

I comportamenti alimentari degli italiani: Osservatorio 2011

Giuseppe Fatati

Riassunto. L'obesità è una delle sfide del ventunesimo secolo più difficili per i paesi europei. Il concetto della responsabilità personale ha condizionato gli interventi sociali, legali e politici nei confronti dell'obesità. Evoca il senso della colpa e della debolezza del singolo mentre, al contrario, è una base importante per spiegare gli sforzi istituzionali insufficienti, data l'importanza delle condizioni ambientali che sono causa degli alti tassi di prevalenza dell'obesità. È necessario introdurre un efficace sistema di monitoraggio non solo per comprendere correttamente l'evoluzione dell'epidemia, ma anche per valutare le iniziative preventive che vengono progressivamente introdotte. Nell'ambito delle politiche sociali, sanitarie e produttive agro-alimentari del paese, la conoscenza delle abitudini alimentari e dello stile di vita della popolazione in tempo reale e continuativo è una risorsa preziosa. I dati dell'Osservatorio ADI-Nestlé confermano che non è corretto asserire che la dieta inadeguata o il comportamento sedentario siano singolarmente responsabili del carico sanitario relativo all'obesità in Italia, ma che entrambi i fattori hanno bisogno di essere migliorati e affrontati con azioni politiche e sociali strutturali.

Parole chiave. Abitudini alimentari, dieta, obesità, Osservatorio ADI-Nestlé, stile di vita.

Introduzione

Le patologie croniche non trasmissibili rappresentano una delle sfide più difficili per i sistemi sanitari sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo: gli esempi più evidenti sono l'obesità e il diabete. L'obesità è ormai una patologia epidemica e gli interventi di prevenzione, fino ad ora, si sono dimostrati inefficaci anche in Italia, perché basati sul paradigma della responsabilità personale. Questo concetto è stato espresso chiaramente da diversi autori¹⁻⁴. Il ruolo della responsabilità personale è centrale nel pensiero anglosassone e sta prendendo progressivamente piede nella nostra cultura e vede il successo come legato alla motivazione e al duro lavoro e l'insuccesso come un fallimento personale. In una società ossessionata dalla magrezza e dal controllo, essere sovrappeso può divenire condizione penalizzante non solo dal punto di vista della salute ma anche da quello sociale e psicologico.

Italian eating behavior: Survey 2011.

Summary. Obesity is one of the most serious public health challenges of the 21st century for the European region. The concept of personal responsibility affected social, legal, and political approaches to obesity. It evokes blame and weakness of the individual, and it is a leading basis for inadequate government efforts, given the importance of environmental conditions in explaining high rates of obesity. It is needed not only to gain a correct understanding of the progress of the epidemic but also to evaluate preventive initiatives that are progressively introduced. As part of the social, health and agri-food production in the country, knowledge of dietary habits and lifestyle of the population in real time is a valuable resource. The data from ADI-Nestlé Observatory confirmed that it is unfair to say that poor diet and sedentary behaviour are individually responsible for obesity-related health burden in Italy, but both factors need to be improved and addressed through structural and social structural measures.

Key words. ADI-Nestlé Observatory, diet, dietary habits, lifestyle, obesity.

Gli esperti sono concordi sul fatto che l'obesità è una condizione complessa che deriva dall'interazione di fattori genetici, psicologici e ambientali: questa spiegazione, valida per il singolo individuo, distrae se ragioniamo in termini di popolazione. La genetica e la debolezza psicologica non possono spiegare, da sole, l'aumento dell'incidenza di obesità osservato negli ultimi anni. L'obesità è un'epidemia globale e per essere gestita in modo adeguato è necessario concentrarsi anche e soprattutto sugli stili di vita che lo sviluppo industriale ha creato. Potrebbe sembrare superfluo, ma non lo è, ricordare che l'obesità riduce l'aspettativa di vita. Lo studio Framingham condotto negli Stati Uniti ha mostrato che l'obesità all'età di 40 anni riduce l'aspettativa di vita di 7 anni nelle donne e di 6 anni nell'uomo⁵. Il Ministero della Salute del Regno Unito ha recentemente stimato un'aspettativa di vita media inferiore di 5 anni per gli uomini entro il 2050, se continueranno le attuali tendenze dell'obesità⁶.

Purtroppo, nessun Paese è ancora riuscito a invertire la tendenza⁷, al momento generalizzata, verso un aumento di peso della popolazione; questo accade anche se le diverse nazioni mostrano una sempre maggiore consapevolezza della rilevanza del problema e in un numero crescente di casi sono stati promossi, almeno negli ultimi anni, politiche e piani d'intervento specifici. Il rapido evolversi in senso negativo della situazione richiede soluzioni e interventi strutturali innovativi⁸⁻¹³. Fino ad oggi le risposte politiche si sono focalizzate su singoli fattori o hanno fatto appello alla responsabilità dei singoli attraverso campagne educative. Siamo convinti che gli elementi base per la riuscita dell'intervento devono comprendere scelte politiche e programmi rivolti alla popolazione, insieme a normative e azioni ambientali, che facciano parte di una strategia coordinata di sanità pubblica a lungo termine.

L'Obesity Day e l'Osservatorio ADI-Nestlé

Per poter mettere in campo strumenti di prevenzione è necessario avere prima una conoscenza profonda della popolazione a cui questi ultimi sono rivolti. Dall'anno 2001 l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) organizza una giornata nazionale denominata Obesity Day con l'intenzione di spostare ed orientare in modo corretto l'attenzione dei mass-media, dell'opinione pubblica e anche di chi opera in sanità, da una visione estetica dell'obesità ad una salutistica. L'organizzazione pratica prevede la presenza di un punto di informazione o contatto all'ingresso delle strutture sanitarie in grado di canalizzare i visitatori ai servizi; questi ultimi si rendono disponibili gratuitamente per una prestazione graduata in relazione all'afflusso. Vengono fornite note informative e di indirizzo e somministrati questionari analoghi per tutto il territorio nazionale. Contemporaneamente vengono organizzati eventi di comunicazione via radio, TV o internet. L'iniziativa, patrocinata dall'ADI, è caratterizzata da un motto diverso, anno dopo anno, che vuol essere il messaggio su cui puntare. Alla prima giornata (2001) hanno aderito 93 Servizi Dietetici con 110 punti di contatto dislocati su tutto il territorio nazionale. Il motto utilizzato nel 2001 è stato "Cerca il tuo Servizio di Dietetica" seguito nel 2002 da "Controlla il tuo peso, vivi meglio". Il motto del 2003, "Clicca il sito vivi la città, mantieniti in forma", invitava i cittadini a seguire percorsi facili per una salutare attività fisica disponibili nell'home-page del sito dell'iniziativa. All'edizione del 2004, "Controlla il peso, controlla l'etichetta", hanno partecipato oltre 150 Centri e l'affluenza stimata è stata superiore alle diecimila unità. Nel 2005 il tema trattato è stato "Riscopri la tradizione e vivi meglio" e nel 2006 il motto "Parliamo ancora di obesità e alimentazione" ha cercato di ricordare che, nonostante tutto, non si riesce a far passare messaggi semplici sull'obesità. Gli slogan

successivi, "Controlla il tuo peso risparmia salute ... cerca il tuo Servizio di Dietetica" (2007), "Un peso mantenuto regolare è la soluzione giusta per la tua salute – Non rimbalzare da una taglia all'altra. Fai Centro" (2008), "Ogni grande impresa inizia sempre con un primo passo" (2009), "Prendiamoci cura di te" (2010), "Obesità: diamogli il giusto peso!" (2011), hanno cercato, con l'immediatezza, di colpire l'immaginario collettivo. Nelle ultime edizioni il numero dei Centri si è stabilizzato intorno ai 170 con oltre 200 punti di contatto e almeno 20.000 contatti diretti. Con l'Obesity Day si è voluto intraprendere un percorso di comunicazione rivolto ai mass-media ed alla popolazione, basato sulla semplicità del messaggio, non trascurando la scientificità e la possibilità di approfondimenti mirati^{9,10}. Dal 2001 l'Obesity Day ricorre ogni anno il 10 ottobre. In occasione dell'edizione 2009 si è inaugurato un "Osservatorio sugli stili di vita e le abitudini alimentari" (Osservatorio ADI-Nestlé), con l'obiettivo di educare i cittadini alla scelta di un'alimentazione equilibrata e comportamenti consapevoli, attraverso la proposta di strumenti di informazione e comunicazione. È stato deciso che il primo gradino del percorso dell'Osservatorio dovesse essere una survey basata su un questionario di 88 domande disponibile via internet in grado di orientare interventi successivi di educazione alimentare. L'Osservatorio vuole essere un punto di osservazione nazionale, il più possibile obiettivo, in grado di raccogliere informazioni attendibili.

Le motivazioni dell'indagine via web e la tipologia del questionario

La scelta di ADI e Nestlé di rendere disponibile il questionario via internet è stata motivata da quattro principali constatazioni: 1. il crescente utilizzo di questo mezzo da parte delle classi di età più giovani; 2. la facilità di rispondere ad un numero considerevole di domande in tempi brevi; 3. la velocità di recupero e di elaborazioni dati; 4. il successo della prova-test effettuata in occasione dell'Obesity Day 2009. Questa scelta consente di analizzare un trend di comportamento di una fascia importante di soggetti a rischio, in età lavorativa, abituati ad utilizzare in modo costante il mezzo elettronico. In pratica si è voluto dare all'Osservatorio ADI-Nestlé, seguendo il modello di Prochaska¹⁴, un valore di contemplazione e preparazione di azioni successive che potessero incidere sui comportamenti individuali (figura 1). Cliccando sul link presente nei siti dell'ADI, dell'Obesity Day e della Nestlé si aveva accesso ad un questionario di una durata stimata di 20-25 minuti circa. Nell'introduzione del questionario viene precisato che tutte le risposte fornite verranno trattate in forma anonima ed aggregata ai sensi della legge sulla privacy 196/2003 e viene notificato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

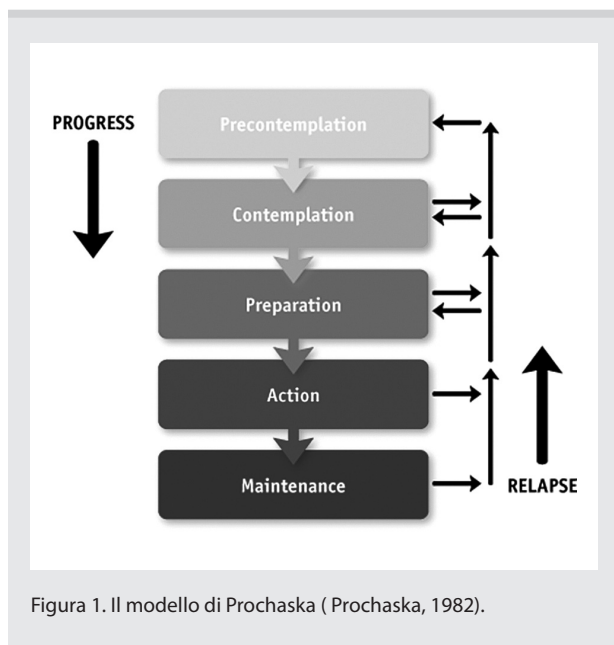


Figura 1. Il modello di Prochaska (Prochaska, 1982).

Il questionario è del tipo “chiuso misto singolo-multiplo” composto da un insieme strutturato di domande e relative categorie di risposta definite *a priori*, ovvero di domande chiuse dove all’intervistato viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione. Può essere definito “chiuso misto singolo-multiplo”, poiché solo per alcuni quesiti si può scegliere più di una risposta fra quelle indicate (figura 1). Il questionario è composto da 60 domande principali e 28 accessorie, ossia disponibili in chiaro solo in relazione alla risposta precedente. Ad esempio, nella prima parte, quella sui dati anagrafici che è composta da quesiti relativi a sesso, età, peso altezza, abitudine al consumo di alcolici e al fumo, solo se si risponde affermativamente alla domanda “Lei è fumatore/fumatrice?” si ha accesso a quella successiva relativa alla quantità (“Quante sigarette fuma al giorno?”). Dopo questa prima parte compare in automatico il calcolo dell’Indice di massa corporea e poi si entra nello specifico delle abitudini alimentari. La prima serie di domande riguarda in generale i pasti, mentre la terza sezione del questionario, che ha come titolo “Il suo peso e le sue diete”, si propone il fine di indagare il rapporto con il peso e con i comportamenti atti a controllarlo e con l’attenzione individuale rivolta all’atto alimentare. Le ultime dieci domande completano la scheda anagrafica iniziale (regione di provenienza, attività lavorativa, famiglia, figli etc). È stato scelto di non appesantire troppo la parte iniziale del questionario per migliorare la compliance e l’interesse di chi si accinge a rispondere: essa è peraltro sufficiente a garantire l’esattezza dei dati di ingresso.

L’Osservatorio ADI-Nestlé 2011: il campione e il metodo

La terza edizione Osservatorio ADI-Nestlé sugli stili di vita e le abitudini alimentari ha raggiunto 6715 partecipanti.

- 5715 interviste sono state condotte su campione intervistato online;

- altre 1000 interviste sono state fatte telefonicamente su un campione rappresentativo della popolazione per sesso, età, area geografica ed ampiezza del centro.

Il campione online è stato riparametrato sulla base delle interviste telefoniche per ottenere un campione con le caratteristiche della popolazione italiana per sesso, età, area geografica ed ampiezza del centro abitativo. Le interviste sono state effettuate dal 26 agosto al 30 settembre 2011. Avendo come riferimento per la nostra popolazione le linee-guida per una sana alimentazione italiana¹⁵, si è calcolato l’indice di aderenza o di scostamento dalle stesse. L’indice di aderenza e di scostamento sono stati calcolati: a) in base al numero di persone che presentano abitudini di consumo degli alimenti in linea con le raccomandazioni; b) attribuendo un peso differente in funzione del tipo di alimento. In particolare, sono stati individuati 3 gruppi di alimenti e ad ogni gruppo è stato assegnato un peso differente:

1. il primo gruppo è composto da alimenti che hanno un basso potere discriminante sul BMI: frutta, pasta o riso, pesce, uova, legumi, gelato consumato in estate; peso degli alimenti del gruppo = 1 in caso di aderenza; 1 in caso di scostamento;

2. il secondo gruppo è composto da alimenti per i quali non vengono rispettate le frequenze di consumo: verdura, latte e yogurt, vino e birra, numero di pasti nel corso della giornata; peso degli alimenti del gruppo = 1,5 in caso di aderenza; 0,5 in caso di scostamento;

3. il terzo ed ultimo gruppo è composto da alimenti che, pur presentando un basso potere discriminante sul BMI, si caratterizzano per essere consumati in porzioni elevate da parte di coloro che sono sovrappeso/obeso: carne, salumi, formaggi, cioccolato consumato in inverno; peso degli alimenti del gruppo = 0,5 in caso di aderenza; 1,5 in caso di scostamento.

Ottenuto l’indice di aderenza e quello di scostamento, lo score è stato calcolato rapportando l’indice registrato sul totale rispondenti al massimo teorico possibile in modo da ottenere un indice variabile da 0 a 100

$$\text{Score di aderenza} = \frac{\text{Indice di aderenza registrato}}{\text{Massimo teorico possibile per l'aderenza}}$$

$$\text{Score di scostamento} = \frac{\text{Indice di scostamento registrato}}{\text{Massimo teorico possibile per lo scostamento}}$$

L’Istituto di ricerche statistiche ALES Market Research ha fornito il supporto statistico.

L’Osservatorio ADI-Nestlé 2011: i risultati

Il campione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è risultato composto, utilizzando come parametro l’IMC (BMI), approssimativamente di poco più della metà di normopeso (53%), di un 44% di sovrappeso e di obesi (S: 29%, O: 15%) con un 3% di sottopeso (figura 2 alla pagina seguente).

Il dato è in linea con le rilevazioni 2009 e 2010. Nel nostro campione, l'obesità sembra un fenomeno che colpisce di più il sesso maschile che, paradossalmente, è anche quello più soddisfatto del proprio peso, tende ad essere più frequente insieme al sovrappeso al crescere dell'età e non presenta differenze sostanziali in termini di prevalenza per area geografica. La maggior parte delle persone in sovrappeso appare cosciente della propria situazione fisica (83% dei sovrappeso si definiscono tali). Ma si deve fare attenzione alla sottostima sia da parte degli obesi, che nel 62% dei casi si definiscono solo in sovrappeso, sia a quel 15% di persone in sovrappeso che si definisce normopeso (figura 3). La soddisfazione del proprio stato fa di costoro potenziali candidati all'obesità conclamata, tanto che ben il 26% degli obesi non ha mai provato a controllare il proprio peso. Molti degli intervistati ammettono di fare una vita sedentaria e di non praticare attività fisica costante (figura 4); il 40% degli obesi e il 27% dei sovrappeso non fanno mai atti-

vità fisica e, rispettivamente, un altro 23% e un altro 21% riferiscono meno di un'ora di attività settimanale (figura 5). È sorprendente notare che la maggior parte degli intervistati (80%) conosce le regole per un corretto stile di vita soprattutto per quanto riguarda l'attività fisica (figura 6). Molti asseriscono di darsi alcune regole a tavola, regole che verosimilmente non sono corrette e quindi non hanno portato a risultati apprezzabili; tale dato ci avverte che l'argomento obesità è una priorità dei nostri giorni, anche da un punto di vista culturale e di comportamento. Solo il 56% del campione rispetta le linee-guida INRAN (figura 7) in relazione ai consumi settimanali (figura 8). Chi tende ad incrementare peso riferisce comportamenti poco salubri: abitualmente consuma più alcolici e più frequentemente mangia mentre guarda la TV (figura 9). Uno score ≥ 55 per l'indice di aderenza e ≤ 45 per l'indice di scostamento identifica la popolazione che segue comportamenti virtuosi (figura 10).

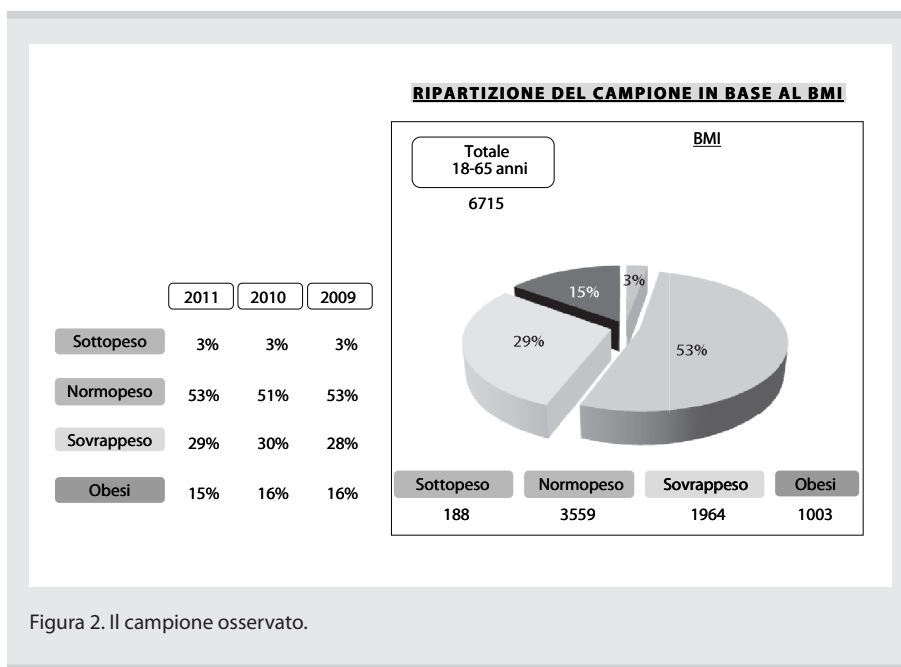


Figura 2. Il campione osservato.

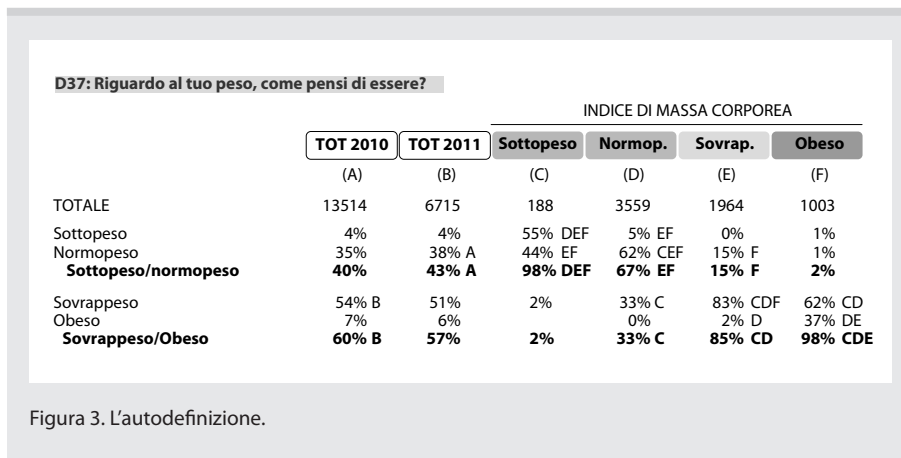
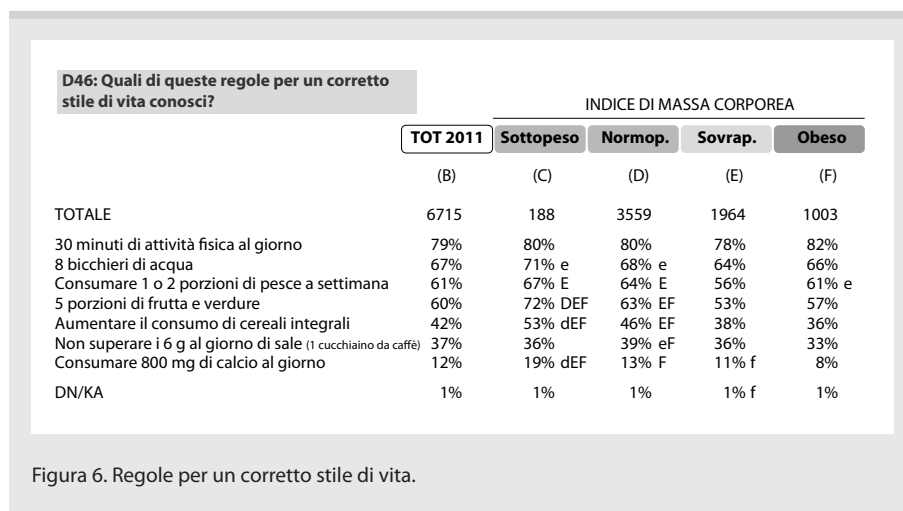
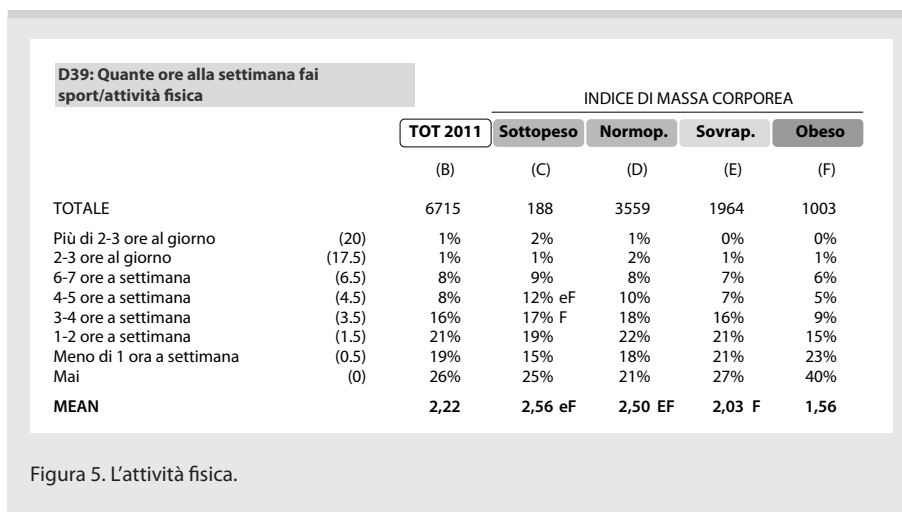
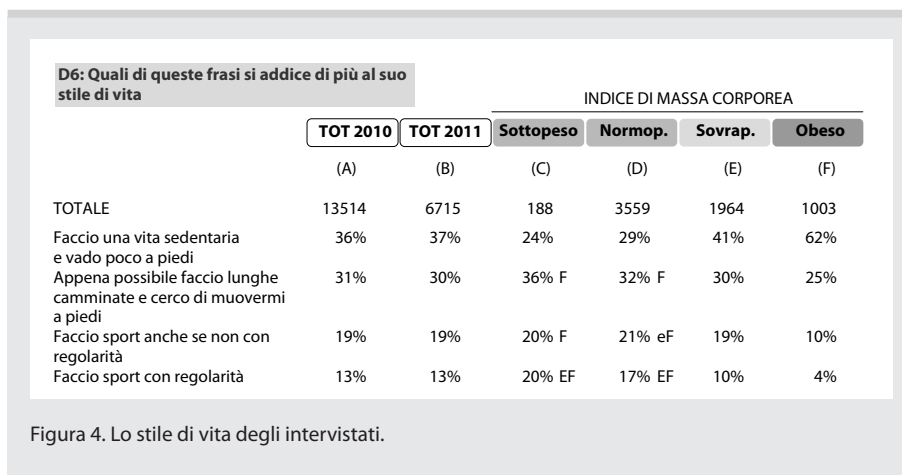


Figura 3. L'autodefinizione.



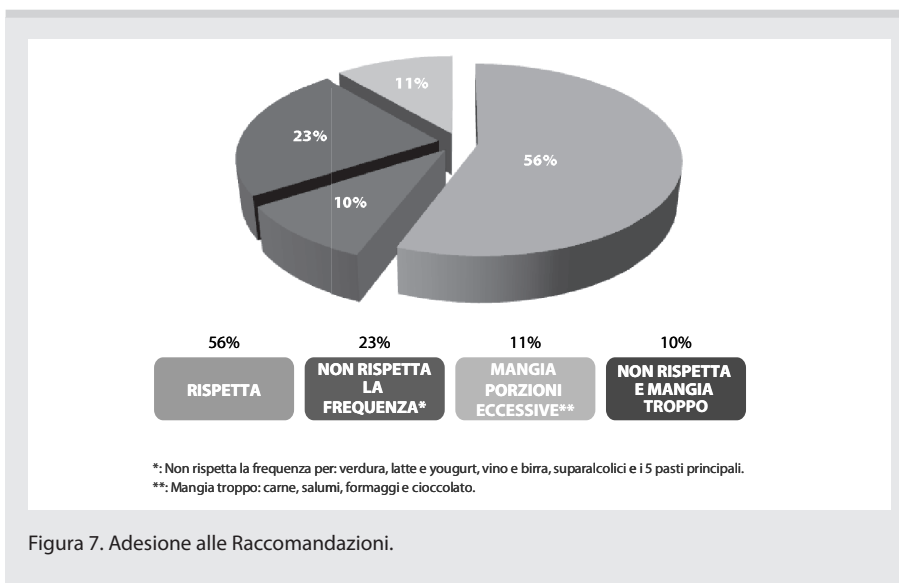


Figura 7. Adesione alle Raccomandazioni.

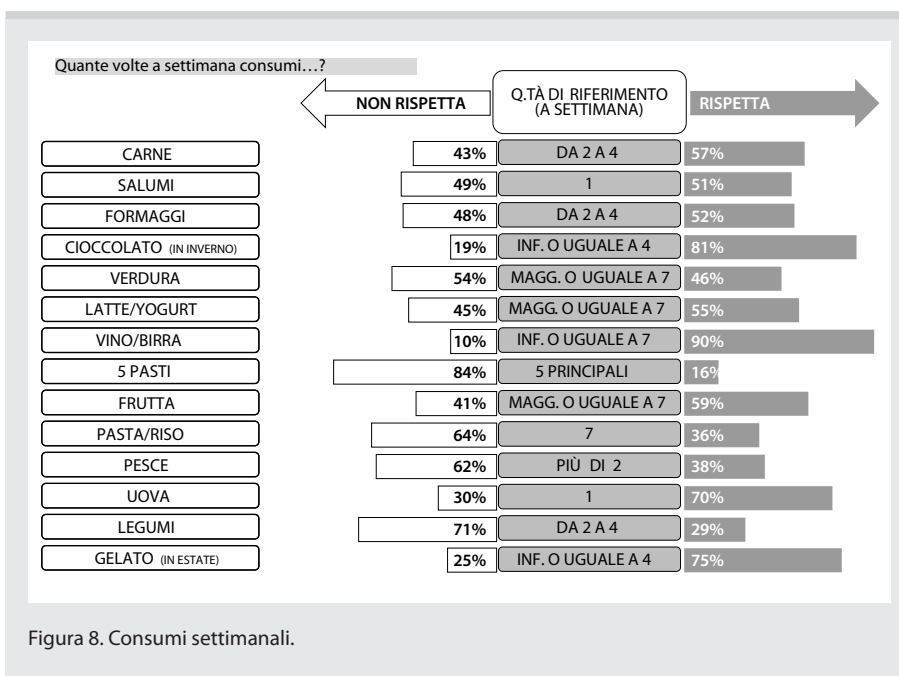


Figura 8. Consumi settimanali.

D31: Quante volte a settimana ti capita di consumare pasti davanti alla TV?

	INDICE DI MASSA CORPOREA					
	TOT 2010	TOT 2011	Sottopeso	Normop.	Sovrap.	Obeso
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
TOTALE	12513	6715	188	3559	1964	1003
Più volte al giorno	(9) 4%	5%	7% e	4%	3%	6%
Tutti i giorni della settimana	(7) 28%	26%	27%	23%	30% D	30%
Da 5 a 6 volte a settimana	(5.5) 9%	9%	8%	9%	9%	9%
Da 2 a 4 volte a settimana	(3) 15%	16% A	14%	17% e	15%	16%
Una volta a settimana	(1) 7%	11% A	11%	12% EF	9%	8%
Mai	(0) 38% B	33%	32%	34% F	33%	29%
MEAN	3,28	3,33	3,51	3,13	3,46 D	3,79 DE

Figura 9. Pasti davanti alla TV.

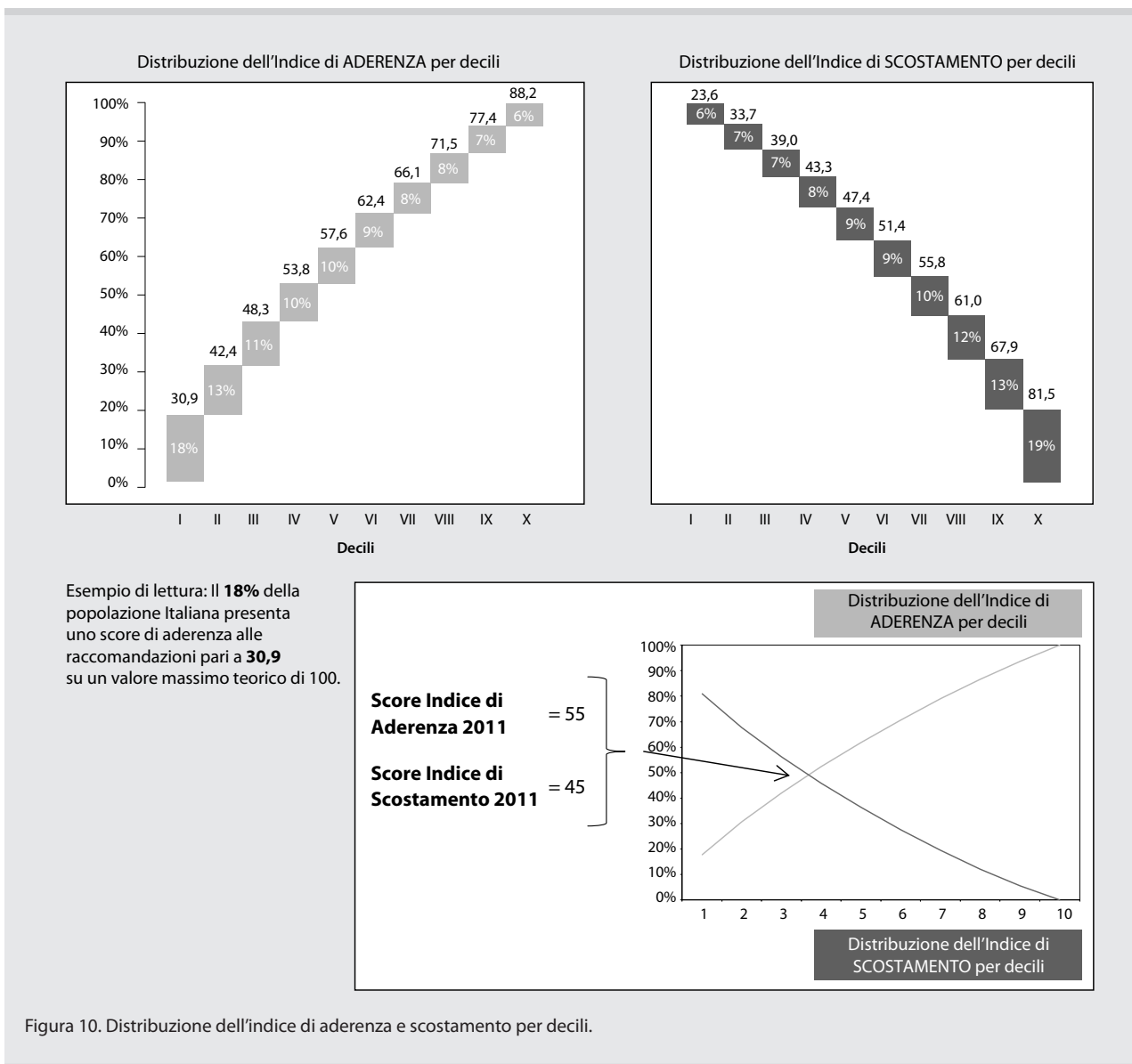


Figura 10. Distribuzione dell'indice di aderenza e scostamento per decili.

