzione forniscono interessanti informazioni. Analizzando il grafico 6 attraversando idealmente la penisola da nord verso sud appare innanzitutto evidente il crescere del sovrappeso giovanile.

Grafico 6 - Persone di 6-17 anni in eccesso di peso per ripartizione geografica - Anno 2010 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

La tabella 5 e il grafico 7 - che permette nello specifico l'immediata identificazione della collocazione del dato statistico su una carta geografica - forniscono invece indicazioni sull'ammontare degli adulti obesi per regione, e in questo caso i territori più "virtuosi" - ovvero con una minore incidenza dell'obesità oltre i 18 anni - sono la Liguria, Trento e la Toscana. Diversamente, la maglia nera per l'obesità tra adulti deve essere attribuita al Molise, seguito da Puglia e Basilicata.

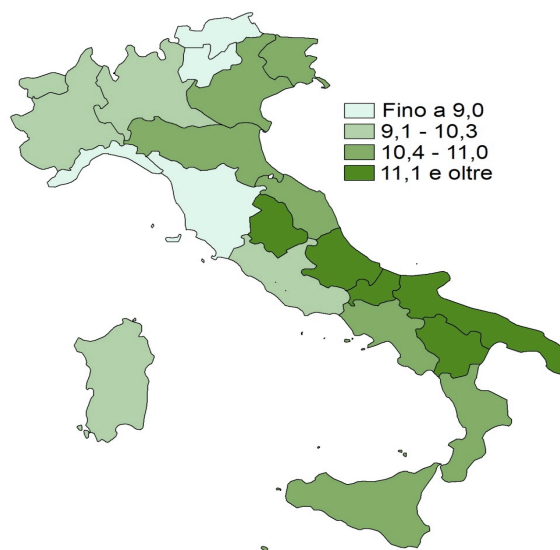
Tabella 5 - Persone obese di 18 anni e più per regione - Anno 2012 (valori percentuali)

Regioni	Persone obese di 18 anni e più
Piemonte	9,1
Valle d'Aosta	9,3
Liguria	6,9
Lombardia	10,3
Trento	8,4
Veneto	10,7
Friuli-Venezia Giulia	10,7
Emilia-Romagna	10,6
Toscana	8,8

Umbria	12,0
Marche	10,8
Lazio	9,3
Abruzzo	12,4
Molise	13,5
Campania	11,0
Puglia	12,9
Basilicata	12,6
Calabria	10,6
Sicilia	10,8
Sardegna	9,1

Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011

Grafico 7 - Persone obese di 18 anni e più per regione - Anno 2012 (valori percentuali)



Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011

La variabile culturale appare inoltre influire nel descrivere il problema in oggetto in modo più spiccato considerando il titolo di studio della madre dei giovani intervistati in eccesso di peso. La quota di chi è obeso o in sovrappeso risulta infatti decisamente minore tra i figli di donne laureate rispetto a chi ha madri meno istruite (tabella 6). Considerando 3 ripartizioni geografiche (nord, centro, sud e isole) il titolo di studio della madre appare ancor più in tutta la sua influenza, e, come ormai atteso, evidenzia da una parte la maggior presenza di giovani in eccesso di peso nella ripartizione sud e isole e dall'altra il costante incremento da nord a sud del rilievo dell'istruzione genitoriale rispetto l'incidenza del fenomeno (tabella 7).

Tabella 6 - Persone di 6-17 anni con eccesso di peso in Italia per titolo di studio dei genitori - Anno 2010 (valori percentuali)

	Padre	Madre
Laurea	22,4	21,1

Diploma	23,6	24,3
Obbligo scolastico o nessun titolo	28,3	28,5

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

Tabella 7 - Persone di 6-17 anni con eccesso di peso per titolo di studio della madre e ripartizione geografica - Anno 2010 (valori percentuali)

	Nord	Centro	Sud e isole	Italia
Laurea	18,4	19,8	26,0	21,1
Diploma	21,5	22,9	28,5	24,3
Obbligo scolastico o nessun titolo	23,0	26,4	34,4	28,5

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

Il peso dei giovani appare inoltre condizionato dal peso dei rispettivi genitori. Questo vale sia per i ragazzi sia per le ragazze, e in entrambi i casi la presenza di genitori in eccesso di peso appare un fattore di diretta influenza nel determinare sovrappeso o obesità nei figli (tabella 8).

Tabella 8 - Persone di 6-17 anni con eccesso di peso per sesso e peso dei genitori - Anno 2010 (valori percentuali)

	Maschio	Femmina	Totale
Nessuno dei genitori in eccesso di peso	22,7	17,9	20,3
Genitori in eccesso di peso	36,4	29,5	33,1
Totale	29,0	23,2	26,2

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

Per concludere, l'attività fisico-sportiva appare come un'ottima "medicina" per combattere e prevenire il sovrappeso. Al riguardo, la tabella 9 mostra l'influenza della pratica di sport sul fenomeno. Il numero dei giovani con eccesso di peso è minore tra chi pratica sport in modo continuativo rispetto a chi svolge solo saltuariamente attività fisica e, ancor più, a chi è sedentario.

