



OBESITÀ E DISUGUAGLIANZE

Guida per affrontare le disuguaglianze
nei casi di sovrappeso e di obesità.



Publicato in inglese dal WHO Regional Office for Europe con il titolo
Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity

A cura di: Belinda Loring e Aileen Robertson

Il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS è
l'unico responsabile della traduzione italiana, autorizzata dal WHO Regional Office for Europe.

Obesità e disuguaglianze: Guida per affrontare le disuguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità.
©Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute

Traduzione a cura di Elena Barbera, Alessandra Suglia, Luisa Dettoni
DoRS Regione Piemonte – ASL T03

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo:

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/policy-briefs>

Per ulteriori informazioni:

DoRS Regione Piemonte

(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)

ASL T03 - Via Sabaudia 164 10095 GRUGLIASCO (TO)

Info@dors.it - 011/40188506

Questo documento di indirizzo politico intende offrire, ai decisori europei, un supporto per migliorare la progettazione, l'implementazione e la valutazione di interventi e politiche volti a ridurre le disuguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità. In molti paesi europei, la prevalenza di obesità è in rapido aumento soprattutto nei gruppi di popolazione socio-economicamente più svantaggiati.

C'è una forte correlazione tra obesità e basso status socio-economico, soprattutto tra le donne. Ridurre le disuguaglianze di salute è un obiettivo strategico fondamentale di Salute 2020¹ - un modello di politica per la salute e il benessere - approvato nel 2012 dai 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS.

Questa guida - che si basa su solide evidenze scientifiche² - si propone di aiutare concretamente i decisori politici europei a raggiungere gli obiettivi di Salute 2020. La guida, infatti, descrive le azioni che si possono attuare per ridurre il fenomeno dell'obesità in Europa, proponendo approcci che affrontino i determinanti sociali dell'obesità e le relative conseguenze di salute, sociali ed economiche agendo sul gradiente sociale³.

¹Nota a cura del traduttore: Health 2020 in lingua italiana in:

http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf

²Si fa riferimento alle evidenze scientifiche contenute nella *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, Cfr. riferimento bibliografico n.5

³Nota a cura del traduttore: In termini di salute, il gradiente sociale ci dice che "quanto più bassa è la posizione sociale di una persona, tanto peggiore è la sua salute. Le azioni di contrasto devono concentrarsi sulla riduzione della pendenza di tale gradiente" (Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Fondazione Smith Kline, pag. 230)

Ringraziamenti e contributi	5
Premessa.....	6
Introduzione.....	7
01. Obiettivo della guida	
02. Come utilizzare la guida	
03. Rilevanza della guida rispetto ad altri obiettivi strategici	
Europa: le disuguaglianze nei casi di obesità	9
Che cosa si può fare?.....	14
01. Un approccio progressivo.....	15
02. “Primum, non nocere”	15
03. Interventi sulle politiche a diversi livelli	17
04. Contesto e posizione socio-economica	22
05. Esposizione differente	26
06. Vulnerabilità differenti	26
07. Gruppi sociali e risultati di salute differenti.....	31
08. Conseguenze differenti	33
Ulteriori approfondimenti.....	38
• Politiche per contrastare l’obesità	
• Azioni per ridurre le disuguaglianze sociali sui DSS	
• Strumenti di valutazione delle politiche per l’equità	
• Disaggregazione dei dati e strumenti	
Bibliografia.....	39

Ringraziamenti e contributi

Questo documento è stato scritto da Belinda Loring (WHO European Office for Investment for Health and Development, Venezia, Italia) e Aileen Robertson (WHO Collaborating Centre for Global Nutrition and Health, Metropolitan University College, Copenhagen, Danimarca).

Revisione esperta a cura di:

- João Breda, Erio Ziglio, Piroška Ostlin, Åsa Nihlén, Chris Brown, Francesco Zambon e Sara Barragán Montes, WHO Regional Office for Europe
- Margaret Whitehead, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom
- Sue Povall, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom
- Pedro Graça, Directorate-General of Health, Lisbon, Portugal
- Chris Brookes, UK Health Forum, London, United Kingdom
- Charles Price, European Commission Directorate-General for Health & Consumers, Brussels, Belgium
- Nabil Safrany, European Commission Executive Agency for Health and Consumers, Luxembourg.

Ulteriori osservazioni sono pervenute anche dal Directorate General for Health & Consumers, dall' Executive Agency for Health and Consumers e dall'European Union Expert Group on Health Inequalities.

Questo documento è stato prodotto grazie al supporto economico dell'Unione Europea.

I punti di vista ivi espressi possono non rappresentare in alcun modo l'opinione ufficiale dell'Unione Europea.

Il WHO European Office for Investment for Health and Development del WHO Regional Office for Europe desidera infine ringraziare il Ministero della Salute italiano, la Regione Veneto e la Regione Toscana per il loro costante supporto al lavoro dell'ufficio e per il sostegno economico per questa pubblicazione.

Negli ultimi decenni, gli indicatori dello stato di salute della popolazione generale sono migliorati in tutta Europa, tuttavia, tale miglioramento non è stato raggiunto ovunque o da tutti allo stesso modo. Tra le società, e all'interno di ognuna, ci sono diffuse disuguaglianze di salute che riflettono le differenti condizioni di vita delle persone. Queste disuguaglianze di salute violano il diritto dell'uomo alla salute e sono ingiuste.

Salute 2020 è un nuovo modello di politica per la salute in Europa basato su evidenze scientifiche e principi, che, nel governo e nella società, supporta azioni per promuovere salute e benessere, riduzione delle disuguaglianze di salute e ricerca di sistemi sanitari centrati sul paziente. Salute 2020 è stato adottato in occasione della 62a sessione del Comitato Regionale Europeo tenutasi a Malta nel settembre 2012. Il modello parte dal principio che salute e benessere sono diritti fondamentali, essenziali per lo sviluppo degli individui, per quello sociale ed economico e per un'Europa sostenibile ed equa. La salute è una risorsa fondamentale per la vita delle persone, delle famiglie e delle comunità.

Per trasformare questo principio in realtà dobbiamo affrontare le cause profonde delle disuguaglianze di salute all'interno di ogni paese e tra i diversi paesi. Oggi conosciamo di più sul tema delle disuguaglianze, grazie al rapporto pubblicato nel 2013 *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, redatto dal professor Sir Michael Marmot e dal suo team presso l'Institute of Health Equity dell'University College di Londra.

Tuttavia, nei nostri paesi, le opportunità di godere di buona salute non sono affatto distribuite in modo equo e sono strettamente correlate a una buona educazione e istruzione, a un lavoro dignitoso, alla possibilità di avere un'abitazione e un sostegno al reddito nel corso della vita. L'attuale carico di malattia è radicato dal modo con cui affrontiamo questi fattori sociali che influenzano gli attuali modelli di salute e gli stili di vita negativi, e dal modo in cui le nostre risorse sono distribuite e utilizzate.

Per queste ragioni, accolgo con favore la pubblicazione di questa serie di policy brief che descrivono le azioni concrete per contrastare le disuguaglianze di salute, soprattutto rispetto alle sfide prioritarie che l'Europa deve affrontare per la salute pubblica: tabacco, alcol, obesità e incidenti. Spero che questa serie di pubblicazioni offra ai decisori politici e ai professionisti che si occupano di salute pubblica gli strumenti e le linee guida necessari per implementare la vision di Salute 2020 e le raccomandazioni incluse nella Marmot Review 2013. I policy brief sono stati realizzati in collaborazione con l'Unione Europea e vorrei esprimere la mia gratitudine per questo sostegno e per l'attenzione con cui l'Unione Europea e l'OMS condividono questo impegno comune nell'affrontare il tema dell'equità.

Raggiungere l'obiettivo di Salute 2020 nei diversi paesi dipenderà dalla corretta attuazione delle politiche più rilevanti. Possiamo e dobbiamo cogliere nuove opportunità per migliorare la salute e il benessere di tutti. Abbiamo la possibilità di promuovere pratiche efficaci e politiche innovative tra chi è impegnato a migliorare i risultati di salute. Occorre contrastare le attuali (spesso inaccettabili) disuguaglianze di salute presenti in tutta la nostra Regione e ridurre il divario di salute tra gli Stati Membri europei e al loro interno.

Zsuzsanna Jakab WHO Regional Director for Europe.

01. Obiettivo della guida

Questo documento di indirizzo politico intende offrire, ai decisori europei, un supporto per migliorare la progettazione, l'implementazione e la valutazione di interventi e politiche volti a ridurre le disuguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità. Il sovrappeso e l'obesità sono la causa di circa il 9-12% dei decessi negli Stati fondatori dell'Unione Europea (UE), e del 16-20% delle morti nei dodici Stati Membri che hanno aderito all'Unione Europea nel 2004 e nel 2007. Allo stesso modo, nei paesi dell'Europa occidentale e centrale, il sovrappeso e l'obesità sono la causa di circa il 10% del carico complessivo di malattia (disability adjusted life years - DALYs⁴) (1). Tra il 1990 e il 2010 il contributo del sovrappeso al carico complessivo di malattia è aumentato del 39% in Europa e nell'Asia centrale (2). In Europa, la prevalenza di obesità è in aumento in molti paesi e la crescita è più rapida nei gruppi di popolazione socio-economicamente più svantaggiati. I paesi europei con più alta disuguaglianza di distribuzione del reddito presentano anche livelli più alti di obesità, soprattutto nei bambini (3). Esiste una forte correlazione tra obesità e basso livello di istruzione, in particolare tra le donne (Fig. 1). Inoltre, le donne obese, specialmente durante la gravidanza, possono andare incontro a maggiori rischi per la salute dei loro bambini (3) aumentando così anche le disuguaglianze di salute attraverso le generazioni.

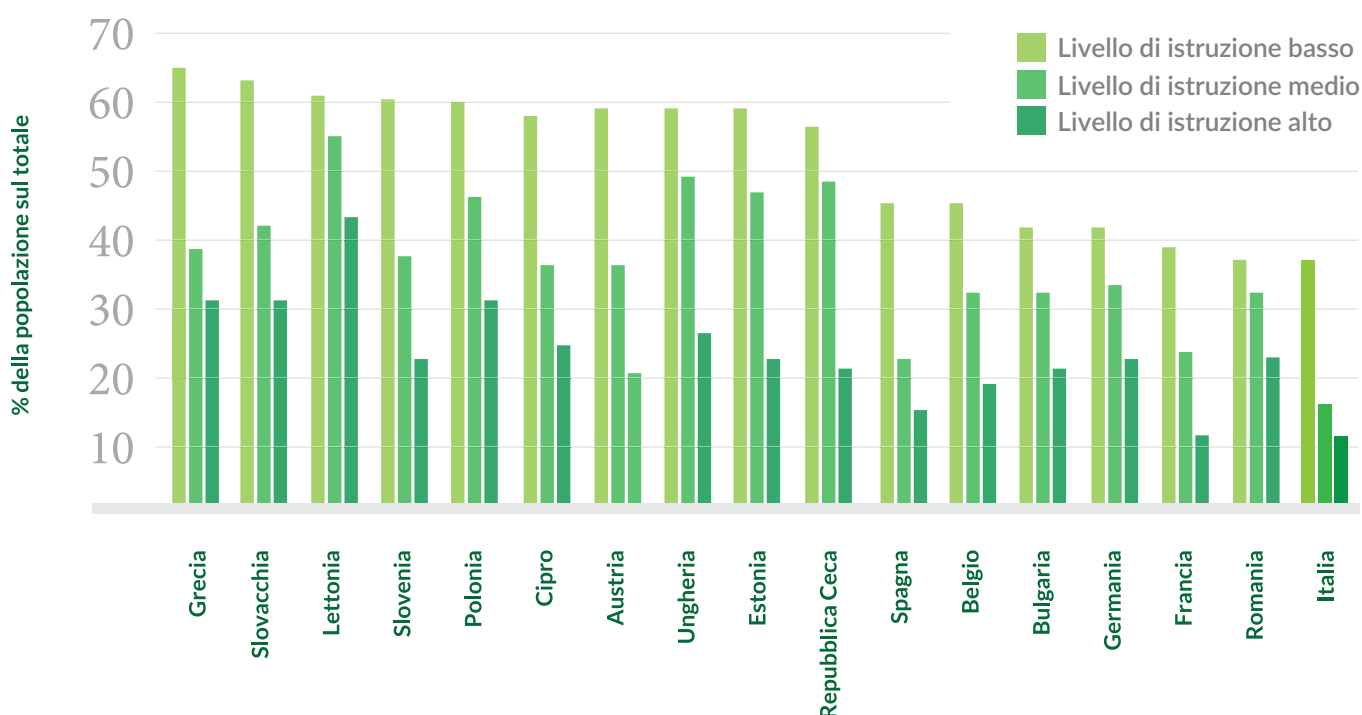


Figura 1. Rapporto tra obesità e livello di istruzione nelle donne, 2009

Note. Il livello di istruzione basso si riferisce alla scuola dell'infanzia, primaria e secondaria inferiore; il livello di istruzione medio si riferisce alla scuola secondaria superiore e post-secondaria non universitaria; il livello di istruzione elevato si riferisce alla formazione universitaria (istruzione terziaria). - **Fonte:** Eurostat (4).

⁴Nota del traduttore: "La mancanza di salute nelle popolazioni viene misurata con l'indicatore denominato DALYs (Disability-Adjusted Life Years) che è la somma degli anni di vita persi dovuti a morte prematura e degli anni vissuti in condizione di disabilità". In WHO, Glossario OMS della Promozione della Salute: nuovi termini, WHO Ginevra 2006 (traduzione italiana a cura di Regione Piemonte, DoRS, 2007).

In: http://www.dors.it/alleg/newcms/201303/OMS_Glossario%2010%20nuovi%20termini%202006_Italiano.pdf

Per invertire questa tendenza, le politiche e gli interventi dovrebbero derivare da più livelli e settori: da una migliore azione congiunta di governo tra il settore sociale e quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della sanità, oltre che dal settore del commercio, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'economia e dal settore privato. Quando si sviluppano politiche a livello regionale, nazionale e locale, occorre tenere in considerazione le implicazioni legate all'equità, al fine di garantire che le politiche non aumentino le disuguaglianze ma le riducano.

Questa guida si basa su solide evidenze scientifiche, contenute nella *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region* (5). Questa guida definisce le azioni per ridurre le disuguaglianze nei casi di obesità in Europa, proponendo approcci che affrontino i determinanti sociali dell'obesità e le relative conseguenze di salute, sociali ed economiche agendo sul gradiente sociale.

02. Come utilizzare la guida

Questa guida offre un modello che i decisori politici possono applicare alle loro singole realtà per esaminare attentamente i processi e i fattori da cui le disuguaglianze potrebbero derivare; e per raccomandare interventi politici utili per contrastare i singoli fattori. Per supportare i decisori politici, la guida, infine, mette a disposizione una serie di risorse aggiuntive: ulteriori evidenze scientifiche, pratiche promettenti e strumenti per elaborare e valutare le politiche.

Non tutti i paesi europei possiedono dati sulla prevalenza dei casi di obesità che possono essere disaggregati per fattori socio-economici, oltre che per fascia di età e sesso. Sono stati pubblicati pochissimi studi sugli interventi di contrasto all'obesità con attenzione all'equità o alla distribuzione degli effetti degli stessi interventi all'interno della popolazione. Alcuni paesi europei non possiedono i dati effettivi su peso e altezza né i dati sulla prevalenza dei casi di obesità. Gli sforzi per migliorare la raccolta dei dati e la loro disaggregazione aumenterebbero le attuali conoscenze sulle migliori azioni per ridurre le disuguaglianze nell'obesità. In attesa che questi dati emergano, bisogna capire, con urgenza, come ridurle attraverso le evidenze scientifiche disponibili.

03. Rilevanza della guida rispetto ad altri obiettivi strategici

Ridurre le disuguaglianze di salute e migliorare la governance e l'equità nella salute sono gli obiettivi strategici di *Salute 2020* - un modello di politica per la salute e il benessere, approvato nel 2012 dai 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS. Nella *Dichiarazione di Vienna del 2013* (6), i ministri della salute europei hanno riconosciuto le gravi disuguaglianze nei casi di obesità. In particolare, la necessità di:

- poter acquistare cibi salutarì e a prezzi accessibili
- sostenere i gruppi più vulnerabili
- intervenire lungo il 'ciclo di vita'
- colmare le lacune presenti nella governance del sistema alimentare

Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016 (7) e il *Who global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020* (8) hanno come principi fondamentali l'equità, gli approcci trasversali e l'attenzione al 'ciclo di vita'.

Europa: le disuguaglianze nei casi di obesità

Le disuguaglianze di salute sono definite come differenze sistematiche che possono essere evitate con un' adeguata azione politica e che pertanto sono da considerarsi ingiuste e ingiustificate.

Per definire un'azione efficace di contrasto, è necessario capire, prima di tutto, le cause di queste disuguaglianze di salute. Tali disuguaglianze non dipendono unicamente dall'accesso ai servizi di assistenza sanitaria; incidono anche molti altri determinanti collegati alle condizioni di vita e di lavoro, e alle macro-politiche generali che governano un paese o una regione (Fig. 2).

Le disuguaglianze di salute sono causate dall'iniqua distribuzione dei suddetti determinanti di salute, inclusi potere, reddito, beni e servizi, condizioni di vita povere e non eque; inoltre contribuiscono alle disuguaglianze le differenze che questi determinanti producono nei comportamenti non salutari.

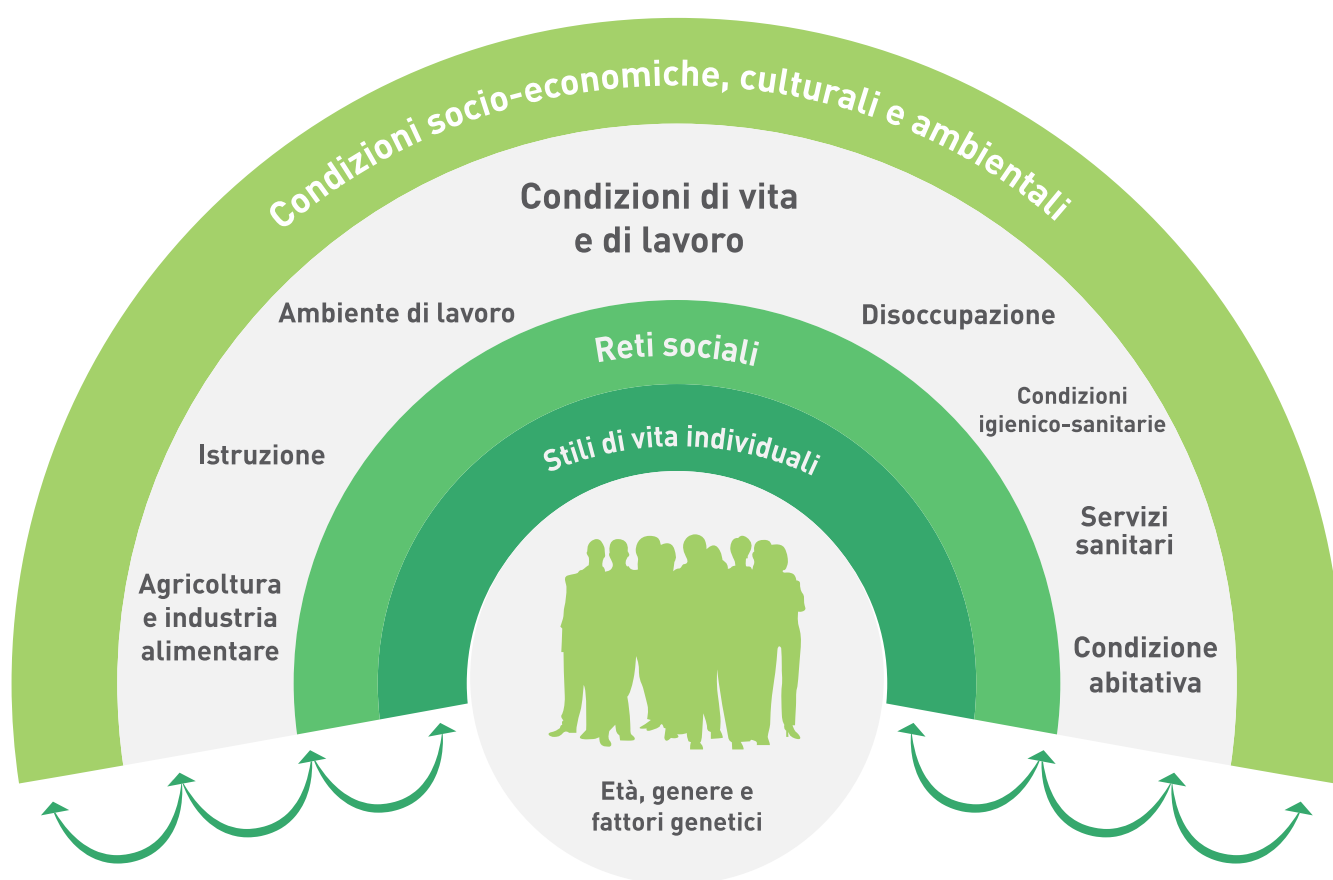


Figura 2. I principali determinanti di salute **Fonte:** Dahlgren & Whitehead (9)

In Europa, rispetto all'obesità, sono considerevoli le disuguaglianze di tipo socio-economico, di genere ed etniche. Nell'Unione Europea, la prevalenza di obesità negli uomini (26%) e nelle donne (50%) può essere attribuita alle disuguaglianze correlate con il livello di istruzione (10).

I gruppi socio-economicamente più svantaggiati sono esposti a un doppio rischio di diventare obesi (5) e questi gruppi sono anche più a rischio di diabete di tipo 2, di cardiopatie ischemiche e di ictus. Sempre per chi vive in condizioni socio-economiche più svantaggiate, la maggior parte delle morti premature e della perdita di anni in buona salute è causata da malattie associate all'obesità (3).

In un momento di notevole pressione sulla spesa pubblica, come quello attuale, il costo dell'obesità per l'economia è molto alto. Nel Regno Unito, per esempio, è stimato intorno ai 20 miliardi di sterline l'anno, tenendo conto anche della perdita di produttività e dei giorni di malattia (11).

Rispetto alle donne normopeso, le donne obese hanno una probabilità di soffrire di disabilità motoria da tre a sei volte superiore (12).

L'obesità può anche provocare impatti sociali negativi - come la discriminazione, l'esclusione sociale, la riduzione dei guadagni, la necessità di prendere un congedo per malattia dal lavoro e la disoccupazione - che a loro volta portano a un aumento delle disuguaglianze rispetto all'assistenza socio-sanitaria.

Le malattie croniche legate all'obesità determinano una grossa spesa per l'assistenza socio-sanitaria e, nell'attuale situazione di austerità, la prevenzione di queste malattie deve essere considerata una priorità.

La pendenza del gradiente sociale nel sovrappeso e nell'obesità varia da paese a paese (Fig.1) e le donne con bassi livelli di istruzione hanno una probabilità di diventare obese cinque volte superiore alle donne con un livello di istruzione più elevato (10). Quindi, le persone obese nei gruppi socio-economicamente svantaggiati prendono peso più velocemente rispetto alle persone con uno status socio-economico più elevato. Tutto ciò è chiaramente illustrato in Francia (Fig.3) dove, tra il 1997 e il 2012, il gruppo di popolazione con il reddito più basso ha raggiunto un aumento del peso corporeo tre volte superiore rispetto ai due gruppi con reddito più alto.

Questo significa che è in aumento il gap tra i poveri, che stanno diventando sempre più obesi, e i ricchi, che si mantengono in normopeso. Questo divario rende la variazione del gradiente sempre più alta.



Figura 3. Francia: prevalenza di obesità nella popolazione adulta in rapporto al reddito familiare, 1997-2012

Fonte: ObÉpi (13)

L'obesità nei bambini europei è strettamente correlata allo status socio-economico dei loro genitori (3). Inoltre, nei paesi europei, più è elevato il livello di disuguaglianza di reddito e più i bambini sono in sovrappeso (3). Nei gruppi socio-economicamente svantaggiati, le madri hanno più probabilità di essere in sovrappeso e meno probabilità di allattare. I bambini che non sono allattati e che sono nati da madri obese, con un basso status socio-economico, hanno più probabilità di adottare abitudini alimentari non salutari e di diventare individui in sovrappeso.

Inoltre, se in questi bambini si manifestasse un ritardo nello sviluppo cognitivo entro i 3 anni di vita, le probabilità di recupero sarebbero molto basse. È evidente che l'obesità è sempre più correlata alla povertà e che questo problema, verosimilmente, sarà trasmesso alle generazioni successive.

Le disuguaglianze nella prevalenza di obesità, sulla base dell'etnia, sono state osservate in molti Paesi europei. Uno studio sull'obesità infantile, condotto tra i gruppi di immigrati in Germania, ha dimostrato che fattori socio-economici e ambientali - soprattutto i livelli di istruzione delle madri e la quantità eccessiva di ore passate davanti alla televisione (14) - spiegano quasi tutte le differenze legate all'obesità. Nel Regno Unito, la popolazione originaria del sud asiatico svolge meno attività fisica rispetto alla popolazione bianca (15) e, in un certo numero di Paesi, i bambini e gli adulti Rom sono più obesi rispetto alle popolazioni non-Rom (3, 16).

Le attuali evidenze scientifiche sono concordi nel ritenere che la causa principale dell'obesità, nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati, possa essere la maggiore quantità di calorie consumate durante la giornata e non la ridotta pratica di attività fisica. Il dibattito sulle cause dell'aumento di peso verte tra il maggiore bisogno di calorie - assunte oggi più del necessario dato il maggiore consumo di cibo - vs lo scarso dispendio energetico - derivante dalla poca pratica di attività fisica -.

La maggior parte degli studi considera l'eccessivo consumo di alimenti ad alto apporto calorico la causa principale di questo problema. I dati sull'attività fisica indicano che, sebbene i livelli siano diminuiti, è inverosimile che il minor dispendio energetico giustifichi da solo il drammatico aumento dell'obesità nelle classi sociali meno abbienti (17, 18).

In Danimarca, Francia, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Svizzera, Svezia e Regno Unito l'aumento di peso, compreso tra il 60% e il 100%, è attribuito all'eccessiva quantità di calorie piuttosto che alla mancanza di attività fisica (19). Inoltre, tra il 1970 e il 1984, nel Regno Unito è stato registrato un aumento del fabbisogno giornaliero alimentare nazionale di sole 63 kcal in più al giorno pro capite, mentre, tra il 1985 e il 2002, tale apporto ha raggiunto le 190 kcal in più al giorno pro capite.

Questo salto verso una più elevata assunzione di calorie è dovuto alle innovazioni nella produzione e nella distribuzione degli alimenti, che hanno portato a una maggiore offerta di alimenti a basso costo, appetibili e ipercalorici, sono molto più accessibili, convenienti e commercializzati in modo diffuso.

Il cibo salutare tende a essere meno conveniente, meno accessibile e più costoso (20). I cambiamenti socio-demografici - come l'urbanizzazione e l'aumento del numero di donne che lavora - hanno ridotto il tempo da dedicare alla preparazione dei pasti. Analisi condotte nel Regno Unito (21) spiegano come - quando, nel 2007, si è assistito a un incremento massiccio del 12% dei prezzi dei prodotti alimentari nell'arco di 12 mesi - le famiglie a basso reddito siano state colpite in modo sproporzionato da un aumento dell'1,6% della spesa per l'acquisto di alimenti, a fronte di un aumento medio dello 0,3%.

I dati suggeriscono, inoltre, che le famiglie a basso reddito hanno risposto a questo aumento con l'acquisto di alimenti 'alternativi' più economici. Un altro studio ha riscontrato che molte famiglie con bambini e monoparentali stanno sostituendo la frutta e la verdura fresca con alimenti confezionati meno costosi, ma ipercalorici, con dosi elevate di grassi saturi e zucchero (22).

Tra il 2007 e il 2012 il costo del cibo è aumentato del 30% e le famiglie con bambini hanno ridotto il budget destinato alla spesa alimentare di oltre il 15%. Gli alimenti con valore energetico elevato, ma con valore nutritivo scarso, sono più economici dei cibi più nutrienti, come la frutta e la verdura; e le famiglie più povere, e con bambini, acquistano cibo essenzialmente per nutrirsi (3).

Come per i modelli alimentari sopra citati, anche i livelli di attività fisica sono condizionati da notevoli differenze socio-economiche, etniche e di genere. Pertanto, la probabilità di avere uno stile di vita più sedentario è maggiore per i gruppi socio-economicamente più svantaggiati (8).

Nella maggior parte dei paesi europei, i livelli di attività fisica diminuiscono in modo importante tra gli 11 e i 15 anni, soprattutto nelle ragazze (23). I ragazzi continuano a essere notevolmente più attivi e, da questo dato, si può dedurre che le opportunità di fare attività fisica potrebbero essere sbilanciate, dal punto di vista del genere, in favore dei ragazzi. Per esempio, le attività incentrate sulla competizione e sulla 'messa in gioco' delle proprie abilità catturano l'interesse dei ragazzi, mentre le ragazze sono più interessate ad attività che migliorano la propria salute e al fitness e questo atteggiamento si ritrova anche in età adulta.

Sembra, inoltre, che il livello di attività fisica diminuisca in conseguenza dell'aumento del peso e non viceversa (24, 25). Un aumento di peso anche moderato, in un breve periodo (0.5-2 kg/anno), porta a una riduzione considerevole dell'attività fisica. Quando l'aumento del peso riduce i livelli di attività fisica, si crea un circolo vizioso per il quale le persone obese fanno meno esercizio fisico e aumentano ulteriormente di peso.

L'attività fisica è molto importante sia per il controllo del peso sia per la salute in generale, pertanto le politiche e gli interventi di promozione dell'attività fisica dovrebbero essere adattati nei diversi contesti e alle diverse esigenze e abilità.

MESSAGGI CHIAVE



- in Europa esistono significative disuguaglianze socio-economiche, di genere ed etniche
- le disuguaglianze socio-economiche nei casi di obesità in Europa si stanno ampliando e la ripidità del gradiente sta aumentando
- se i dati di prevalenza dell'obesità sono espressi solo sotto forma di valore medio riferito alla popolazione, non emergono i livelli crescenti di obesità nei gruppi svantaggiati – per tanto, i dati dovrebbero essere esaminati per gruppo sociale
- le donne e i bambini che appartengono a gruppi socio-economicamente svantaggiati sono più vulnerabili e le disuguaglianze nei casi di obesità si 'tramandano' di generazione in generazione
- il periodo preconcezionale, la gravidanza, l'età neonatale e la prima infanzia sono fasi cruciali per intervenire sulla riduzione delle disuguaglianze legate all'obesità
- l'attività fisica è importante per il controllo del peso e per la salute in generale, pertanto le politiche e gli interventi di promozione dell'attività fisica dovrebbero essere adattati nei diversi contesti e alle diverse esigenze e abilità
- l'obesità costa alle economie nazionali bilioni di euro l'anno, calcolando anche i costi legati alla perdita di produttività e ai giorni di malattia. Le strategie per affrontare il problema dell'obesità attraverso il gradiente sociale – soprattutto nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati – sono urgenti per contrastare queste perdite economiche

Che cosa si può fare?

È sempre più evidente che numerose strategie possono essere efficaci per prevenire l'obesità lungo il 'ciclo di vita' (26, 27):

- sostenere l'aumento 'auspicabile' - e il mantenimento - del peso corporeo prima, durante e dopo la gravidanza
- promuovere l'allattamento materno esclusivo per i primi 6 mesi di vita, seguito dall'appropriata introduzione di un'ampia varietà di alimenti, comprese le verdure, per supportare lo sviluppo del gusto nel bambino
- promuovere l'attività fisica e un'alimentazione salutare attraverso politiche globali indirizzate all'età prescolare e scolastica, rivolte preferibilmente ai bambini provenienti da famiglie socio-economicamente svantaggiate e che coinvolgano attivamente le bambine, incoraggiandole a fare esercizio fisico
- limitare la vendita di bevande dolcificate e di prodotti alimentari per bambini con un elevato contenuto di grassi, zuccheri e sale
- ridurre il contenuto complessivo di grassi, eliminando i grassi insaturi dai cibi confezionati
- regolamentare l'etichettatura degli alimenti in modo da facilitarne la comprensione da parte del consumatore e incoraggiare la riformula della ricetta dei prodotti confezionati
- utilizzare i sussidi per incentivare il consumo di alimenti salutari e le tasse per disincentivare l'acquisto di cibi meno salutari
- all'interno dell'assistenza sanitaria di base, offrire momenti di counselling individuale per modificare il regime alimentare e aumentare i livelli di attività fisica
- promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro attraverso la pianificazione urbanistica e supportando modalità di trasporto attivo, incentivando in particolare l'andare a piedi o in bicicletta

Si conosce ancora poco sul modo in cui queste strategie siano efficaci nel prevenire l'obesità in gruppi con un basso status socio-economico. Si avverte, quindi, la necessità di porsi queste domande:

- Quali gruppi presentano la più elevata prevalenza di obesità?
- Quali gruppi potranno beneficiare maggiormente di questa strategia?
- Come può essere costruito l'intervento per far sì che ne beneficino i gruppi che ne hanno maggiore necessità?

Se la prevalenza di obesità è maggiore nei gruppi socialmente svantaggiati, ma gli interventi sono più efficaci in altri gruppi, ci saranno meno possibilità di ridurre la prevalenza complessiva e, di conseguenza, le disuguaglianze nei casi di obesità aumenteranno.

01. Un approccio progressivo

I Paesi europei hanno esperienze e competenze molto diverse nell'affrontare le disuguaglianze di salute. Tuttavia qualcosa può essere fatto: indipendentemente dalla condizione di partenza, per ridurre le disuguaglianze, può essere adottato un approccio progressivo (Fig.4).

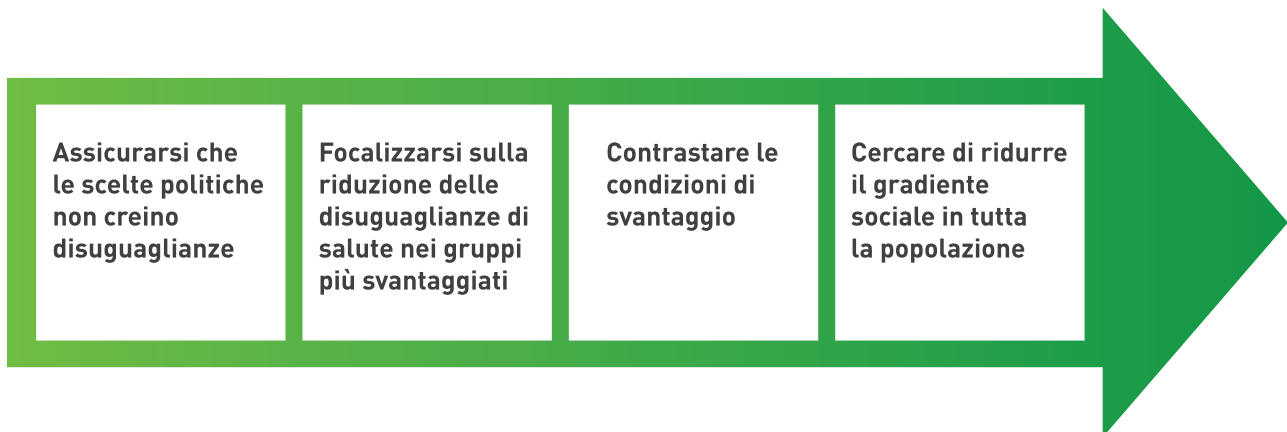


Figura 4. Approccio progressivo per ridurre le disuguaglianze

Non sono solo i più svantaggiati in assoluto a essere a rischio di obesità. Esiste un gradiente sociale, soprattutto nelle donne e nei bambini, per cui ogni gruppo socio-economico è relativamente più obeso rispetto al gruppo che si colloca nel gradino superiore della scala sociale. In molti paesi le disuguaglianze stanno aumentando e questo fenomeno crea una più ampia differenza del gradiente. Per venire incontro principalmente a coloro che hanno maggiori svantaggi e bisogni, occorrono delle strategie che associno misure universali a misure mirate.

02. “Primum, non nocere”

Alcuni interventi di salute pubblica aggravano, involontariamente, le disuguaglianze. Fino a quando l'equità non sarà presa esplicitamente in considerazione, l'approccio 'abituale' porterà a varare politiche e programmi, e a fornire servizi, che non incideranno sul gradiente sociale. Sfortunatamente, sebbene questo non sia l'intento dei decisori politici, i gruppi più svantaggiati trarranno il minimo beneficio dalla politica e le disuguaglianze aumenteranno invece di ridursi (28, 29).

Per esempio, le campagne educative, se sono realizzate senza curare gli elementi che le compongono, potrebbero aumentare le disuguaglianze. Per i gruppi con reddito basso non è sufficiente aver acquisito nuove e corrette informazioni per acquistare alimenti salutari: la disponibilità di denaro è spesso il fattore decisivo.

In effetti, alcuni studi dichiarano che gli europei con un reddito basso sanno da quali alimenti sia composta una dieta salutare (30, 31), ma il grado di convenienza, accessibilità e disponibilità dei prodotti alimentari possono creare, insieme ad altre considerazioni pratiche, ostacoli all'acquisto.

Le strategie di contrasto dell'obesità, basate sulla sola diffusione di informazioni, saranno inefficaci se non verranno affiancate da misure in grado di accrescere la capacità dei gruppi più poveri ed emarginati di agire sulla base di queste informazioni. Laddove siano utilizzate delle strategie di informazione, è necessario uno sforzo specifico per garantire che i messaggi siano creati **con e per** i gruppi più svantaggiati.

Per esempio, i consumatori con scarse capacità di lettura e di calcolo potrebbero comprendere meglio le informazioni nutrizionali date attraverso disegni, immagini o etichette a semaforo, piuttosto che attraverso i numeri dettagliati sulle classiche etichette (3).

Per evitare effetti controproducenti rispetto alle disuguaglianze, è necessario valutare l'impatto sui diversi gruppi sociali anche in quegli interventi che si presuppone siano efficaci.

Per esempio, è noto che le industrie alimentari aumentano il prezzo dei prodotti quando ne riformulano la ricetta per renderli più salutari: gli hamburger di manzo con il 5% di grassi sono più cari di quelli con il 15% di grassi; i prodotti dolciari ricchi di fibre sono più cari degli altri (32). Pertanto, è probabile che queste nuove varianti di prodotti più salutari rimangano fuori dalla portata dei gruppi a basso reddito.

MESSAGGI CHIAVE



- gli interventi di contrasto dell'obesità, per i quali è stata valutata l'efficacia nei gruppi a basso reddito, sono pochi
- non presupporre che ciò che funziona per la popolazione generale funzioni per tutti ma esaminare a fondo l'effetto degli interventi sui diversi gruppi socio-economici
- le sole campagne educative sono meno efficaci nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati e hanno una maggiore probabilità di accrescere le disuguaglianze
- le persone appartenenti a gruppi sociali a basso reddito tendono a non partecipare agli interventi finalizzati alla riduzione dell'obesità. Gli interventi devono tenere in maggiore considerazione le differenze etniche e sociali e dovrebbero prevedere una durata appropriata
- le politiche basate sulla popolazione - come le restrizioni sulla pubblicità e/o commercializzazione di cibi ad alto contenuto di grassi, zucchero e sale e di bevande dolcificate per i bambini - avranno, con molta probabilità, un maggior impatto sulla riduzione delle disuguaglianze nei casi di obesità rispetto agli interventi indirizzati ai singoli individui

03. Interventi sulle politiche a diversi livelli

Le disuguaglianze nei casi di obesità possono emergere a livello di (Fig.5):

- **società** - analisi della posizione sociale nel contesto socio-economico generale
- **ambiente fisico e sociale** - analisi dell'esposizione differente ai fattori di rischio
- **gruppi di popolazione** - analisi della differente vulnerabilità dei diversi gruppi
- **individuo** - analisi dell'esperienza del singolo con il sistema sanitario e delle diverse conseguenze sociali ed economiche causate dall'obesità

Per i gruppi più svantaggiati, le disuguaglianze esistono a tutti questi livelli e portano a un insieme di condizioni sfavorevoli. Considerare il modo in cui possono nascere le disuguaglianze nei casi di obesità, può aiutare a capire dove rafforzare gli interventi attraverso un approccio per 'ciclo di vita' (Fig. 6).

Per esempio, per i bambini poveri, il rischio di obesità è maggiore, a causa delle condizioni non ottimali alle quali sono esposti durante lo sviluppo fetale e infantile.

Questo rischio si combina lungo tutto il 'ciclo di vita' con: un'esposizione a costanti situazioni di stress e a problemi economici; condizioni di sovraffollamento abitativo con scarsi mezzi a disposizione per cucinare e problemi nel pagare le bollette; vivere in quartieri poveri nei quali è difficile spostarsi a piedi o in bicicletta e la disponibilità di frutta e verdura fresca è molto scarsa. Inoltre, gli abitanti delle aree socio-economicamente più svantaggiate sono meno capaci di ricorrere ai servizi.

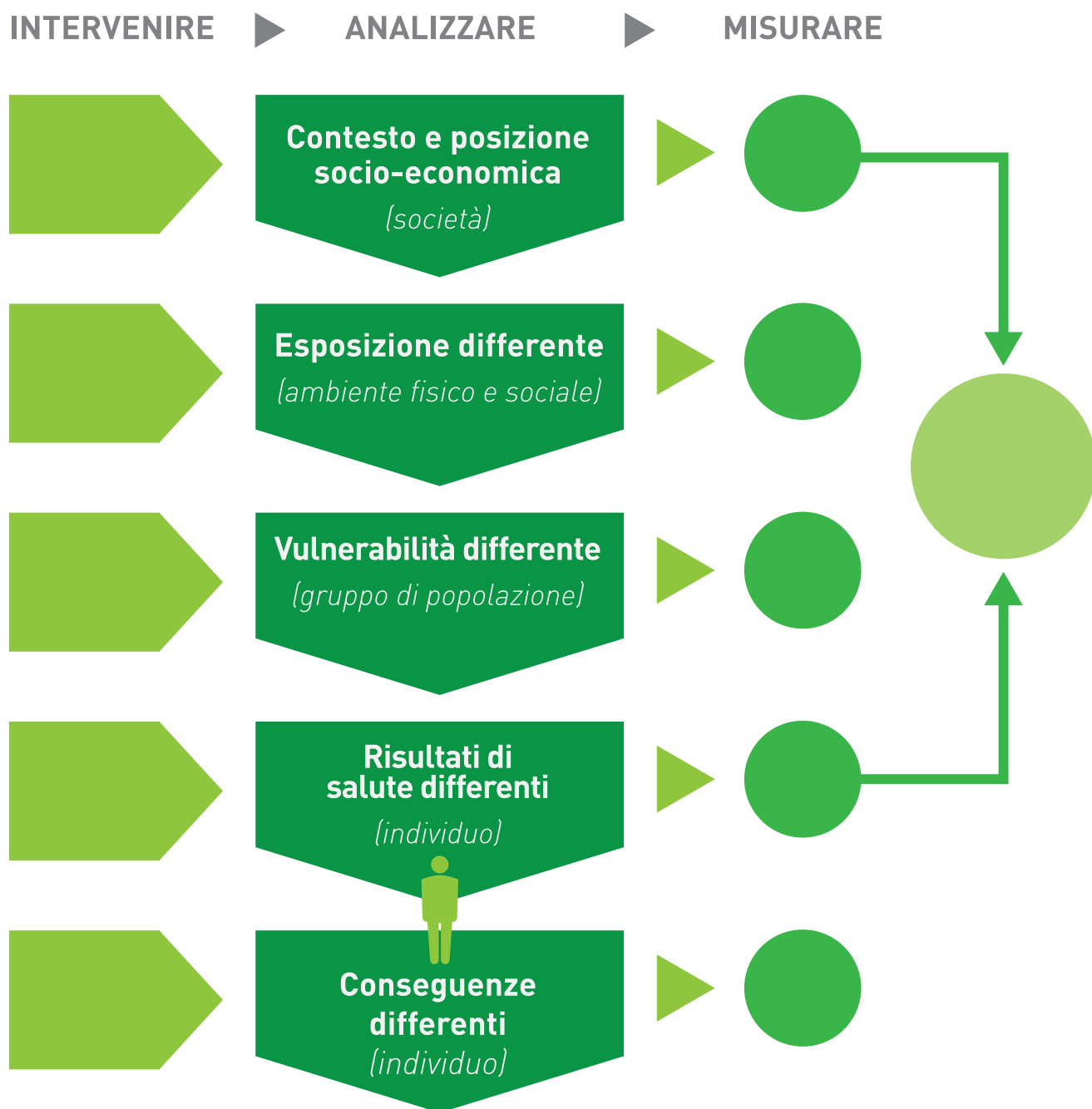


Figura 5. I livelli in cui possono svilupparsi, ed essere affrontate, le disuguaglianze di salute

Fonte: Blas & Kurup (33)

Un approccio globale per ridurre le disuguaglianze nei casi di obesità prevede una combinazione di: politiche di contrasto alle disuguaglianze, alla radice dei determinanti sociali; politiche che curano i 'sintomi' delle disuguaglianze nei determinanti sociali di salute (Social Determinant of Health) o che cercano di compensarne gli effetti.

Questo approccio richiede un insieme di interventi - sia semplici che complessi - articolati in azioni da attuare nel breve periodo, ma focalizzate sul lungo periodo (Fig. 7).

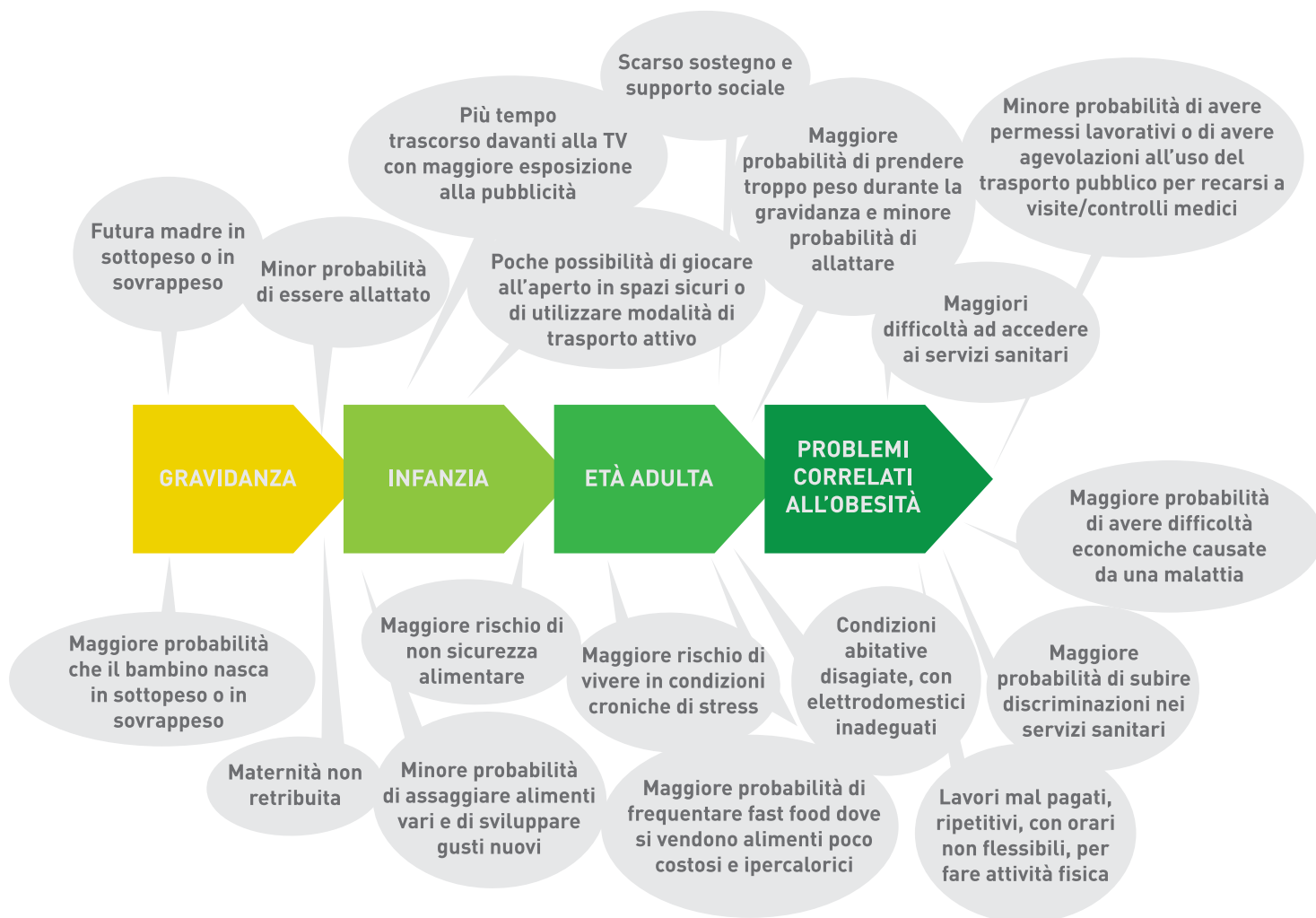


Figura 6. In che modo le disuguaglianze nei casi di obesità si accumulano lungo il 'ciclo di vita'



Figura 7. Affrontare le disuguaglianze richiede una combinazione di politiche

Per esempio, per i gruppi con un reddito basso, oltre a migliorare l'accesso alle cure prenatali e alle attuali formule di supporto genitoriale, sono anche necessarie politiche che affrontino i fattori ambientali: applicare norme per la pubblicità dei prodotti alimentari industriali rivolti ai bambini; rendere gli alimenti salutarì più economici e più accessibili; garantire che siano attuate delle politiche di macro-livello per ridurre la povertà sul lungo periodo (come, per esempio, il salario minimo e i sussidi sociali); promuovere la resilienza (per esempio, favorendo l'acquisizione di life skills a scuola) e ridurre l'esclusione sociale attraverso la partecipazione della comunità.

In Europa e negli Stati Uniti, interventi di comunità multi-componente, incentrati sui determinanti individuali e sociali, si sono dimostrati efficaci nel migliorare le abitudini alimentari e nell'aumentare i livelli di attività fisica nelle aree più svantaggiate (14, 15). I Box 1, 2 e 3 descrivono una serie di esempi, di progetti e di iniziative, realizzati. Questi interventi di successo sono stati finanziati a lungo termine (5 anni) ed erano incentrati su una serie di azioni, tra cui la costruzione di competenze, la partecipazione della comunità, lo sviluppo e il cambiamento dei sistemi, l'educazione alla salute, gli screening, i corsi di cucina e di educazione fisica.

BOX 1



Slovenia: "Project Mura"

Il Progetto Mura, iniziativa multisettoriale per migliorare le disuguaglianze di salute (34), ha affrontato contemporaneamente i determinanti individuali (con attività di educazione alimentare nelle scuole e un programma di contrasto all'abbandono scolastico) e i determinanti sociali (promuovendo la coltivazione locale di frutta e verdura, migliorando la fornitura di cibi e bevande negli enti pubblici e promuovendo la formazione e l'impiego nel settore del turismo salutare). Tra il 2001 e il 2004 vi è stato un chiaro spostamento verso comportamenti più salutarì in termini di: utilizzo di grassi nella preparazione dei piatti, frequenza di consumo di cibi fritti e di bevande dolcificate.

BOX 2



Israele: Programma nazionale per promuovere uno stile di vita salutare e attivo

Israele ha sviluppato una strategia intersettoriale (35) per affrontare le disuguaglianze etniche e socio-economiche nei casi di obesità, tenendo conto del dato di prevalenza più elevato di obesità nei gruppi più poveri e tra gli arabi israeliani. L'equità è molto presente in questo programma, che ha obiettivi specifici per i gruppi etnici in base alle diverse necessità (la strategia mira a ridurre del 10% l'obesità negli adulti ebrei e del 15% negli adulti arabi). Gli elementi della strategia per aumentare l'equità sono:

- gli approcci di popolazione che potrebbero apportare dei benefici ai gruppi più svantaggiati dal punto di vista socio-economico, ovvero: eliminare il cibo-spazzatura dalle scuole, tassare gli alimenti non salutari - come quelli che contengono gli acidi grassi trans e/o le bevande dolcificate - agevolare, dal punto di vista fiscale, le aziende che installano sul posto di lavoro distributori di bevande salutari e ridurre la pubblicità di alimenti non salutari trasmessa durante i programmi televisivi per bambini
- iniziative realizzate in 15 Comuni - scelti in base alla posizione geografica, alla dimensione della popolazione, all'etnia e allo status socio-economico - per apportare dei cambiamenti nelle politiche e nell'ambiente locale, con particolare attenzione alle popolazioni più svantaggiate ed emarginate
- incentivi per l'assistenza sanitaria primaria, affinché si assumano figure esperte in promozione della salute e si attivino programmi di supporto genitoriale, programmi per le persone affette da diabete di tipo 2 e per le persone obese. Le sovvenzioni - per finanziare gli interventi nelle comunità socialmente e/o geograficamente svantaggiate - sono state più alte del 50%
- scuole dell'infanzia che promuovono salute attraverso la coltivazione di orti e gruppi di cammino per le donne
- messa a disposizione di biciclette e formazione per giovani svantaggiati

BOX 3



Norvegia: "Romsås in Motion"

Il progetto "Romsås in Motion" ha adottato un approccio globale per aumentare le opportunità di fare attività fisica in una zona abitata da famiglie di varie etnie e a basso reddito (36). Il progetto, a basso costo, ha affrontato contemporaneamente i determinanti individuali, sociali e ambientali, attraverso: organizzazione di gruppi di cammino, possibilità di testare la propria forma fisica e miglioramento delle condizioni dei percorsi pedonali. I livelli di attività fisica sono aumentati e i partecipanti appartenenti alle aree più svantaggiate hanno raggiunto risultati più positivi. Il progetto è stato poi ampliato e ora ricomprende anche il tema della nutrizione per il miglioramento delle abitudini alimentari.

04. Contesto e posizione socio-economica

Diversi fattori, nei contesti socio-economici internazionali, europei o nazionali, possono influenzare il modo in cui sono distribuiti i determinanti sociali di salute (DSS). Tra questi sono compresi i fattori del contesto socio-economico che incidono:

- sul modo in cui gli alimenti sono prodotti, distribuiti e consumati nelle società europee
- sui gruppi più a rischio di obesità.

Questi fattori possono essere modificati o se ne possono compensare gli effetti (Tabella 1). I gruppi socio-economicamente svantaggiati beneficiano di azioni quali: ridurre il prezzo di frutta e verdura e aumentare quello degli alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale (3, 37, 38). Per esempio, il modello economico danese dimostra che la riduzione del 25% dei prezzi di frutta e verdura, associata all'aumento di un terzo del prezzo di prodotti ricchi di grassi e zuccheri, è più vantaggiosa per le persone con redditi bassi (30, 39, 40).

Le politiche sui prezzi sembrano essere promettenti nel migliorare i regimi alimentari, in particolare per i gruppi a basso reddito, riducendo così le disuguaglianze di salute (38). Il Box 4 descrive le politiche sui prezzi adottate in Ungheria e l'impatto atteso.

Le misure adottate dall'industria alimentare per migliorare la ricetta di prodotti confezionati - riducendone la quantità di grassi, zucchero e sale - possono sia ridurre che aumentare le disuguaglianze di salute (41). Ad esempio, se riformulare la ricetta di questi prodotti li rende più costosi (rispetto alla loro alternativa ricca di grassi, zuccheri e sale), questi verranno probabilmente acquistati soprattutto da gruppi con un reddito elevato, rischiando così di aumentare il divario in termini di disuguaglianza.

Per ridurre le disuguaglianze socio-economiche nei casi di obesità, chi beneficia di un sostegno sociale deve potersi permettere un "paniere alimentare" salutare. In Europa vi è la preoccupazione che i livelli di welfare siano insufficienti per sostenere l'acquisto di alimenti salutaris, soprattutto con l'aggravarsi della crisi economica, della stagnazione dei salari e dell'aumento dei prezzi degli alimenti. Per esempio, in Irlanda, l'80% degli assegni sociali è destinato all'acquisto di un "paniere alimentare" salutare per madri single con figli (42). Allo stesso modo, cresce il numero di paesi che aderisce al progetto europeo "Free food for the most deprived persons in the EU" (43).

Tabella 1. I fattori del contesto socio-economico che determinano le disuguaglianze e gli interventi da attuare

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p>I livelli e la distribuzione della povertà alimentare</p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • migliorare la distribuzione del reddito aumentando il reddito dei gruppi più poveri, attraverso l'assistenza sociale, il salario minimo e la tassazione progressiva e redistributiva, al fine di favorire migliori condizioni di vita e di buona salute • assicurare dei sussidi economici (voucher o simili) per favorire l'acquisto di alimenti salutari, come, per esempio, i buoni per acquistare frutta e verdura distribuiti in Francia (44) • calcolare, soprattutto per le famiglie con bambini 1, il costo di un paniere alimentare salutare⁵ e prevedere gli opportuni adeguamenti in base ai livelli di salario minimo e ai piani di assistenza sociale (Box 5) • investire nella prima infanzia garantendo a ogni bambino la "migliore partenza": un'assistenza di alta qualità nei primi anni di vita, pasti bilanciati nelle scuole, supporto genitoriale e un'adeguata assistenza sociale. Si veda il Box 6 dove si riporta un esempio del Regno Unito • garantire la possibilità di richiedere congedi parentali retribuiti • fornire pasti scolastici gratuiti (o sovvenzionati) per i bambini (come avviene in Finlandia) • implementare politiche pubbliche di approvvigionamento alimentare per re-investire nelle economie nazionali e tutelare la sicurezza alimentare nazionale • organizzare programmi di promozione dell'attività fisica per i lavoratori e promuovere opportunità di formazione continua e di sviluppo delle competenze
<p>L'esclusione sociale</p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • inserire il tema delle disuguaglianze nell'alimentazione e nei casi di obesità nei report dell'Unione Europea sulla condizione sociale dei Paesi attraverso la "<i>Piattaforma Europea contro la Povertà e l'Esclusione Sociale</i>" • realizzare una maggiore collaborazione tra i settori che si occupano di disoccupazione, assistenza sociale e salute • attuare programmi di comunità sul principio di empowerment e orientati allo sviluppo di competenze, soprattutto in quelle aree dove vi è un alto livello di obesità e sono abitate da immigrati e da madri a basso reddito • sviluppare politiche che favoriscano il coinvolgimento e la partecipazione dei gruppi più svantaggiati (ad esempio le iniziative sull'alimentazione salutare e sostenibile nel contesto urbano e periurbano, come il network <i>EU Sustainable Food in Urban Communities network</i> (45))

⁵Una metodologia per sostenere gli Stati Membri nello sviluppo di un 'paniere alimentare' salutare standard è stata elaborata in collaborazione con l'OMS.

Determinanti delle disuguaglianze

Interventi da attuare

La differenza di prezzo. Il prezzo di frutta, verdura e dei prodotti 'riformulati' è elevato rispetto a quello, decisamente più basso, dei prodotti alimentari ricchi di calorie e con uno scarso valore nutrizionale

3

- incoraggiare la produzione di frutta e verdura e destinarne il surplus alle scuole o ai gruppi a basso reddito
- sviluppare politiche fiscali (come, per esempio, l'imposta sul valore aggiunto) per abbassare il prezzo della frutta e della verdura e aumentare i prezzi dei prodotti ricchi di grassi, zuccheri e sale e delle bevande dolcificate

La composizione e la vendita dei prodotti alimentari disponibili in Europa

4

- disciplinare l'uso degli acidi grassi trans negli alimenti
- regolamentare, attraverso criteri nutrizionali, la composizione di grassi, zuccheri e sale negli alimenti
- regolamentare le dimensioni delle confezioni di bevande dolcificate per bambini
- incoraggiare i produttori alimentari a vendere i prodotti 'riformulati' e più salutari allo stesso prezzo delle alternative ipercaloriche
- definire delle norme per la pubblicità dei prodotti ad alto contenuto di grassi, zucchero e sale e delle bevande dolcificate per i bambini

Gli stereotipi di genere

5

- realizzare interventi di promozione dell'attività fisica nelle scuole che rispondano agli interessi e ai desideri delle studentesse (come, per esempio, il programma "Scotland's Girls on the Move" (46))
- lavorare con i diversi gruppi etnici per superare gli ostacoli che le donne incontrano alla pratica dell'attività fisica

BOX 4



Ungheria: Public Health Product Tax

L'Ungheria, nel 2011, a fronte degli alti livelli di obesità e di consumo di sale, ha introdotto tasse su: bevande analcoliche, bevande energetiche, dolci, snack salati, condimenti e marmellate di frutta e di frutta sotto-spirito. Gli obiettivi erano permettere ai consumatori di fare scelte alimentari salutari e spingere l'industria alimentare a riformulare i suoi prodotti.

Il ricavato delle tasse è stato destinato alla promozione della salute. L'impatto di questo intervento è in fase di valutazione, ma i primi risultati sono la riforma di alcuni prodotti e la riduzione dei consumi dei prodotti tassati (47).

BOX 5



Slovenia: Healthy Food Basket

Sulla base delle linee guida alimentari nazionali, la Slovenia ha sviluppato, calcolandone i costi, un "paniere alimentare" salutare. Il governo della Slovenia ha così verificato come i sussidi sociali siano sufficienti a coprire i costi mensili del paniere. Inoltre, la Slovenia raccoglie e analizza i dati sul consumo alimentare in base allo status socio-economico.

BOX 6



Regno Unito: "Healthy Start"

"Healthy Start" è un programma governativo che riguarda tutto il Regno Unito ed è volto a migliorare la salute delle donne incinta e delle famiglie a basso reddito o che percepiscono un sussidio. I beneficiari ricevono dei buoni che possono essere utilizzati per acquistare latte, frutta e verdura fresca o surgelata. Ogni quattro settimane 2.6 milioni di buoni Healthy Start sono assegnati alle famiglie del Regno Unito. Le donne incinta, aventi diritto, ricevono ogni settimana un buono Healthy Start del valore di £ 3.10. I bambini di età compresa tra 1 e 4 anni ricevono invece due buoni a settimana del valore complessivo di £ 6.20. Significativi dati statistici hanno dimostrato che le donne inserite nel programma mangiano più frutta e verdura e sono più propense a rispettare l'apporto nutrizionale raccomandato di ferro, acido folico, calcio e vitamina C (48).

05. Esposizione differente

All'interno della società, alcuni gruppi sono più esposti ai determinanti socio-ambientali dell'obesità propri dei contesti in cui vivono e lavorano. Questo si traduce in un'esposizione differente ai determinanti protettivi od ostacolanti (Tabella 2). Anche il maltrattamento infantile è associato a un rischio maggiore di obesità nel corso della vita (49).

I gruppi di popolazione a basso reddito vivono generalmente in quartieri dove: ci sono molti fast food e c'è una scarsa disponibilità di frutta e verdura fresca e, soprattutto per le donne e i bambini, ci sono pochi spazi sicuri in cui svolgere attività fisica. Nei quartieri più svantaggiati, la verdura e la frutta costano il 30-40% in più (50). Inoltre, c'è un numero di fast food quattro volte superiore a quello delle altre aree e, molto spesso, sono situati nei pressi delle scuole (51-53). I gruppi a basso status socio-economico non sempre dispongono di spazi e di attrezzi adeguati per cucinare o per conservare in modo sicuro gli alimenti.

A tutto ciò si aggiungono problemi quotidiani di disponibilità economica che rendono più difficile la pianificazione, la previsione di spesa, la preparazione di pasti salutari. Per esempio, i Rom sovente non dispongono di attrezzi per la cottura e la conservazione degli alimenti; questa situazione probabilmente può contribuire a optare per abitudini alimentari che accrescono il rischio di obesità nei bambini.

La scuola, promuovendo l'alimentazione salutare e lo stile di vita attivo, è uno dei contesti in cui contrastare le disuguaglianze (3, 54). La disponibilità gratuita di frutta e verdura nelle scuole – come nel caso del progetto europeo “Frutta nelle scuole” (55) – può aiutare a migliorare l'alimentazione dei bambini di tutti i gruppi sociali. Interventi simili sono previsti anche nei luoghi di lavoro in Danimarca e in Finlandia.

06. Vulnerabilità differenti

Le vulnerabilità che contribuiscono alle disuguaglianze nell'obesità possono essere psicosociali (come la scarsa autostima - che porta, per esempio, le donne svantaggiate a sottovalutare la loro capacità di allattare con successo il proprio bambino) o biologiche (per esempio, i bambini che nascono – in sottopeso o in sovrappeso – da una madre obesa hanno più probabilità di diventare a loro volta obesi durante la loro vita) (3). Le madri più giovani e socialmente più svantaggiate, se sono meno propense ad allattare, aumentano il gradiente sociale (3). L'allattamento esclusivo, fino ai sei mesi di vita del bambino, può ridurre il rischio di obesità sia nella madre sia nel bambino. Tuttavia, è più difficile per le donne obese allattare con successo, tanto da aver bisogno del sostegno di personale qualificato.

Determinanti delle disuguaglianze

Interventi da attuare

Consumo frequente di cibi non salutari

Per es. i quartieri più disagiati hanno una concentrazione maggiore di take-away

1

- limitare l'apertura di fast food (56) nelle aree svantaggiate e intorno alle scuole
- incoraggiare nei centri urbani i mercati dei contadini, la presenza di furgoni ambulanti che vendono frutta e verdura, i gruppi di acquisto e gli orti collettivi
- stipulare accordi con i gestori di negozi di alimentari e gestori di punti di ristoro, nei quartieri a basso reddito, per favorire l'acquisto di alimenti più salutari attraverso, per esempio: una diversa esposizione dei prodotti, offerte e promozioni e riducendo le porzioni degli alimenti
- fornire gratuitamente (o con sussidi) pasti e merende salutari nelle scuole

Esposizione frequente alla pubblicità di cibi non salutari

Per es. i bambini delle famiglie a basso reddito passano più tempo davanti alla televisione

2

- ridurre la pubblicità dei cibi ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale e delle bevande dolcificate per bambini
- fornire servizi educativi per l'infanzia di qualità elevata che siano accessibili, anche dal punto di vista economico, per le famiglie socio-economicamente svantaggiate
- introdurre congedi parentali retribuiti e programmi di sostegno alla genitorialità

Scarso accesso a spazi sicuri in cui svolgere attività fisica

Per es. i gruppi socio-economicamente più svantaggiati hanno minori opportunità di spazi sicuri in cui svolgere attività fisica

3

- implementare politiche di pianificazione urbanistica, inserendo tra i requisiti minimi la presenza di aree verdi nello sviluppo delle zone residenziali, che prevedano, oltre a un'adeguata illuminazione, percorsi pedonali e piste ciclabili
- adottare politiche che permettano l'accesso gratuito alle strutture ricreative nelle comunità svantaggiate (per esempio utilizzando luoghi aggregativi, scuole e chiese)

Le preferenze, in termini di gusti, si sviluppano nella prima infanzia. I bambini, allattati da madri che si nutrono di alimenti salutari, sono probabilmente più propensi a sperimentare sapori differenti (come ad esempio le verdure). I bambini nutriti principalmente con gli omogeneizzati, o le cui madri hanno un' alimentazione non salutare, hanno meno probabilità di sperimentare una vasta gamma di sapori e pertanto di sviluppare gusti differenti. Questa abitudine può essere contrastata con diverse iniziative (come il programma Food Dudes descritto nel Box 7).

In età scolare i bambini più svantaggiati consumano meno verdura e più bevande dolcificate (59). Pertanto, politiche, come la legge della Lettonia che vieta alimenti e bevande non salutari nelle scuole (Box 8) o il divieto della Slovenia dei distributori nelle scuole (60), potranno apportare maggiori benefici soprattutto nei bambini più svantaggiati.

Il Box 9 riporta, inoltre, un esempio di intervento efficace per i gruppi di popolazione a basso reddito.

La Tabella 3 elenca alcune cause di disuguaglianza e alcuni degli interventi che si potrebbero attuare per contrastarle.

BOX 7



Irlanda e Regno Unito: Food Dudes

Il “Food Dudes Healthy Eating Programme” è un intervento rivolto alle scuole per aumentare il consumo di frutta e verdura tra i bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni. Il programma incoraggia i bambini ad assaggiare frequentemente frutta e verdura, dando loro la possibilità di esprimere un giudizio di preferenza su questi alimenti.

Ogni volta che il bambino assaggia la frutta e la verdura riceve un piccolo premio, e nel corso dell'intervento, i bambini si riconoscono come consumatori di frutta e verdura. Il programma dura 16 giorni e potenzia l'efficacia di progetti europei come “Frutta e verdura nelle scuole” (55), soprattutto per i bambini più svantaggiati.

Food Dudes ha dimostrato di essere efficace in tutte le scuole e gli effetti maggiori si osservano nei bambini in cui, prima dell'intervento, il consumo di frutta e verdura era più basso (61).

BOX 8



Lettonia: migliorare il contesto alimentare nelle scuole per proteggere i bambini più a rischio di obesità

Nell'agosto del 2006, il Consiglio dei Ministri ha adottato, in tutte le scuole, dei regolamenti per ridurre la vendita di cibi e bevande con scarso valore nutrizionale (come le bibite analcoliche, i dolci, i chewing gum e gli snack salati) e per aumentare la disponibilità di cibi salutari (60).

I regolamenti vietano la vendita di prodotti alimentari che contengono 1.25 g o più di sale (0.5 g o più di sodio) ogni 100 g di prodotto (compresi le patatine e i pop corn, le noccioline e gli snack salati). Questo regolamento ricorda anche alle scuole di promuovere il consumo di latticini. Secondo un'indagine condotta dal Ministero della Salute, la popolazione concorda con queste misure.

BOX 9



Portogallo: Il programma Obesity Zero (POZ) un intervento basato sulla comunità per ridurre l'obesità infantile nelle famiglie a basso reddito (62)

Il Portogallo ha uno dei tassi più elevati di obesità infantile in Europa e i bambini a basso reddito sono particolarmente a rischio. POZ era un intervento multi-componente di obesità infantile, nella comunità, nella famiglia e nella scuola.

Destinatari dell'intervento sono stati 266 bambini in sovrappeso, tra i 6 e i 10 anni, appartenenti a famiglie a basso reddito di cinque città portoghesi. Genitori e bambini hanno frequentato quattro sessioni individuali di counselling su alimentazione e attività fisica, un workshop di cucina salutare, della durata di un giorno, e lezioni extracurricolari di educazione alimentare a scuola. Dopo sei mesi, nei bambini sono stati riscontrati: una riduzione della circonferenza della vita e dell'indice di massa corporea (BMI), un consumo maggiore di fibre e una diminuzione del consumo di bibite dolcificate. Sono stati anche osservati dei miglioramenti rispetto ai livelli di attività fisica e al tempo (ridotto) passato davanti alla televisione.

I risultati hanno mostrato che POZ è un programma locale promettente per contrastare l'obesità e il sovrappeso infantile nelle famiglie a basso reddito.

Determinanti delle disuguaglianze

Interventi da attuare

Le donne che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate sono più a rischio di obesità rispetto agli uomini

1

- migliorare l'autostima e ridurre l'isolamento sociale delle giovani donne, soprattutto delle madri a basso reddito, e delle adolescenti in sovrappeso
- mettere a disposizione gratuitamente degli spazi sicuri, che siano accettati dalle giovani donne a basso reddito e nei quali vi siano anche dei giochi per i bambini

La maggior parte di bambini che vive in condizioni disagiate potrebbe: essere nata da madre obesa; sperimentare, durante l'infanzia, gusti e sapori limitati

2

- implementare misure che migliorino l'accesso alle cure prenatali per le donne più svantaggiate
- introdurre programmi di sostegno alla genitorialità e visite domiciliari per genitori a basso reddito, come il programma "Sue Start" del Regno Unito (63)

Le donne obese, che vivono in contesti socio-economici svantaggiati, potrebbero rinunciare ad allattare

3

- tenere conto che i programmi di sostegno all'allattamento, rivolti principalmente alle donne obese, possono essere efficaci nei gruppi a basso reddito e che sussidi in denaro possono aumentare la partecipazione (3)
- introdurre la maternità retribuita per sei mesi
- ampliare gli interventi educativi e le azioni a sostegno dell'allattamento, quali il supporto da parte di personale qualificato ed esperto, il primo contatto 'pelle a pelle', per aumentare il numero di madri obese a reddito ad allattare

07. Gruppi sociali e risultati di salute differenti

Alcuni gruppi sociali sono più a rischio di diventare obesi poiché sono più esposti ai determinanti dell'obesità e sono più vulnerabili. Essi, inoltre, hanno più difficoltà a migliorare il proprio stile di vita e la propria salute a causa di diversi fattori di tipo socio-economico e socio-culturale propri del sistema sanitario (Tabella 4).

In tutta Europa, esistono disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, agli interventi di prevenzione e al trattamento dei problemi di peso, e questo potrebbe spiegare perché alcuni gruppi risultano più svantaggiati. In Spagna, per esempio, a livello di assistenza sanitaria, gli adulti con un basso status socio-economico hanno meno possibilità di ricevere counselling su come aumentare il proprio livello di attività fisica (64).

Tabella 4. Come possono esserci risultati di salute differenti e quali sono gli interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p>Barriere economiche all'accesso ai servizi sanitari</p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • offrire servizi sanitari di base accessibili a tutti e rispondenti ai bisogni dei destinatari • prevedere esenzioni per chi non può pagare (per esempio, sul costo dei ticket, dei trasporti,...)
<p>Barriere non-economiche all'accesso ai servizi sanitari</p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • facilitare l'acquisizione delle informazioni e delle modalità necessarie per accedere ai servizi • offrire modalità di sostegno (tra cui il counselling nutrizionale e motivazione sull'attività fisica) nei luoghi di aggregazione • assumere professionisti sanitari con diversi background socio-culturali • assumere mediatori culturali che offrano servizi come "la salute nella tua lingua" e gruppi di supporto come "da madre a madre"(65)

Tabella 4. Come possono esserci risultati di salute differenti e quali sono gli interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
Trattamenti differenti all'interno del sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none">● prevedere e approfondire nella formazione del personale temi quali: equità, sensibilità di genere e culturale● monitorare con regolarità l'erogazione delle prestazioni offerte dai servizi in base allo status socio-economico. Tale monitoraggio dovrà essere correlato agli indicatori e agli incentivi dei professionisti sanitari● chi lavora nei servizi sanitari e sportivi dovrebbe adottare una modalità di comunicazione non giudicante
Caratteristiche metaboliche o comorbidità	<ul style="list-style-type: none">● individuare, negli screening e negli interventi, valori-soglia differenti, adeguati ai diversi gruppi etnici, per gli indici misurati (come, per esempio, l'indice di massa corporea)● utilizzare metodi partecipativi e lavorare con i gruppi etnici per elaborare linee guida e interventi sull'alimentazione e l'attività fisica che tengano conto delle differenze culturali● adottare, nell'assistenza sanitaria, un approccio globale e intersettoriale, incentrato sulla persona, per rispondere ai suoi diversi bisogni, in modo non giudicante

Per supportare i diversi gruppi etnici o socio-economici nel modificare le proprie abitudini alimentari e i propri livelli di attività fisica, occorre prevedere approcci partecipativi differenti, senza che si sentano esclusi dagli 'abituati' approcci utilizzati nel sistema sanitario (66).

Le madri che hanno minori opportunità di socializzazione sono meno propense, nei primi anni di vita del bambino, a cercare un supporto genitoriale e un sostegno al loro ruolo educativo (3).

È fondamentale che i servizi sanitari siano meno giudicanti ed 'esigenti', in modo che coloro che più ne necessitano possano rivolgersi più frequentemente ai servizi prenatali e della prima infanzia. Gruppi etnici differenti presentano rischi diversi rispetto alle condizioni di salute correlate all'obesità (13) e i servizi sanitari devono conoscere la gamma dei profili di rischio, le abitudini e le percezioni dei diversi gruppi etnici e sociali, per rispondere equamente alle loro necessità (67).

Il **Box 10** descrive un programma che riguarda la popolazione Rom.

BOX 10



Bulgaria, Romania, Serbia, Slovacchia, Repubblica di Macedonia e Ucraina: programma “Roma Health Mediators”

I “mediatori di salute” sono membri della comunità Rom e sono stati formati per svolgere un ruolo di collegamento tra la comunità e il sistema sanitario (68). Hanno migliorato l’accesso al sistema sanitario tra le popolazioni Rom, soprattutto da parte delle donne incinta e dei bambini, entrambi “categorie a rischio” di obesità. Queste figure hanno aiutato gli utenti a ottenere i documenti d’identità e la copertura assicurativa, organizzato corsi di educazione alla salute per i bambini e gli adulti Rom, aumentato le conoscenze e migliorato gli atteggiamenti del personale sanitario nei loro confronti. Il programma ha come obiettivo la tutela della salute e dei diritti della popolazione Rom, attraverso un processo di capacity building dei leader Rom e delle organizzazioni. Il programma vuole anche creare, soprattutto per le donne, un lavoro come “mediatore di salute”.

08. Conseguenze differenti

L’obesità, oltre a ricadute sulla salute, può avere conseguenze sociali ed economiche sfavorevoli, che possono, a loro volta, aumentare in modo considerevole le disuguaglianze nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati - in particolare nelle donne - e portare a un peggioramento dell’autostima e all’esclusione sociale.

Per le persone obese, si osserva un effetto combinato delle diverse forme di esclusione e discriminazione (come, per esempio, il razzismo, la discriminazione e la stigmatizzazione di genere). I bambini obesi sono più a rischio di essere vittime di bullismo a scuola. Le donne obese hanno meno probabilità di modificare la propria posizione sociale e più probabilità di essere disoccupate o di assentarsi dal lavoro per problemi di salute (3, 69, 70). La discriminazione legata ai problemi di peso è stata osservata sia sul luogo di lavoro sia nelle relazioni coniugali, ampliando ancora di più le disuguaglianze economiche per le donne a basso reddito.

Ulteriori evidenze scientifiche mostrano come anche le persone appartenenti a minoranze etniche subiscano una stigmatizzazione correlata all’obesità (13). La sola condizione di obesità può contribuire a ridurre la partecipazione sociale e lavorativa e pertanto gli individui obesi hanno meno possibilità di contribuire a migliorare l’economia, soprattutto in tempi di austerità (il Box 11 riporta un esempio, realizzato in Francia, di tentativo di contrasto delle discriminazioni socio-economiche legate all’obesità). La Tabella 5 mostra come potrebbero verificarsi conseguenze differenti e quali interventi prendere in considerazione per contrastarle.

BOX 11



Francia: normative per ridurre le conseguenze socio-economiche causate da discriminazioni legate all'obesità

In Francia, le persone obese, che desiderano aprire un mutuo o richiedere un prestito, spesso devono pagare una quota assicurativa più alta, perché sono più a rischio di malattia. Nel 2006, il governo, le associazioni dei pazienti e gli istituti di credito hanno stilato un accordo sulle polizze assicurative e sui prestiti con rischi di salute maggiori. L'accordo fornisce nuove garanzie (in termini di informazione, riservatezza, finanziamento di indennità extra, copertura del rischio di disabilità, e così via) e permette alle persone obese di ottenere più facilmente un'assicurazione e un credito.

Tabella 5. Come potrebbero verificarsi conseguenze differenti e quali interventi prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p>Discriminazione e stigma. Lo stigma sociale che grava sull'obesità può aggiungersi all'emarginazione già esistente se si appartiene a gruppi vulnerabili, aumentando così ulteriormente l'esclusione sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● esaminare le diverse politiche per contrastare lo stigma e l'emarginazione delle persone obese ● per arginare la discriminazione, garantire, per le donne a basso reddito, auto-sufficienza economica e sviluppo delle competenze personali attraverso corsi di formazione ● garantire politiche di genere contro la discriminazione e pari opportunità nelle normative del lavoro ● implementare interventi ad ampio raggio per migliorare l'inclusione sociale di gruppi etnici più svantaggiati

RACCOMANDAZIONI - CHIAVE PER LE POLITICHE



- in Europa, la maggior parte delle persone con un basso reddito sa in cosa consiste un'alimentazione salutare. La priorità non è, quindi, ampliare le conoscenze ma facilitare l'accessibilità, la disponibilità e l'utilizzo degli alimenti salutar
- gli interventi di contrasto dell'obesità a livello di popolazione hanno una maggiore probabilità di essere efficaci rispetto agli interventi individuali, soprattutto per i gruppi con un basso status socio-economico
- le politiche dei vari paesi per migliorare le abitudini alimentari e promuovere l'attività fisica attraverso la progettazione e la riorganizzazione dell'ambiente sono importanti ma, per beneficiare di queste politiche, i gruppi più svantaggiati possono aver bisogno di misure supplementari, come:
 - interventi rivolti alle donne, che tengano conto dei loro bisogni e delle loro percezioni, per aumentarne l'autostima e per far fronte alla mancanza di competenze
 - programmi di educazione al gusto rivolti ai bambini e programmi per fornire gratuitamente pasti ricchi di verdura e di frutta nelle scuole
- le persone con un reddito basso hanno minore disponibilità economica per cui, aumentando il costo dei cibi ad alto contenuto di grassi, zucchero e sale e riducendo, di contro, i prezzi di frutta e verdura, si ha una maggiore possibilità di ridurre le disuguaglianze socioeconomiche
- è importante, a livello nazionale, prevedere e valutare il costo dei prodotti che compongono un 'paniere alimentare' salutare per stabilire il salario minimo e i livelli di prestazioni sociali necessarie
- le iniziative per regolamentare la pubblicità rivolta ai bambini di prodotti non salutar ad alto contenuto di grassi, zuccheri, sale e delle bevande dolcificate, possono contribuire a ridurre le disuguaglianze, data l'elevata esposizione e vulnerabilità dei bambini svantaggiati alla commercializzazione di questi prodotti
- le misure adottate per migliorare la composizione dei prodotti confezionati (per esempio, riducendo il contenuto di grassi, zucchero e sale) potrebbero ridurre le disuguaglianze, a condizione che il costo di tali prodotti rimanga lo stesso o sia inferiore alle alternative non salutar

- **con un reddito basso, l'acquisto di alimenti non salutari a basso costo può essere la soluzione più facile da attuare. Per questo sono necessari interventi per:**
 - aumentare la tutela sociale e il sostegno al reddito, per coprire il costo dell'acquisto di un 'paniere alimentare' salutare
 - stanziare fondi per fornire un sostegno alimentare, per esempio attraverso voucher per acquistare frutta e verdura
 - ridurre la disponibilità e la vendita di prodotti alimentari non salutari nelle zone svantaggiate e nelle scuole
 - promuovere la disponibilità a livello locale di frutta e verdura, attraverso iniziative che comprendano la partecipazione attiva dei gruppi svantaggiati
 - **La gravidanza e la prima infanzia sono periodi cruciali per intervenire sulle disuguaglianze nei casi di obesità. Gli interventi prioritari prevedono:**
 - la maternità retribuita per sei mesi per sostenere l'allattamento esclusivo in quel periodo
 - aumentare l'assistenza prenatale per le giovani donne svantaggiate, utilizzando metodi partecipativi per rispondere ai loro bisogni e alle loro necessità
 - sostenere l'allattamento e il passaggio all'alimentazione complementare nei bambini di madri obese socio-economicamente svantaggiate e in tutti gli altri componenti della loro famiglia
 - distribuire gratuitamente, o tramite un sussidio, pasti salutari (compresa la colazione), frutta e verdura nelle scuole e nei centri della prima infanzia
 - accesso e cure differenti in ambito sanitario contribuiscono nei casi di obesità a creare disuguaglianze
 - **le azioni di contrasto dovrebbero comprendere:**
 - assistenza primaria, servizi materno-infantili, servizi sociali rispondenti ai bisogni e alle necessità degli utenti
 - coinvolgimento dei gruppi più svantaggiati nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi, al fine di garantirne l'efficienza
 - **nella pratica dell'attività fisica, per far fronte alle differenze di genere, sono necessarie nuove misure, quali:**
 - favorire la partecipazione delle ragazze nelle ore di educazione fisica
 - migliorare la sicurezza degli spazi adibiti all'attività fisica
 - lavorare con le ragazze e le donne più svantaggiate per rimuovere quei fattori che ostacolano l'esercizio fisico
 - **per ottenere risultati a breve e lungo termine, è necessario prevedere un insieme di azioni, che affronti le principali cause e conseguenze sociali delle disuguaglianze e agisca sia a livello individuale sia a livello ambientale.**
 - **bisognerebbe sviluppare un sistema di monitoraggio e di valutazione (che preveda misurazioni non auto-riferite rispetto ad altezza e peso) per misurare:**
 - i livelli di obesità nei diversi gruppi socio-economici
 - i determinanti sociali dell'obesità
 - il conseguente impatto di politiche e di interventi
-

Checklist: ci stiamo muovendo nella giusta direzione?

- 1 Calcolate periodicamente la prevalenza di obesità (utilizzando non dati auto-riferiti su peso e altezza) tenendo conto di queste variabili: genere, etnia e situazione socio-economica (determinata da istruzione, reddito, occupazione)?
- 2 Avete individuato in quali gruppi di popolazione l'obesità ha causato i danni maggiori sulla salute e/o in termini sociali? Le vostre strategie e i vostri programmi sono rivolti prioritariamente a questi gruppi?
- 3 Prima di attuare politiche di prevenzione dell'obesità, valutate sistematicamente l'impatto che possono avere in termini di equità?
- 4 I gruppi più svantaggiati possono realmente prendere parte ai processi che definiscono le politiche necessarie per la prevenzione dell'obesità?
- 5 Avete messo in atto delle politiche chiare per raggiungere i seguenti obiettivi specifici?
 - aumentare il prezzo delle bevande edulcorate e degli alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale
 - vietare la pubblicità di bevande edulcorate e di alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale rivolta ai bambini
 - a partire dalla scuola dell'infanzia garantire, gratuitamente o a costi contenuti, pasti e merende salutari ricchi di frutta e verdura
 - attuare, sul luogo di lavoro, interventi per ridurre il sovrappeso e l'obesità attraverso azioni di promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione salutare
- 6 Avete messo in atto, per affrontare alla radice i determinanti sociali delle disuguaglianze nei casi di obesità, politiche efficaci? Queste misure dovrebbero comprendere:
 - la tutela sociale, soprattutto per le famiglie con bambini e i disoccupati
 - consulenza educativa di qualità elevata per la prima infanzia e i genitori
 - politiche attive del mercato del lavoro, comprendenti anche lo sviluppo di abilità sociali, che favoriscano l'inserimento nel mondo del lavoro delle donne e dei disoccupati
 - politiche per ridurre l'esclusione sociale
 - politiche abitative per la messa a disposizione di abitazioni adatte ai nuclei familiari numerosi
 - politiche per migliorare le abilità di acquisto dei prodotti salutari (educazione al consumo consapevole)
 - tutela e promozione del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro
- 7 Valutate l'impatto di tutti gli interventi di trattamento e prevenzione dell'obesità sui diversi gruppi sociali?
- 8 Avete fissato degli obiettivi per ridurre i livelli di obesità nei diversi gruppi sociali?
- 9 Vi è una chiara responsabilità e leadership per ridurre le disuguaglianze nei livelli di obesità?

Politiche per contrastare l'obesità

- Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020 (6)
- Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 (8)
- Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 (7)
- WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012 (71)
- Focusing on obesity through a health equity lens. A collection of innovative approaches and promising practices by European and international health promotion bodies to counteract obesity and improve health equity (72)
- WHO European Database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (NOPA) (73)
- Eurostat. European Commission Statistical Office of the European Union (public health database)(74)
- International Association for the Study of Obesity data portal (75)

Azioni per ridurre le disuguaglianze sociali intervenendo sui DSS

- Equity, social determinants of health and public health programmes (33)
- Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (5)
- Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review). Task group 8: priority public health conditions. Final report (76)
- Resource of health system actions on socially determined health inequalities. WHO Regional Office for Europe online database (77)
- Action:SDH. A global electronic discussion platform and clearing house of actions to improve health equity through addressing the SDH (78)
- European Portal for Action on Health Inequalities. An Equity Action partnership information resource on health equity and SDH in Europe, including a database of policy initiatives (79)

Strumenti di valutazione delle politiche per l'equità

- Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates (80)
- Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities (81)
- Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity (82)

Disaggregazione dei dati e strumenti

- Equity in Health project interactive atlases. WHO Regional Office for Europe online resource (83)
- Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries (84)
- Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities (85)

- 1 The global burden of disease: generating evidence, guiding policy**
European Union and European Free Trade Association regional edition. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013
(http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2013/FINAL%20PRINTED%20EU%20REPORT_TXT%20with%20COVER%201Up.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 2 Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, World Bank. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy**
Europe and central Asia regional edition. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013
(http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2013/world_bank/WB%20GBD%20Report%2C%20Europe%20%26%20Central%20Asia.pdf, ultima visita 4 dicembre 2014)
- 3 Robertson A, Lobstein T, Knai C. Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action.**
Brussels: European Commission; 2007
(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 4 Overweight and obesity – BMI statistics. Statistics explained [Internet].**
Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat); 2011 [cited 2013 Nov 28]
(http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 5 Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.** Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-health-dividein-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013).
- 6 Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020.** WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna 4–5 July 2013.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/234381/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Eng.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 7 Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 8 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.**
Geneva: World Health Organization; 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 9 Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2.** Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)

- 10 EUROTHINE. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach.**
EUROTHINE final report. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre; 2007
- 11 Local Government Association, Public Health England. Social care and obesity.**
A discussion paper. London: Local Government Association; 2013
(<http://www.local.gov.uk/documents/10180/11463/Social+care+and+obesity+-+a+discussion+paper+-+file+1/3fc07c39-27b4-4534-a81b-93aa6b8426af>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 12 Rillamas-Sun E, Lacroix AZ, Waring ME, Kroenke CH, Lamonte MJ, Vitolins MZ et al. Obesity and late-age survival without major disease or disability in older women.**
JAMA Intern Med. 2014 Jan;174(1):98–106
- 13 INSERM, Kantar Health, Roche. ObÉpi 2012: enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.** Paris: ObÉpi-Roche; 2013
(http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 14 Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, Brenner H. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications.**
Arch Dis Child. 2005 Apr;90(4):359–363
- 15 Gatineau M, Mathrani S. Obesity and ethnicity.**
Oxford: National Obesity Observatory; 2011
- 16 Babinska I, Veselska ZD, Bobakova D, Pella D, Panico S, Reijneveld SA et al. Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia?**
Int J Public Health 2013 Jun;58(3):417–425
- 17 Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments.**
Lancet 2011 Aug 27;378(9793):804–814
- 18 Scarborough P, Burg MR, Foster C, Swinburn B, Sacks G, Rayner M et al. Increased energy intake entirely accounts for increase in body weight in women but not in men in the UK between 1986 and 2000.**
Br J Nutr. 2011 May;105(9):1399–1404
- 19 Bleich S, Cutler D, Murray C, Adams A. Why is the developed world obese?**
Annu Rev Public Health 2008;29:273–295
- 20 Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis.**
J Nutr. 2005 Apr;135(4):900–904

- 21 Roberts K, Cavill N, Hancock C, Rutter H.
Social and economic inequalities in diet and physical activity.
London: Public Health England; 2013
(http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_19253_Social_and_economic_inequalities_in_diet_and_physical_activity_04.11.13.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 22 Griffith R, O'Connell M, Smith K.
Food expenditure and nutritional quality over the Great Recession. IFS Briefing Note BN143.
London: Institute for Fiscal Studies; 2013
(<http://www.ifs.org.uk/bns/bn143.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 23 Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al.
Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.
Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2012
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Socialdeterminants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 24 Golubic R, Ekelund U, Wijndaele K, Luben R, Khaw K-T, Wareham NJ et al.
Rate of weight gain predicts change in physical activity levels: a longitudinal analysis of the EPIC - Norfolk cohort. *Int J Obes (Lond)*. 2013 Mar;37(3):404-409
- 25 Levine JA, McCrady SK, Lanningham-Foster LM, Kane PH, Foster RC, Manohar CU.
The role of free-living daily walking in human weight gain and obesity. *Diabetes* 2008 Mar;57(3):548-554
- 26 **Global status report on noncommunicable diseases 2010.**
Geneva: World Health Organization; 2011
(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 27 Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT et al.
Changing the future of obesity: science, policy, and action.
Lancet 2011 Aug 27;378(9793):838-847
- 28 O'Dowd A.
Fight to tackle unhealthy lifestyles has widened gap in health inequalities. *BMJ*. 2012;345:e5707-e5707
- 29 White M, Adams J, Heywood P.
How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations?
In: Babones S, editor. *Social inequality and public health*. Bristol: The Policy Press; 2009:65-82.
Annu Rev Public Health 2008;29:273-295
- 30 **TNS Opinion & Social. Health and food. Special Eurobarometer No. 246 / Wave 64.3.**
Brussels: European Commission; 2006
(http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)

- 31** TNS Opinion & Social. **Health determinants Special Eurobarometer 329 / Wave 72.3.** Brussels: European Commission; 2010
(http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_329_sum_en.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013).
- 32** Robertson A, Malberg Dyg P, Brunner E, The EURO-PREVOB Consortium.
Tackling the social and economic determinants of nutrition and physical activity for the prevention of obesity across Europe. D3.2 Review of previous and existing actions, initiatives, policies on nutrition and physical activity. London: EURO-PREVOB Consortium; 2008
- 33** Blas E, Kurup A, editors.
Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 34** Buzeti T, Maucec Zakotnik J.
Investment for health and development in Slovenia: programme MURA. Murska Sobota: Centre for Health and Development Murska Sobota; 2008
(http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 35** Kranzler Y, Davidovich N, Fleischman Y, Grotto I, Moran DS, Weinstein R.
A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel. Isr J Health Policy Res. 2013;2(1):16
- 36** Jennum AK, Lorentzen CAN, Ommundsen Y.
Targeting physical activity in a low socioeconomic status population: observations from the Norwegian 'Romsås in Motion' study. Br J Sports Med. 2009 Jan;43(1):64–69
- 37** Powell LM, Chaloupka FJ.
Food prices and obesity: evidence and policy implications for taxes and subsidies. Milbank Q. 2009 Mar;87(1):229–257
- 38** Rombouts T, Mantingh F, Galea G, editors.
Resource package on fiscal policy. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013
- 39** Smed D, Denver S. **Taxing as economic tools in health policy.** Reading: University of Reading; 2005
- 40** **Economic nutrition policy tools – useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition?** Copenhagen: Danish Academy of Technical Sciences; 2007
- 41** Brunner E, Cohen D, Toon L.
Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies: a perspective on EU food based dietary guidelines. Public Health Nutr. 2001;4(2b):711–715.

- 42 Friel S, Walsh O, McCarthy D.
The irony of a rich country: issues of access and availability of healthy food in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:1013–1019
- 43 **Free food for Europe's poor [website].**
Brussels: European Commission Directorate-General Agriculture and Rural Development; 2010 [cited 2013 Oct 4] (http://ec.europa.eu/agriculture/markets/freefood/index_en.htm, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 44 Bihan H, Méjean C, Castetbon K, Faure H, Ducros V, Sedeaud A et al.
Impact of fruit and vegetable vouchers and dietary advice on fruit and vegetable intake in a low-income population. *Eur J Clin Nutr.* 2012 Mar;66(3):369–375
- 45 **Sustainable food in urban communities [website].**
Saint-Denis: URBACT; 2013 [cited 2013 Oct 4] (<http://urbact.eu/en/projects/low-carbon-urban-environments/sustainable-food-inurban-communities/homepage>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 46 Taylor J. Evaluation of the 'Girls on the Move' programme: summary report.
A report to the Robertson Trust and the Scottish Government.
Stirling: University of Stirling Department of Sports Studies; 2008
(<http://www.youthscotland.org.uk/portalbase/pages/download.aspx?locationId=66095152-6e88-4dc6-aa04-6d810aa5d7ff>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 47 Landon J, Graff H. What is the role of health-related food duties?
A report of a National Heart Forum meeting held 29th June 2012.
London: National Heart Forum; 2012
(<http://nhfshare.heartforum.org.uk/RMAssets/NHFMediaReleases/2012/Health-related%20food%20duties%20meeting%20report%20FINAL.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 48 Ford FA, Mouratidou T, Wademan SE, Fraser RB.
Effect of the introduction of 'Healthy start' on dietary behaviour during and after pregnancy: early results from the 'before and after' Sheffield study.
Br J Nutr. 2009 Jun;101(12):1828–1836
- 49 Danese A, Tan M.
Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis.
Mol Psychiatry. Epub 2013 May 21
- 50 **Going hungry: the struggle to eat healthily on a low income.**
London: NCH, The Children's Charity; 2004
(http://www.actionforchildren.org.uk/media/146002/going_hungry.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 51 Kestens Y, Daniel M. **Social inequalities in food exposure around schools in an urban area.**
Am J Prev Med. 2010 Jul;39(1):33–40
- 52 Cummins SCJ, McKay L, MacIntyre S.
McDonald's restaurants and neighborhood deprivation in Scotland and England.
Am J Prev Med. 2005 Nov;29(4):308–310

- 53** Macdonald L, Cummins S, Macintyre S.
Neighbourhood fast food environment and area deprivation – substitution or concentration?
Appetite 2007;49(1):251–254
- 54** Micucci S, Thomas H, Vohra J.
The effectiveness of school-based strategies for the primary prevention of obesity and for promoting physical activity and/or nutrition, the major modifiable risk factors for type 2 diabetes: a review of reviews.
Hamilton (ON): Effective Public Health Practice Project (EPHPP); 2002
(<http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Full-Reviews/Diabetes-Review.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 55** **Report from the Commission to the European Parliament and the Council in accordance with Article 184(5) of Council Regulation (EC) No 1234/2007 on the implementation of the European School Fruit Scheme [SWD(2012) 435 final].**
Brussels: European Commission; 2012
(http://ec.europa.eu/agriculture/sfs/documents/documents/com2012-768_en.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 56** Public Health England, Local Government Association, Chartered Institute of Environmental Health.
Healthy people, healthy places briefing. Obesity and the environment: regulating the growth of fast food outlets.
London: Public Health England; 2013 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/256655/Briefing_Obesity_and_fast_food_final.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 57** Bere E, Hilsen M, Klepp K-I.
Effect of the nationwide free school fruit scheme in Norway.
Br Nutr. 2010 Aug;104(4):589–594
- 58** **Pools remain free of charge [website].**
Wellington, NZ: Stuff.co.nz; 2013 Jun 27 [cited 2013 Aug 17]
(<http://www.stuff.co.nz/auckland/local-news/manukau-courier/8843050/Poolsremain-free-of-charge>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 59** Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C.
Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6.
Am J Public Health 2002 Sep;92(9):1475–1477
- 60** **Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 61** Lowe F, Horne P.
Food dudes: increasing children’s fruit and vegetable consumption. Cases 2009;(3):161–185
- 62** Rito AI, Carvalho MA, Ramos C, Breda J.
Program obesity zero (POZ) – a community-based intervention to address overweight primary-school children from five Portuguese municipalities.
Public Health Nutr. 2013 Jun;16(6):1043–1051

- 63 Best practice for a sure start: the way forward for children's centres. Report from the All Party Parliamentary Sure Start Group.**
London: All Party Parliamentary Sure Start Group; 2013
(<http://www.4children.org.uk/Files/cffc42fe-49eb-43e2-b330-a1fd00b8077b/Best-Practice-for-a-Sure-Start.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 64 Martínez-Gómez D, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, López-García E, Aguilera MT, Banegas JR et al. Reach and equity of primary care-based counseling to promote walking among the adult population of Spain.** J Sci Med Sport 2013 Nov;16(6):532–538
- 65 Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households.** NICE public health guidance 11.
London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008
(<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ph011guidance.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 66 Steptoe A. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial.** BMJ. 2003 Apr 19;326(7394):855
- 67 Attree P. Low-income mothers, nutrition and health: a systematic review of qualitative evidence.** Matern Child Nutr. 2005 Oct;1(4):227–240
- 68 Roma health mediators: successes and challenges.**
New York (NY): Open Society Foundations; 2011
(<http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/romahealth-mediators-20111022.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 69 McLaren L. Socioeconomic status and obesity.** Epidemiol Rev. 2007;29(1):29–48
- 70 Finkelstein EA, Ruhm CJ, Kosa KM. Economic causes and consequences of obesity.** Annu Rev Public Health 2005;26(1):239–257
- 71 WHO European action plan for food and nutrition policy 2007–2012.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 72 Focusing on obesity through a health equity lens. A collection of innovative approaches and promising practices by European and international health promotion bodies to counteract obesity and improve health equity.**
Brussels: EuroHealthNet; 2010
(<http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Focusing-on-obesity-through-a-health-equity-lens.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 73 WHO European Database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (NOPA) [online database].**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(<http://data.euro.who.int/nopa/about.aspx>, accessed 4 December 2013)

- 74 European Commission. Your key to European statistics [website].**
Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat); 2013
(<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 75 Obesity data portal [online database].**
London: International Association for the Study of Obesity; 2013
(<http://www.iaso.org/resources/obesity-data-portal/>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 76 Bambra C, Joyce K, Maryon-Davis A.**
**Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review).
Task group 8: priority public health conditions. Final report.**
London: University College London; 2009
(<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/prioritypublic-health-conditions-task-group-report>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 77 Resource of health system actions on socially determined health inequalities [online database].**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(<http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 78 Action: SDH [website].** Geneva: World Health Organization; 2010
(<http://www.actionsdh.org/>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 79 European portal for action on health inequalities [website].**
Brussels: EuroHealthNet and Equity Action; 2013
(<http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/home/>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 80 Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making.
Guidance, tools and templates.** Edinburgh: NHS Health Scotland; 2011
(<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/17227-0%20HIIA%20-%20GUIDANCE.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 81 Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities.
Version 1.** Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality; 2012
(http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 82 Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V.**
Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity. Montréal: National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH) and National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCHPP); 2012
(www.ncchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 83 Interactive atlases [website].** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, ultima visita 4 dicembre 2013)

- 84 Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle income countries.**
Geneva: World Health Organization; 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf, ultima visita 4 dicembre 2013)
- 85 Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU.**
Madrid: Ministry of Health and Social Policy of Spain; 2010
(<http://www.mssi.gob.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>, ultima visita 4 dicembre 2013)

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3
Via Sabaudia 164, 10095, Grugliasco (TO) - Tel. 01140188210-502 - FAX 01140188501
info@dors.it