Discussione

Negli ultimi 50 anni molto è cambiato; siamo passati attraverso il secolo breve, che per lo storico britannico Eric J. Hobsbawm inizia il 28 giugno 1914, quando a Sarajevo viene assassinato l'arciduca Francesco Ferdinando, e termina nello stesso giorno del 1992, quando il presidente francese François Mitterrand parla nella stessa città martoriata dalla guerra balcanica per invocare una nuova pace. Per quanto riguarda i comportamenti alimentari in Italia, il secolo breve iniziò, sicuramente, con la riunione del 12 ottobre 1951 quando l'XI Commissione permanente (Lavoro) della Camera dei Deputati approvò l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta col compito di condurre un'indagine sullo stato della mise-

ria, al fine di accertare le condizioni di vita delle classi povere ed il funzionamento delle istituzioni di assistenza sociale. Si conclude con la scadenza naturale del secolo.

In questi cinquant'anni si sono profondamente modificati i costumi e i comportamenti alimentari. Si ritiene che la crescente disponibilità di alimenti ad alta densità energetica sia l'elemento motore primario per l'epidemia di obesità. Man mano che i redditi aumentano e le popolazioni diventano più urbanizzate, le società entrano in una transizione nutrizionale, caratterizzata dal passaggio da diete composte principalmente da cereali e verdure a diete ricche in grassi e zuccheri; inoltre, un numero crescente di pasti viene consumato fuori casa e aumenta la percentuale di cibi conservati e preconfezionati⁷.

Contemporaneamente, si è assistito ad una progressiva riduzione dell'attività fisica ed al preoccupante diffondersi dell'obesità. Un'indagine dell'ISTAT relativa al 2008, mostra come fra le persone di età ≥ 18 anni, una su tre (35,5%) sia in sovrappeso e una su 10 (9,9%) francamente obesa¹⁶. La percentuale di persone in sovrappeso e obese cresce con l'età (fra i 55 e i 74 anni ne sono affette quasi il 70%), e si riduce lievemente solo dopo i 75 anni. Possiamo affermare che in Italia ci sono, oggi, 17,6 milioni di adulti in sovrappeso e 4,9 milioni di obesi. Il problema obesità non riguarda solo gli adulti, ma è sempre più evidente anche nei bambini. I dati del progetto OKkio alla SALUTE mostrano come, fra quelli di 8-9 anni di età, il 23,6% sia in sovrappeso e il 12,3% sia obeso¹⁷. Siamo abituati, purtroppo, a interpretare l'obesità come un fallimento individuale, come l'incapacità del singolo di gestire la marea di scelte possibili, come una carenza di controllo degli impulsi. In questo senso l'obesità diviene il sintomo di una scarsa capacità di scelta, perché l'offerta di soluzione al problema sociale è stata individuale e non strutturale. L'obeso è il malato, l'obeso va curato. Qualcuno è arrivato ad insinuare che i poveri, che normalmente sono più obesi, hanno meno autocontrollo¹⁸. Uno studio che ha preso in esame 221 fonti giornalistiche, sanitarie e librerie ha rilevato che due terzi citavano, a spiegazione del fenomeno obesità, prevalentemente cause individuali, mentre meno di un terzo menzionava fattori strutturali^{19,20}. L'ipotesi di tasse su cibi ad elevato consumo energetico è sostenuta da chi ritiene tale misura sufficiente a ridurre i consumi e necessaria per reperire fondi da destinare ad interventi di educazione e prevenzione^{21,22}; tale tesi, seppure interessante dal punto di vista speculativo, focalizza, di nuovo, l'attenzione sul singolo alimento e non sui comportamenti complessivi.

Per evitare semplificazioni e i conseguenti errori di pianificazione sanitaria e sociale è importante studiare a fondo il comportamento alimentare della popolazione e averne quanto più possibile una immagine critica a trecentosessanta gradi. È vero che la società contemporanea fornisce un'ampia gamma di occasioni per consumare cibi e bevande. Si tratta di una forma di consumo facile che conduce inavvertitamente al cosiddetto iperconsumo passivo, in cui i soggetti non si accorgono di mangiare prodotti ad alta densità energetica e in quantità eccessiva⁷. Gli studi sulla risposta individuale al cibo, che valutano l'apporto spontaneo sia in ambienti attentamente controllati^{23,24} sia nella vita di tutti i giorni, hanno evidenziato che l'iperalimentazione non intenzionale è legata al consumo di diete ad elevata densità energetica. Il grasso corporeo e il peso si accumulano quando il contenuto energetico degli alimenti e delle bevande introdotte supera l'energia richiesta dal metabolismo e dall'attività fisica dell'individuo. Poiché entrambe le componenti, l'apporto e il mancato dispendio energetico, contribuiscono all'aumento del peso corporeo, è spesso difficile identificare l'apporto eccessivo o

l'inattività fisica presi singolarmente come unico fattore chiaramente dimostrabile e responsabile del problema di un individuo o di una società. Il nostro rilevamento sembra dimostrare che almeno nei soggetti che hanno risposto volontariamente al questionario entrambe le componenti sono presenti. Infatti, quelli con maggior peso sono più sedentari e associano abitudini alimentari scorrette. In conclusione, il nostro osservatorio ha permesso alcune importanti deduzioni:

- a. un italiano su due ha problemi di peso;
- b. la maggior parte degli obesi sono sedentari;
- c. l'obesità è un fenomeno prevalentemente maschile;
- d. gli uomini, sebbene più obesi, sono i più soddisfatti del proprio peso; in conseguenza sono meno portati a modificare i propri comportamenti;
- e. l'obesità è una priorità dei nostri giorni, anche da un punto di vista culturale e di comportamenti;
- f. l'obesità è un fenomeno che aumenta con l'età;
- g. non vi sono rilevanti differenze del fenomeno obesità in termini di area geografica; si rileva solamente una leggera maggiore concentrazione di obesi nel Sud e nelle Isole;
- h. il consumo eccessivo di alcol può essere considerato una delle concause dell'obesità;
- i. è importante valorizzare i pasti come momento di convivialità e recuperare anche a tavola il piacere di intrattenersi a conversare;
- j. è sconsigliabile mangiare meccanicamente senza distogliere lo sguardo dalla TV;
- k. gli indici di aderenza e scostamento alle raccomandazioni si sono dimostrati validi indicatori.

Conclusioni

È errato ritenere l'obesità come un fallimento individuale o come l'incapacità del singolo di gestire l'offerta di scelte possibili o ancora come una carenza di controllo degli impulsi. Fino ad oggi l'opzione risolutiva del problema sociale obesità è stata individuale e non strutturale. Nell'ambito delle politiche sociali, sanitarie e produttive agro-alimentari del paese, la conoscenza delle abitudini alimentari e dello stile di vita della popolazione in tempo reale e continuativo è, invece, una risorsa preziosa.

La scelta dell'ADI di rendere disponibile un questionario sulle abitudini alimentari via internet è stata motivata dal crescente utilizzo di questo mezzo, dalla facilità di rispondere ad un numero considerevole di domande in tempi brevi grazie al formato elettronico e dalla velocità di recupero ed elaborazioni dati. È necessario introdurre un efficace sistema di monitoraggio, non solo per comprendere correttamente l'evoluzione dell'epidemia, ma anche per valutare le iniziative di prevenzione che vengono progressivamente introdotte. I dati complessivi disponibili in Europa sono oggi inadeguati per tali finalità e sarebbe auspicabile che i politici della Regione potessero contare su di un sistema capace di valutare l'efficacia relativa dei diversi interventi⁷.

I dati ottenuti dall'Osservatorio ADI-Nestlé e le conseguenti osservazioni sono in sintonia con quanti ipotizzano che non è corretto affermare che la dieta inadeguata o il comportamento sedentario siano singolarmente responsabili del carico sanitario relativo all'obesità di un paese. Entrambi i fattori hanno bisogno di essere migliorati e affrontati con interventi, politici e sociali, strutturali.

L'Osservatorio ADI Nestlé è una iniziativa comune della Fondazione dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e di Nestlé Italia, sostenuta da un contributo non condizionato Nestlé. ALES Market Research ha fornito il supporto statistico.

Bibliografia

1. Fatati G. La dieta e i sensi. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2008.
2. Brownell KD, Kersh R, Ludwig DS, et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 379-87.
3. Lewis KH, Rosenthal MB. Individual responsibility or a policy solution: cap and trade for the US diet? *New Engl J Med* 2011; 365: 1561-3.
4. Barlett PF. Campus sustainable food projects: critique and engagement. *Am Anthropol* 2011; 113: 101-15.
5. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 24-32.
6. Department of Health. Economic and Operational Research: life expectancy projections; Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends). London: The Stationery Office 2004.
7. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM). Ministero della Salute 2008.
8. Walls HL, Peeters A, Proietto J, McNeil JJ. Public health campaigns and obesity: a critique. *BMC Public Health* 2011; 11: 136-42.
9. Barichella M, Malavazos AE, Fatati G, Cereda E. Awareness and knowledge about weight status and management: results from the sensitization campaign "Obesity Day" in Northern Italy. *Public Health Nutr* 2011; 14: 1813-22.
10. Cereda E, Malavazos AE, Caccialanza R, Rondanelli M, Fatati G, Barichella M. Weight cycling is associated with body weight excess and abdominal fat accumulation: a cross-sectional study. *Clin Nutr* 2011; 30: 718-23.
11. Katan MB. Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *N Engl J Med* 2009; 360: 923-5.
12. Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Obesity prevention: the case for action. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26: 425-36.
13. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998; 101: 518-25.
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982; 19: 276-88.
15. <http://www.inran.it/>
16. http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319_01/
17. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>
18. Patel R. I padroni del cibo. Milano: Feltrinelli 2008.
19. Saguy AC, Kevin WR. Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics Policy and Law* 2005; 30: 869-923.
20. Townend L. The moralizing of obesity: a new name for an old sin? *Critical Social Policy* 2009; 29: 171-90.
21. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Prev Med* 2011; 52: 413-6.
22. Edwards RD. Commentary: Soda taxes, obesity, and the shifty behavior of consumers. *Prev Med* 2011; 52: 417-8.
23. Stubbs J, Ferres S, Horgan G. Energy density of foods: effects on energy intake. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2000; 40: 481-515.
24. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. The women's health initiative dietary modification trial. *JAMA* 2006; 295: 655-66.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Giuseppe Fatati
Azienda Ospedaliera Santa Maria
Struttura Complessa di Diabetologia, Dietologia e Nutrizione Clinica
Viale Tristano di Joannuccio
05100 Terni
E-mail: fatati.giuseppe@tiscali.it