Tabella 9 - Persone di 6-17 anni con eccesso di peso per attività fisica - Anno 2010 (valori percentuali)

Attività sportiva con continuità	22,6
Attività sportiva saltuaria o attività fisica almeno qualche volta al mese	29,1
Nessuna attività sportiva o attività fisica	31,1

Fonte: Elaborazione dati Istat, "Aspetti della vita quotidiana", 2011.

L'obesità, in particolare quella infantile, rappresenta oggi un'emergenza sanitaria e sociale in crescita nei Paesi occidentali. Secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico 15 chili di peso in eccesso in un individuo corrispondono in media alla perdita di 8-10 anni di vita e aumentano il rischio di morte prematura del 30% (OECD, 2010). Si stima inoltre che i costi diretti legati all'obesità possano rappresentare fino all'8% dei costi sanitari totali (in Europa è pari a circa il 7%) (WHO, 2010). Il costo sanitario per un obeso è di circa il 25% superiore a quello di chi non presenta un elevato indice di massa corporea (Withrow e Alter, 2010), e secondo le previsioni, un diciottenne obeso, che per ipotesi ha una vita media di 75 anni, comporterà un costo sociale di circa 100mila euro superiore a quello stimabile per un coetaneo normopeso.

Sulla base dei dati ad oggi disponibili e delle considerazioni sinora esposte, nei moderni contesti urbani sedentarietà e obesità appaiono fenomeni connessi e influenzati dalle medesime variabili

anagrafiche, geografiche e socio-culturali: sesso, età, livello di istruzione, appartenenza territoriale. Nel caso dell'obesità, come ha evidenziato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli approcci per porre rimedio al problema possono essere molteplici, e proprio per questo, e in stretto riferimento all'obesità infantile, è stata istituita nel 2014 la *Commission on Ending Childhood Obesity* allo scopo di individuare gli interventi di contrasto all'obesità più efficaci implementati a livello globale. Parallelamente, l'Europa si è dotata dell'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, anch'esso teso alla lotta l'obesità infantile, ovvero quella che riguarda i giovani da 0 a 18 anni. In Italia, nondimeno, il Ministero della Sanità ha istituito già nel 2007 il sistema "OKkio alla SALUTE" per il controllo del sovrappeso nei bambini dai 6 ai 10 anni e i fattori di rischio a questo associati. Il contrasto all'obesità implica una strategia di prevenzione complessa, che tenga certamente conto dell'educazione alimentare, ma anche dell'influenza della cultura su abitudini e consumi, dei livelli di consapevolezza individuale. La necessità è in definitiva quella di promuovere stili di vita allo stesso tempo attivi e sani, e con questo la pratica di attività fisico-sportiva. Da questo punto di vista lo sport potrebbe rivelarsi la medicina più efficace e più economica, utile non solo al contenimento dei fenomeni analizzati ma soprattutto alla loro prevenzione.

Bibliografia essenziale

- Eurobarometer, 2010, Sport and physical activity
(http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf);
- EU, 2014, Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020,
(http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf);
- Ministero della Salute, 2014, Informativa WHO: Attività fisica, n.384
(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf);
- Misiti M. (a cura di), 2008, I cittadini e lo sport nel Lazio. I dati dell'ISTAT e l'indagine IRPPS, Working paper n.20, Consiglio Nazionale delle Ricerche. Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali [ISSN: 2240-7332]
(<http://www.irpps.cnr.it/e-pub/ojs/files/journals/4/articles/49/public/49-158-2-PB.pdf>);
- OECD, 2010, Obesity and the economics of prevention: fit not fat
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/46044625.pdf>);

- OECD, 2014, Health Statistics (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>);
- ISTAT, 2011, Aspetti della vita quotidiana (<http://www.istat.it/it/archivio/66990>);
- ISTAT, 2014, Aspetti della vita quotidiana (<http://www.istat.it/it/archivio/91926>);
- ISTAT, 2014, BES. Benessere equo e sostenibile in Italia
(http://www.istat.it/it/files/2014/06/Rapporto_Bes_2014.pdf);
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003) Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289(23);
- Tintori A. (2007) Semantica dello sport. Pratica sportiva e gioco del calcio tra significati e fruizione. In: *Geografia del calcio*. Semestrale di Studi e Ricerche di Geografia, a cura di R. Morri, C. Pesaresi, n. 02, Roma, Sapienza, Università di Roma: p. 39-49;
- Tintori A. (2009) Roma Sport 2020. Working paper n. 26. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali [ISSN: 2240-7332];
- Tintori A. (2010). Lo sport nella città globale. Analisi e prospettive di politiche sociali. *Geografia*, n. 1-2: p. 32-41 [ISSN: 11235586];
- Tintori A. (2012) Il metodo Delphi e le politiche per lo sport (seconda parte). *SDS – Scuola dello Sport*, luglio–settembre, n. 94: p. 3-10, Calzetti Mariucci Editore [ISSN: 1125-1891];
- WHO, 1946, Constitution of the World Health Organization
(http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf);
- WHO, 2010, Global status report on non communicable diseases
(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf);
- Withrow D., Alter D.A., 2010, The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity.