

Obesity Monitor

Monitoring prevention, cure,
political, social and economic facts on obesity care

**OBESITY
IS A DISEASE
AND A
RISK FACTOR**



HEALTHCARE
for EVERY BODY...



Obesity Monitor

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on obesity care

Il presente report è realizzato da:
IBDO FOUNDATION;

INTERGRUPPO PARLAMENTARE OBESITA' E DIABETE;

OBESITY POLCY ENGAGEMENT NETWORK - OPEN ITALY;

ITALIAN OBESITY NETWORK - IO-NET;

SOCIETA' ITALIANA DELL'OBESITA' - SIO

su dati forniti e pubblicati dalla
WORLD OBESITY FEDERATION

Progetto grafico e stampa;
SP Servizi pubblicitari srl - Gruppo Creativa
Via Alberese, 9 - 00149 Roma
tel. +39 066571140
Fax +39 06233216117

Coordinamento editoriale
IBDO FOUNDATION
Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Dir. +39 0697605623
Fax +39 0697605650
segreteria@ibdo.it

SPECIALE

OBESITY MONITOR è una rivista sull'obesità, edita da IBDO Foundation.

La rivista ospiterà periodicamente, in numeri monotematici, analisi, indagini, approfondimenti e documenti redatti da esperti che operano in diversi campi, con l'obiettivo di animare il confronto e la ricerca di soluzioni sull'obesità quale malattia di grande rilevanza clinico, sociale, epidemiologica, economica e politico-sanitaria.

Editor in chief

Renato Lauro

Andrea Lenzi

Paolo Sbraccia

Editorial Board:

Vincenzo Atella

Rocco Barazzoni

Alfonso Bellia

Luca Busetto

Marco Cappa

Maria Grazia Carbonelli

Antonio Caretto

Michele Carruba

Stefano Cianfarani

Annamaria Colao

Lucio Corsaro

Roberta Crialesi

Claudio Cricelli

Domenico Cucinotta

Lorenzo Donini

Francesco Dotta

Giuseppe Fatati

Lucia Frittitta

Simona Frontoni

Ezio Ghigo

Francesco Giorgino

Lucio Gnessi

Frida Leonetti

Giuseppe Malfi

Edoardo Mannucci

Giulio Marchesini

Gerardo Medea

Silvia Migliaccio

Gertrude Mingrone

Fabrizio Muratori

Antonio Nicolucci

Enzo Nisoli

Umberto Pagotto

Stefania Rossetti

Carlo Rotella

Ferruccio Santini

Alessandro Solipaca

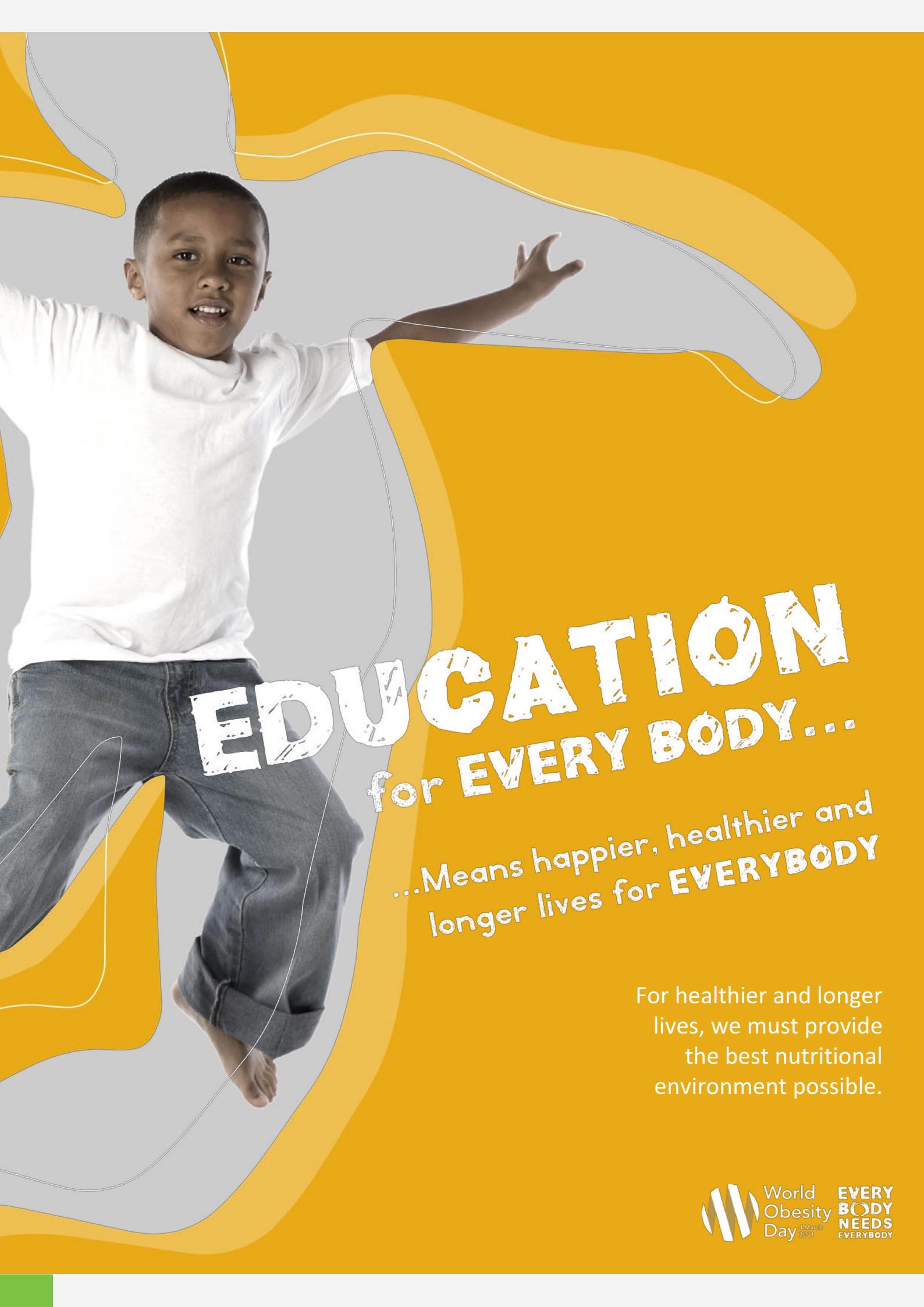
Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Roberto Vettor

Managing editor:

Valeria Guglielmi



EDUCATION for EVERY BODY...

...Means happier, healthier and
longer lives for **EVERYBODY**

For healthier and longer
lives, we must provide
the best nutritional
environment possible.

PREFAZIONI



Roberto Pella

Presidente Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete" e Vicepresidente vicario ANCI

**RESPECT
FOR
EVERY
BODY**

La pubblicazione del Report della World Obesity Federation rappresenta un momento importante di riflessione e di stimolo a una sempre più efficace programmazione dell'attività dell'Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete".

L'approvazione, a novembre 2019, della Mozione sul riconoscimento dell'obesità come malattia, presso la Camera dei Deputati, è stato il punto di arrivo di un percorso che, nelle varie tappe che si sono susseguite, ha fatto maturare la consapevolezza della necessità di una tale definizione, nel rispetto dei diritti della persona con obesità. Una consapevolezza resasi, purtroppo, ancora più evidente durante la pandemia da COVID-19, che ha trovato conferma nei dati diffusi dagli studi condotti negli ultimi mesi che rivelano come il paziente con obesità sia fragile, vulnerabile, maggiormente colpito dalla malattia.

Oggi diventa imprescindibile tradurre la volontà unanime espressa dal Parlamento, insieme al conseguente impegno del Governo, in azione di politica pubblica, a tutti i livelli di governo. Il primo e prossimo passo è inserire l'obesità nella lista delle malattie croniche e, conseguentemente, nel piano nazionale della cronicità. Parallelamente, dobbiamo impegnarci affinché l'obesità sia inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, per garantirne cura e trattamento. Anche i Comuni potranno svolgere, specie in questa fase storica di profonda ri-programmazione e rinascita del Paese, un ruolo fondamentale nella pianificazione di contesti urbani meno obesogeni per i cittadini.

Il nostro obiettivo è continuare a lavorare, nel solco del percorso che abbiamo tracciato, per raggiungere insieme nuovi traguardi e migliorare la vita delle persone con obesità e dei loro cari.



Andrea Lenzi,

Presidente OPEN ITALY, Presidente del Comitato per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il tema della World Obesity day 2021 è "L'OBESITÀ È UNA MALATTIA E UN FATTORE DI RISCHIO". Sembra ovvia questa affermazione, mentre invece dobbiamo constatare come l'Obesità venga considerata a livello Istituzionale una condizione e non come una malattia che necessita di cure e trattamenti.

OPEN (Obesity Policy Engagement Network) nasce a livello internazionale con la volontà precisa di stimolare il dibattito e il confronto con le Istituzioni e i Governi locali per cambiare questa deriva culturale-politica che non trova nessuna base razionale nella scienza e nella clinica e per riconoscere l'Obesità quale malattia grave e invalidante, Recentemente OPEN ITALY ha voluto segnalare al Ministero della Salute a alle Istituzioni la necessità di porre una attenzione prioritaria nella programmazione della campagna di vaccinazione anti COVID-19 alle persone con obesità, quali soggetti fragili e vulnerabili, come ampiamente dimostrato dai dati della letteratura scientifica-epidemiologica mondiale e da quelli dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'obesità si associa a un aumentato rischio di polmonite e sindrome influenzale ed è, insieme all'età, il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di sindrome respiratoria acuta grave da Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), COVID-19, con esiti peggiori, compresi: ricovero in terapia intensiva, uso della ventilazione meccanica invasiva e progressione della malattia.

La pronta risposta positiva data dal Ministero della salute, che ha posto come le persone con obesità grave tra le categorie prioritarie da vaccinare contro il COVID-19.

I dati della World Obesity Federation e dell'OMS ci indicano come nel mondo più di 1,9 miliardi di adulti sono in sovrappeso, di questi oltre 650 milioni sono obesi. L'obesità è il principale fattore di rischio per diverse complicanze tra cui malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ipertensione, malattia coronarica e cancro. Sovrappeso e obesità sono presenti nella maggioranza dei pazienti con diabete di tipo 2 e si prevede che la prevalenza del diabete



correlato all'obesità raddoppierà entro il 2025.

Bisogna lavorare a livello globale e nazionale per creare una ampia e condivisa opinione politico, clinica, scientifica, sociale e mediatica affinché venga riconosciuta che l'obesità sia considerata una malattia grave.

OPEN ITALY, riconosce come la mozione approvata all'unanimità da Parlamento nel Novembre 2019 che con il parere positivo del Ministero della Salute sia un passo politico fondamentale

La mozione impegnava il Governo in alcune azioni fondamentali per contrastare l'obesità in Italia e in particolare:

- prevedere un monitoraggio della corretta attuazione dei LEA con specifico riferimento alle malattie associate all'obesità;
- attuare un piano nazionale sull'obesità che armonizzi a livello nazionale, le attività nel campo della prevenzione e della lotta contro l'obesità; un documento, condiviso con le regioni, che, compatibilmente con la disponibilità di risorse economiche, umane e strutturali, individui un piano strategico comune volto a promuovere interventi basati su un approccio multidisciplinare integrato e personalizzato, incentrato sulla persona con obesità e orientato verso una migliore organizzazione dei servizi e un approccio responsabilità di tutti gli attori della cura;
- prendere iniziative volte a garantire alla persona con obesità il pieno accesso alle procedure diagnostiche per le co-morbidità, ai trattamenti e ai trattamenti dietetici e, nei casi più gravi, ad accedere a centri di secondo livello per valutare approcci psicologici, farmacologici e chirurgici; stabiliva ha cominciato a colloquiare attivamente con il Ministero della Salute, per far inserire l'Obesità tra le malattie croniche, sembra impossibile che ad oggi non lo sia, e che le prestazioni correlate siano inserite nei LEA.

Partendo da questi punti OPEN ITALY ha intrapreso di recente positive interlocuzioni con il Ministero della Salute per far riconoscere l'obesità come malattia cronica, sembra impossibile che non lo sia, e inserire le prestazioni correlate nei LEA.

Anche in questo caso la positiva risposta del Mini-



Giuseppe Fatati

Presidente Italian Obesity Network



La "Report Card Italy" della World Obesity Federation (WOF) è una scheda di valutazione dell'obesità in Italia che ne descrive l'impatto sulla società e sul sistema sanitario. La prevalenza di sovrappeso-obesità è più frequente negli stati socio-economici più bassi e nelle persone con più di 55 anni. I dati sono allarmanti soprattutto se consideriamo le caratteristiche della popolazione italiana. Nel 2019 sono nati in Italia 435 mila bambini, il peggior risultato dall'Unità d'Italia ad oggi. Il saldo con il numero dei morti è negativo (-212 mila unità), ridotto solo dal saldo migratorio positivo (+143 mila unità). Possiamo affermare che l'invecchiamento della popolazione è un elemento strutturale e che la persona con obesità, anziana e con un livello socioculturale non ottimale ha una polimorbilità più elevata e maggior bisogno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Il Documento valuta il nostro SSN attraverso indicatori specifici e accanto a elementi positivi quali la approvazione della mozione sul riconoscimento dell'obesità come malattia evidenzia aspetti negativi tipo la non rimborsabilità di molti trattamenti e lo stigma. L'obesità è una malattia cronica, risultante da una complessa interrelazione tra fattori biologici, psicosociali e comportamentali, che includono aspetti genetici, socioeconomici e culturali. La disapprovazione sociale (stigma) attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, ritrae l'obesità in modo impreciso e negativo. Lo stigma clinico discrimina la persona con obesità nell'accesso alle cure e induce l'isolamento sociale. L'organizzazione dei servizi ne è esempio: la maggior parte delle sale di attesa non sono dotate di poltroncine adatte a sostenere i grandi obesi e gli stessi letti delle degenze sono inadeguati. La World Obesity considera la difficoltà di accesso alle cure una delle cause più importanti alla base del fenomeno obesità.

La crescita esponenziale dei casi di coronavirus rappresenta un importante rischio aggiuntivo. Universalmente sono state decise politiche di riduzione delle attività assistenziali ambulatoriali, sia per la carenza di personale sanitario, sia per evitare il sovraffollamento delle sale di attesa. La Commissione

Europea nel documento 2020 Strategic Foresight Report afferma che la crisi legata alla pandemia ha messo a nudo le vulnerabilità sanitarie e sociali in Europa; COVID-19 ha catalizzato l'attenzione e distolto i decisori dalle principali sfide sanitarie come le malattie non trasmissibili, in particolare il cancro e l'obesità. È stato sottovalutato il fatto che le persone con obesità sono ad alto rischio di mortalità per infezione da COVID-19.

E' assolutamente necessario per evitare una assurda penalizzazione che l'obesità venga inserita quanto prima nella lista delle malattie croniche e, conseguentemente, nel piano nazionale della cronicità. Il sistema sanitario nazionale deve garantire alla persona con obesità l'uso di metodi diagnostici, assistenziali e terapeutici appropriati, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale al pari delle altre persone affette da patologie croniche. Il coinvolgimento della persona con obesità nelle decisioni che riguardano la salute è una necessità sottolineata più volte dall'Italian Obesity Network. Tale principio, riferito ai portatori di patologia cronica, è presente non solo nel Piano nazionale della cronicità ma anche nella legge di Riforma sanitaria del 1978. A distanza di oltre 40 anni, la persona con obesità è al centro del sistema solo sulla carta. In realtà, vive il disagio di un servizio sanitario nazionale e regionale poco efficiente nei suoi confronti, infarcito di disomogeneità regionali e penalizzante per la assenza di terapie e farmaci disponibili con specifica indicazione e rimborsabili dal SSN.



Ferruccio Santini

Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO)

L'ampliamento delle conoscenze sulle cause dell'obesità, sulle sue conseguenze in termini di salute e sulle sue ricadute in ambito sociale ed economico ha favorito lo sviluppo di una nuova sensibilità nei confronti di questa malattia, sensibilità che dal mondo scientifico si è allargata alle istituzioni e alle classi dirigenti: si sta oggi consolidando la convinzione per la quale non è più possibile assistere al dilagare del fenomeno come ad un ineluttabile costo del benessere ma è necessario ricorrere ad azioni concrete ed efficaci di sostegno delle persone affette. Lo Word Obesity Day è espressione di questa consapevolezza che, nel nostro Paese, ha iniziato a tradursi in una serie di iniziative volte al riconoscimento formale dell'obesità come malattia e all'adozione dei consequenti provvedimenti da parte del Sistema Sanitario Nazionale, per garantire un'offerta assistenziale adeguata e fruibile da tutti, senza disparità su base geografica o di censio.

La Report Card Italia fa il punto della situazione, evidenziando i risultati raggiunti e delineando gli ostacoli che si frappongono al conseguimento degli obiettivi. Il documento pone un accento evidente sulle questioni pratiche (la preparazione della classe medica, la disponibilità di risorse pubbliche) e contiene implicitamente un richiamo all'azione nei confronti di tutti gli attori coinvolti nella gestione del problema. La Report Card Italia si affianca opportunamente alla recente pubblicazione della Milan Charter on Urban Obesity, un documento nato da un'iniziativa italiana e adottato a livello europeo (1). La Milan Charter sottolinea come l'ambiente urbano rappresenti un fattore determinante per lo sviluppo dell'obesità e propone una serie di principi destinati a guidare le azioni degli operatori sanitari, degli amministratori e delle autorità politiche nella riqualificazione dell'ambiente, nello sviluppo delle strategie di prevenzione, nell'abolizione dello

FOR UNDERSTANDING
EVERY BODY

stigma sociale e nella facilitazione dell'accesso alle cure per le persone affette da obesità.

Tra gli attori coinvolti nell'implementazione di queste politiche, la Società Italiana dell'Obesità è chiamata a svolgere un ruolo di primo piano, in quanto espressione della multidisciplinarietà alla base della gestione clinica dell'obesità e accreditata interlocutrice sotto l'aspetto scientifico. Tra i suoi compiti principali rientrano la costante revisione delle linee guida, l'aggiornamento professionale, lo sviluppo di proposte per l'inserimento dell'obesità nel piano nazionale delle malattie croniche e il conseguente adeguamento dei livelli essenziali di assistenza.

Carruba MO, Busetto L, Bryant S, Caretto A, Farpour-Lambert NJ, Fatati G, Foschi D, Giorgino F, Halford JCG, Lenzi A, Malfi G, O'Malley G, Napier D, Santini F, Sbraccia P, Spinato C, Woodward E, Nisoli E. The European Association for the Study of Obesity (EASO) Endorses the Milan Charter on Urban Obesity. *Obes Facts*. 2021 Jan 26:1-6.



Prof. Luca Busetto,

Dipartimento di Medicina dell'Università degli Studi di Padova

Co-Chairman della Obesity Management Task Force della European Association for the Study of Obesity.

**OBESITY
AFFECTS
EVERY
BODY**

La pubblicazione da parte della World Obesity Federation della Report Card dedicata all'Italia attualizza e conferma l'importanza che l'obesità ha nel nostro paese, sia in termini di prevalenza nella popolazione, sia per quanto riguarda le ricadute sulla salute dei cittadini, sia per quanto attiene i costi generati per il Servizio Sanitario Nazionale. Tale situazione, pur in presenza di alcune peculiarità nazionali, si iscrive in un quadro Europeo sostanzialmente omogeneo e rappresenta un ulteriore peggioramento rispetto al passato.

L'obesità è quindi una patologia epidemica in peggioramento in cui gli interventi di prevenzione, fino ad ora, si sono dimostrati inefficaci perché basati sul paradigma della responsabilità personale. In questa ottica il soggetto ingrassa perché adotta per scelta comportamenti non salutari e non rispetta le raccomandazioni di prevenzione. Al contrario gli esperti sono oggi concordi sul fatto che l'obesità è una condizione complessa che deriva dall'interazione di fattori genetici, psicologici e ambientali. Una efficace prevenzione deve essere quindi articolata su base sistematica e non poggiare esclusivamente sulla responsabilità individuale del cittadino.

In molti casi, purtroppo, la persona con obesità è anche vittima anche di uno stigma clinico che lo discrimina nell'accesso alle cure e ai trattamenti. A livello globale molti sistemi sanitari, sia pubblici che privati, non offrono per il paziente con obesità lo stesso livello di assistenza che viene erogato per altre malattie croniche (come il cancro, il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie reumatiche). In Italia, l'accesso all'educazione terapeutica e a programmi intensivi di modifica dello stile di vita è limitato nel sistema sanitario nazionale per il paziente con obesità, scarsa è l'offerta pubblica di

programmi di terapia cognitivo-comportamentale, nessuno dei farmaci disponibili con specifica indicazione nella terapia dell'obesità è rimborsato dal sistema sanitario nazionale, e infine l'accesso alla terapia chirurgica bariatrica, secondo percorsi terapeutici che garantiscono un follow-up multidisciplinare, è molto difficile soprattutto in alcune aree del paese. La presenza di questa discrepanza nella disponibilità di cure adeguate tra obesità ed altre patologie croniche appare ingiustificabile in base ai dati oggi presentati ed è indifendibile dal punto di vista etico e sociale.



Paolo Sbraccia

Vice Presidente IBDO Foundation

La fotografia fornita dalla World Obesity Federation (WOF) attraverso l'ultimo "Report Card Italy" è ricca di spunti e di chiaro-scuri per tentare di comprendere meglio l'impatto dell'obesità sulla nostra società in genere e sul sistema sanitario in particolare. La stima del raggiungimento, nel 2025, di una prevalenza di obesità che lambirebbe il quarto dell'intera popolazione è un segnale di allarme da prendere in seria considerazione. E se da un lato si può esprimere una cauta soddisfazione per il lieve decremento della prevalenza dell'obesità infantile, il progressivo invecchiamento della popolazione con valori di prevalenza combinata sovrappeso-obesità negli over 55enni che lambiscono il 70% costituisce un dato che, sommato alla polipatologia dell'anziano, rappresenta uno dei principali elementi per paventare una "tempesta perfetta" sanitaria.

Molti i dati sugli stili di vita nel documento della WOF, ma certamente un'attenzione particolare va posta sui dati della prevalenza delle neoplasie maligne obesità-relate; questo è certamente un punto che merita di essere affrontato attraverso il finanziamento di progetti di ricerca tesi a comprendere i fondamenti patogenetici.

Tutto questo ci riporta alle stringenti esigenze di innalzare le capacità di contrasto all'obesità. Al di là dei programmi di sensibilizzazione e prevenzione, l'elevato numero di persone affette da obesità richiede che essa venga inserita quanto prima nella lista delle malattie croniche e, conseguentemente, nel piano nazionale della cronicità. Inoltre, la presa in carico della persona con obesità deve prevedere che i centri per la sua cura soddisfino tutti i criteri di appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa.

La tremenda pandemia di Covid-19 ha rappresentato uno stress test dal quale è emerso che

**EVERY
BODY
NEEDS
A
HEALTHY
FUTURE**

l'obesità è, insieme all'età, il fattore di rischio indipendente più importante per insufficienza respiratoria grave e per mortalità. Ed è stridente come, ciononostante, durante la pandemia l'accesso alle cure delle persone con obesità sia stato fortemente ostacolato.

La WOF, alla fine del suo documento ci dà i voti; ed insieme ad alcuni apprezzamenti (p. es. approvazione della mozione sul riconoscimento dell'obesità come malattia e disponibilità di linee guida specifiche) ci sono ancora troppe insufficienze e barriere ad una gestione efficace di questa malattia: non rimborsabilità di molti trattamenti, esclusione nei corsi di studio di Medicina di un insegnamento specifico, influenza dell'industria alimentare, stigma, carenza di centri specializzati. Auspiciamo fortemente che al prossimo appuntamento alcune di queste carenze vengano sanate e le persone con obesità possano guardare al loro futuro con maggiore ottimismo.



AWAWARENESS

for EVERY BODY...

...Means happier, healthier and
longer lives for **EVERYBODY**

For healthier and longer
lives, we must provide
the best nutritional
environment possible.

DECLARATION

Global Obesity Forum Declaration Obesity and the Covid-19 pandemic

The Covid-19 pandemic has shown that a societal, worldwide response to a disease is possible. Covid-19 has also exposed the imperative to address other global health challenges such as obesity¹. Evolving evidence on the close association between Covid-19 and underlying obesity provides a new urgency - and inspiration - for political and collective action.

Obesity is a disease that does not receive prioritisation commensurate with its prevalence and impact, which is rising fastest in emerging economies. It is a gateway to many other non-communicable diseases and mental-health illness and is now a major factor in Covid-19 complications and mortality. There is a window of opportunity to advocate for, fund and implement these actions in all countries to ensure better, more resilient and sustainable health for all, now and in our post-Covid-19 future.

This Declaration is inspired by calls from the World Health Organization ([link](#)), the United Nations ([link](#)) and the OECD ([link](#)) to 'build back better' from Covid-19, to improve the health of people and planet. It reflects a consensus reached at the 2020 Global Obesity Forum.

A ROOTS approach

On World Obesity Day 2020, the global obesity community came together to acknowledge the complexity of obesity and to develop the ROOTS framework ([link](#)), which sets out an integrated, equitable, comprehensive and person-centred approach to addressing obesity. Building on the ROOTS framework, this Declaration sets out recommendations for immediate action across the obesity spectrum from prevention to treatment, within the context of Covid-19:

Recognise that obesity is a disease in its own right as well as a risk factor for other conditions, including significantly worsening the outcomes of Covid-19 infection.

We call for:

- people living with obesity to be included among the groups prioritised for testing and vaccination ;
- spaces in which people living with obesity receive Covid-19 care to be appropriately equipped, with trained health workers free from weight bias, who have knowledge on the complexity of obesity and obesity care needs;
- the recognition that, in many contexts, Covid-19 and obesity are linked through inequity/health disparities, and strategies to address both diseases should adopt a social determinants of health approach.

Obesity monitoring and surveillance must be enhanced to strengthen effective strategies for preventing and treating obesity.

We call for:

- population-wide monitoring to assess how Covid-19 has affected the risk factors for and prevalence of obesity;
- monitoring of availability and accessibility to nutritionally adequate food supplies, especially among populations vulnerable to Covid-19 including those with obesity;

¹ We define obesity as: ***a chronic, relapsing, progressive disease resulting from complex interactions between biological and psychosocial factors in obesogenic environments.***

Declaration: The response to Covid-19

- monitoring the impact of policies and restrictions to limit the spread of Covid-19 for their impact on people with obesity;
- monitoring of compliance with the international Code and resolutions on marketing of breastmilk substitutes, as there is evidence of violations occurring.

Obesity prevention strategies must be developed, tested and implemented across the life course, from pre-conception, through childhood, and into older age.

We call for:

- primary and secondary obesity prevention efforts to be continued and enhanced for all without discrimination, as a critical means to increase population resilience to pandemics;
- co-creation and implementation of policies to reduce childhood obesity, working with young people and acknowledging that, for many children, Covid-19 control measures have increased risk;
- equity-based obesity prevention strategies focusing on populations most affected by the Syndemic interactions between Covid-19, poverty and race.

Treatment of obesity – including behavioural, pharmacological, digital, nutritional, physical-activity based and surgical interventions – should be accessible to all people with obesity.

We call for:

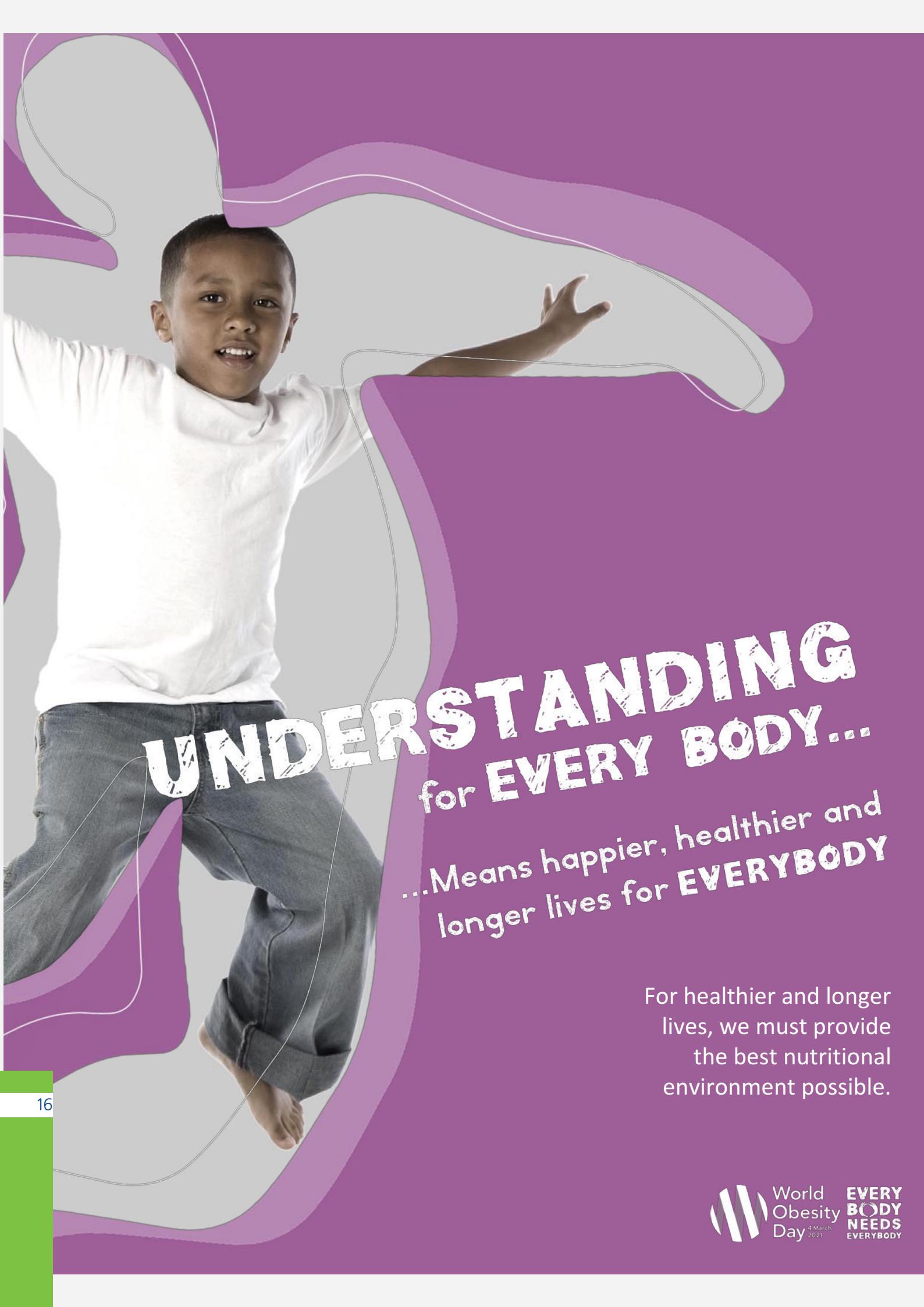
- routine obesity treatment and management services not to be restricted during Covid-19, but instead invested in and prioritised to enhance equitable access;
- development of novel treatment strategies (for example, tele-medicine) to include solutions co-created with the participation of people living with obesity, including those with long Covid.

Systems-based approaches should be applied to the treatment and prevention of obesity. In the recovery from Covid-19, we call for action across the following systems:

- **Health:** Cost-effective community-based prevention, including monitoring and screening should be integrated with clinical pathways for secondary prevention, obesity management and treatment.
- **Food:** National and local government-led action and incentives to pivot food systems towards sustainable growth models, focusing on ‘triple win’ policy solutions to address the Global Syndemic of over- and undernutrition and climate change.
- **Transport:** Investment in active transport systems to promote physical and mental health, while reducing Covid-19 transmission risk and mitigating climate change.
- **Water and sanitation:** Universal access to clean water, especially in countries where sugar-sweetened beverages may be more widely available than safe drinking water.
- **Education:** Provision of nutritious school meals, particularly for socioeconomically disadvantaged children, and the replacement of such meals when schools are closed; increased physical education.
- **Economic:** Novel investment from global health donors and multilateral institutions to address the rising cost of obesity in lower income countries.

Signatories/logos:

NB signature organisation logos will be included at either the top or bottom of the document TBC



UNDERSTANDING for EVERY BODY...

...Means happier, healthier and
longer lives for **EVERYBODY**

For healthier and longer
lives, we must provide
the best nutritional
environment possible.

UNDERSTANDING

Report card

Italy

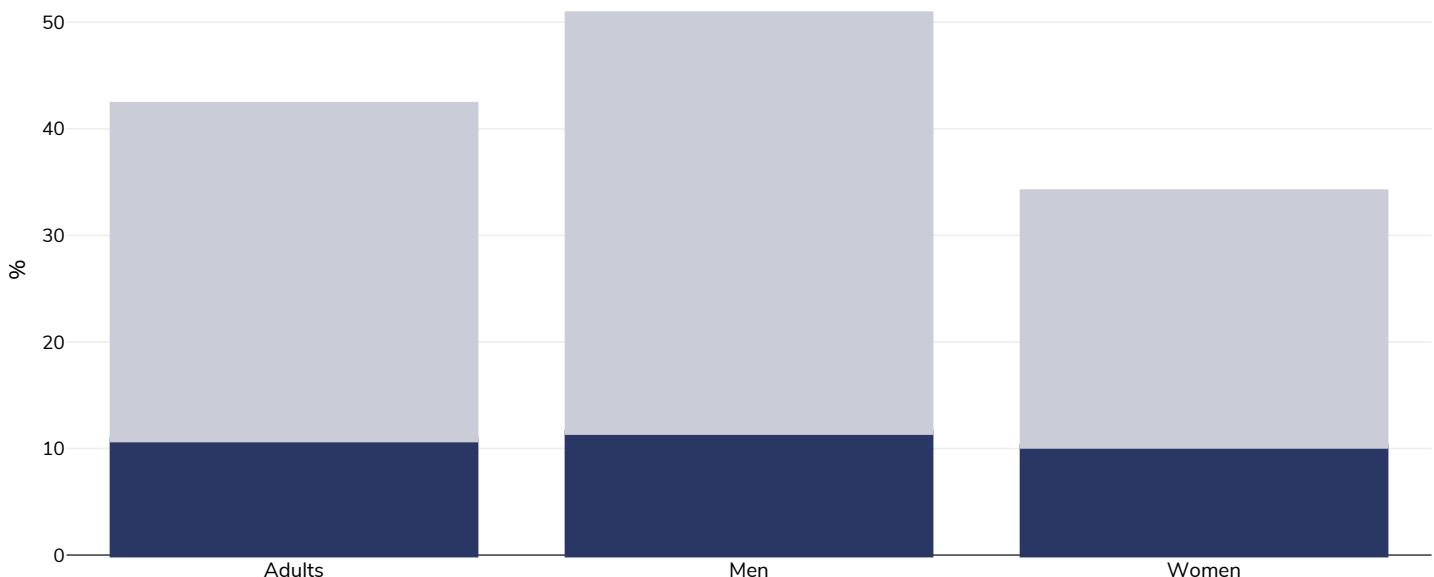


Contents	Page
Obesity prevalence	2
Trend: % Children living with overweight or obesity in Italy 2008-2019	4
Overweight/obesity by age and education	5
Overweight/obesity by education	7
Overweight/obesity by age	9
Overweight/obesity by region	11
Overweight/obesity by age and region	13
Overweight/obesity by age and socio-economic group	15
Overweight/obesity by socio-economic group	18
Insufficient physical activity	21
Sugar consumption	27
Estimated per-capita sugar sweetened beverages intake	28
Prevalence of at least daily carbonated soft drink consumption	29
Prevalence of confectionery consumption	30
Prevalence of sweet/savoury snack consumption	31
Estimated per-capita fruit intake	32
Prevalence of less-than-daily fruit consumption	33
Prevalence of less-than-daily vegetable consumption	34
Estimated per-capita processed meat intake	35
Estimated per-capita whole grains intake	36
Mental health - depression disorders	37
Mental health - anxiety disorders	38
Oesophageal cancer	39
Breast cancer	41
Colorectal cancer	42
Pancreatic cancer	44
Gallbladder cancer	46
Kidney cancer	48
Cancer of the uterus	50
Raised blood pressure	51
Raised cholesterol	54
Raised fasting blood glucose	57
Diabetes prevalence	59
Health systems	60

Obesity prevalence

Adults, 2016-2019

■ Obesity ■ Overweight

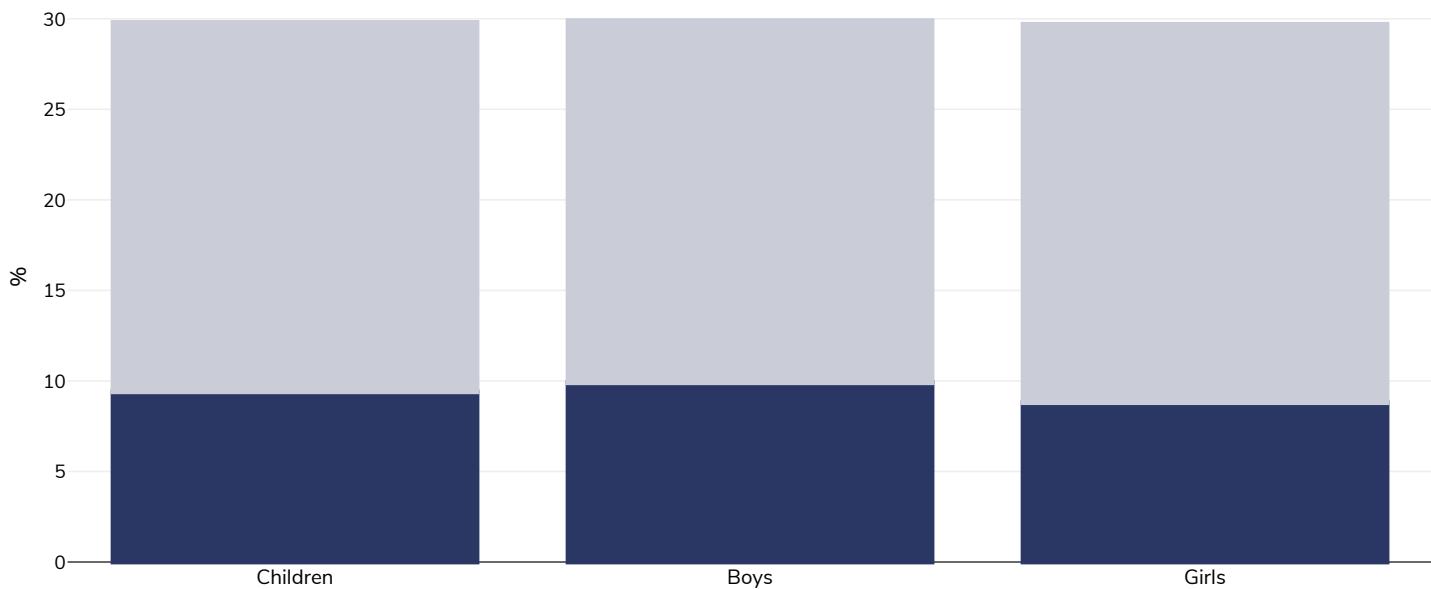


Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	129423
Area covered:	National
References:	PASSI 2016-19. Available at https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrapeso?tab-container-1=tab1 (last accessed on 25.09.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Children, 2019

■ Obesity ■ Overweight



Survey type: Measured

Sample size: 53273

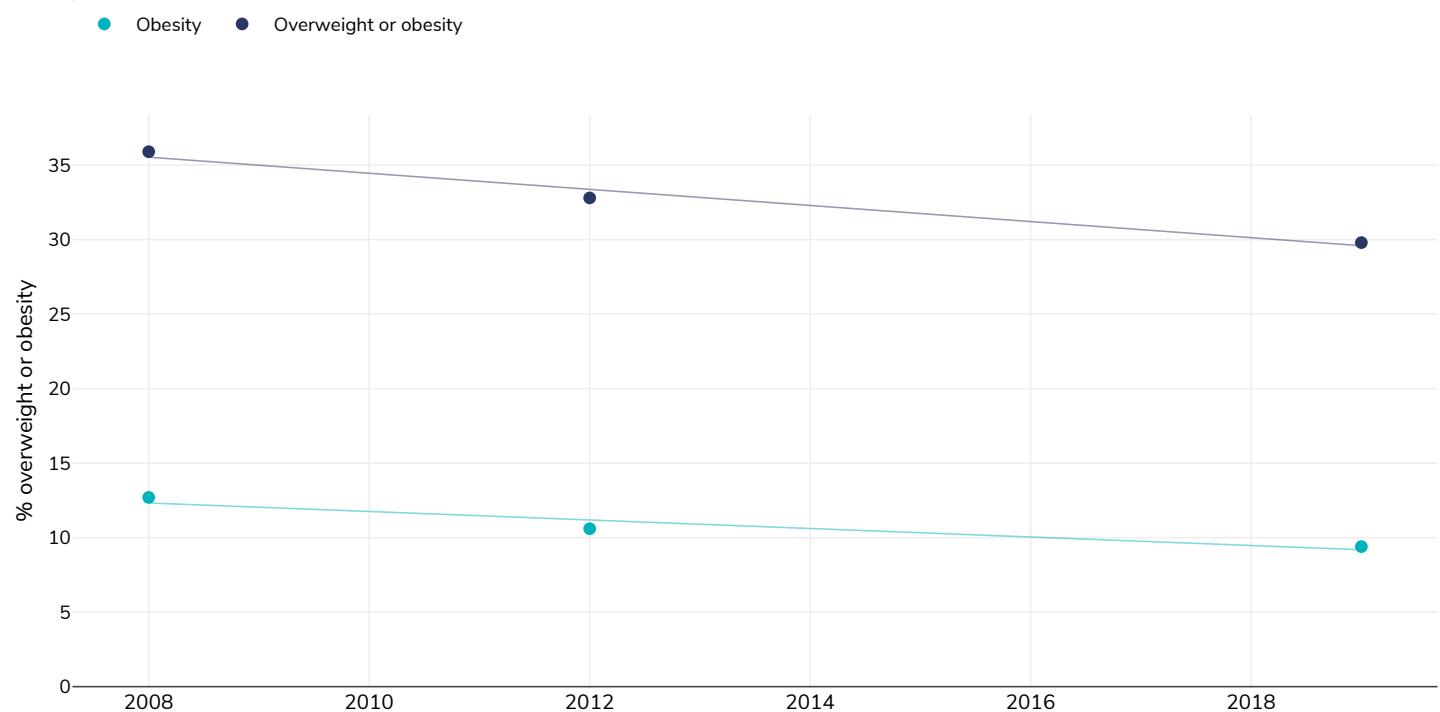
Area covered: National

References: COSI 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati> (Last accessed 10.12.2020)

Cutoffs: IOTF

% Children living with overweight or obesity in Italy 2008-2019

Boys and girls



Survey type:

Measured

References:

2008: Wijnhoven, T. M. A., van Raaij, J. M. A., Spinelli, A., Rito, A. I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskienė, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2012), WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatric Obesity*. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x
 2012: COSI 2012. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/IndagineNazionale2012> (Last accessed 10.12.2020)
 2019: COSI 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati> (Last accessed 10.12.2020)

Definitions:

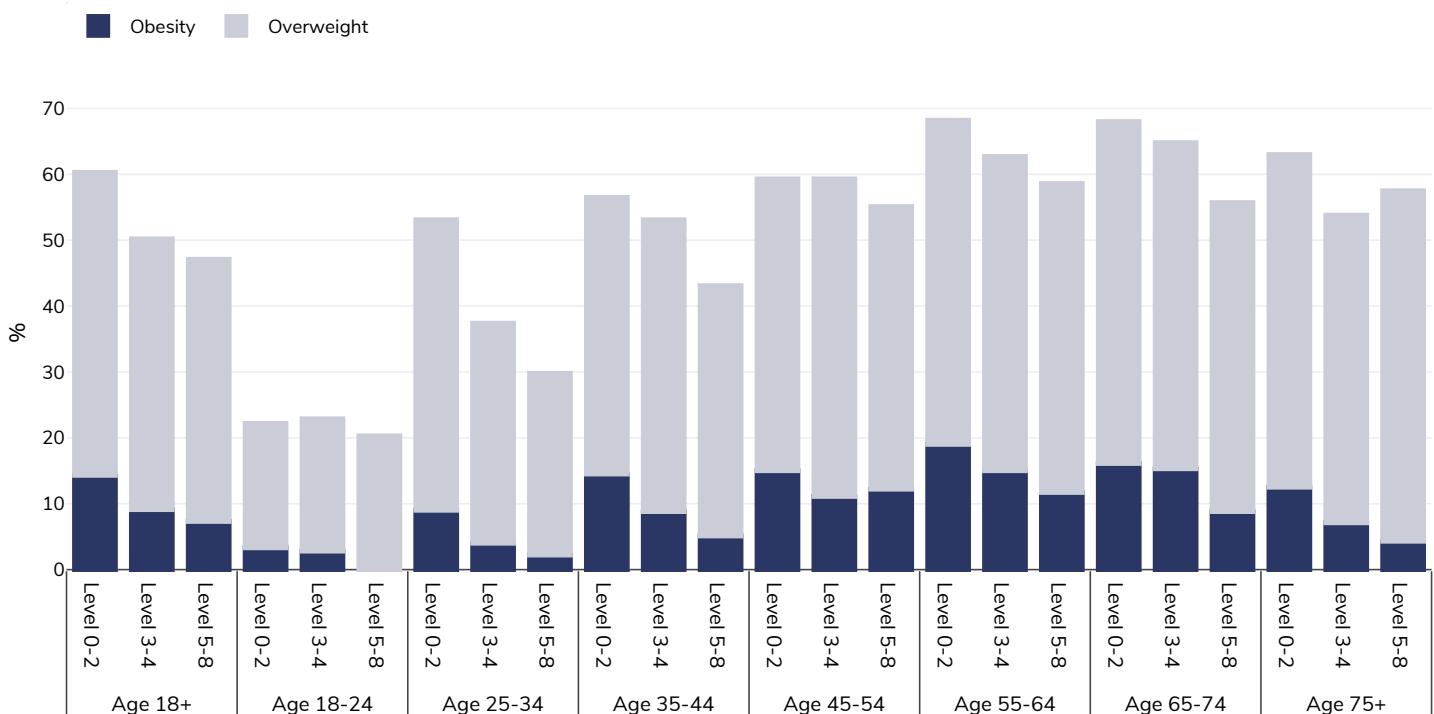
IOTF

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Overweight/obesity by age and education

Men, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

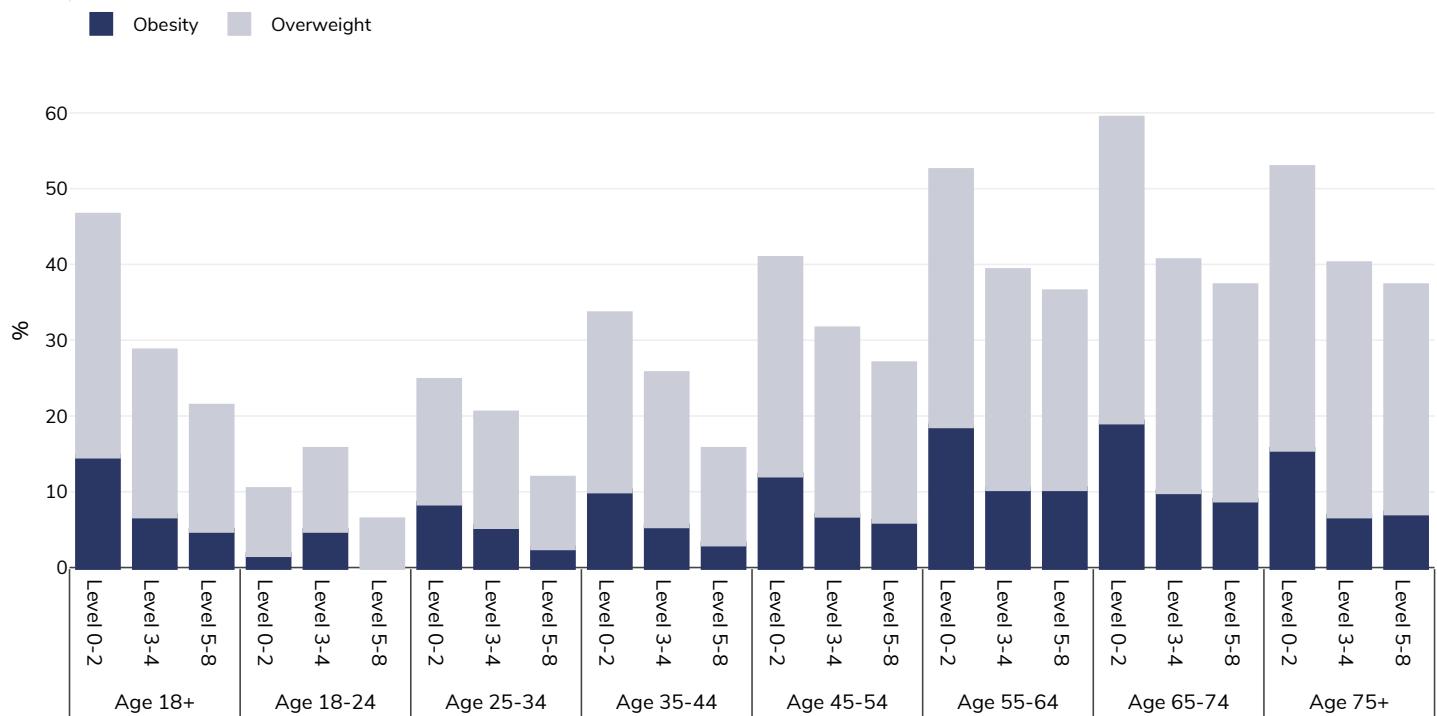
National

References:

Eurostat Eurostat Database:http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hth_ehis_bm1e&lang=en
(last accessed 25.08.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

National

References:

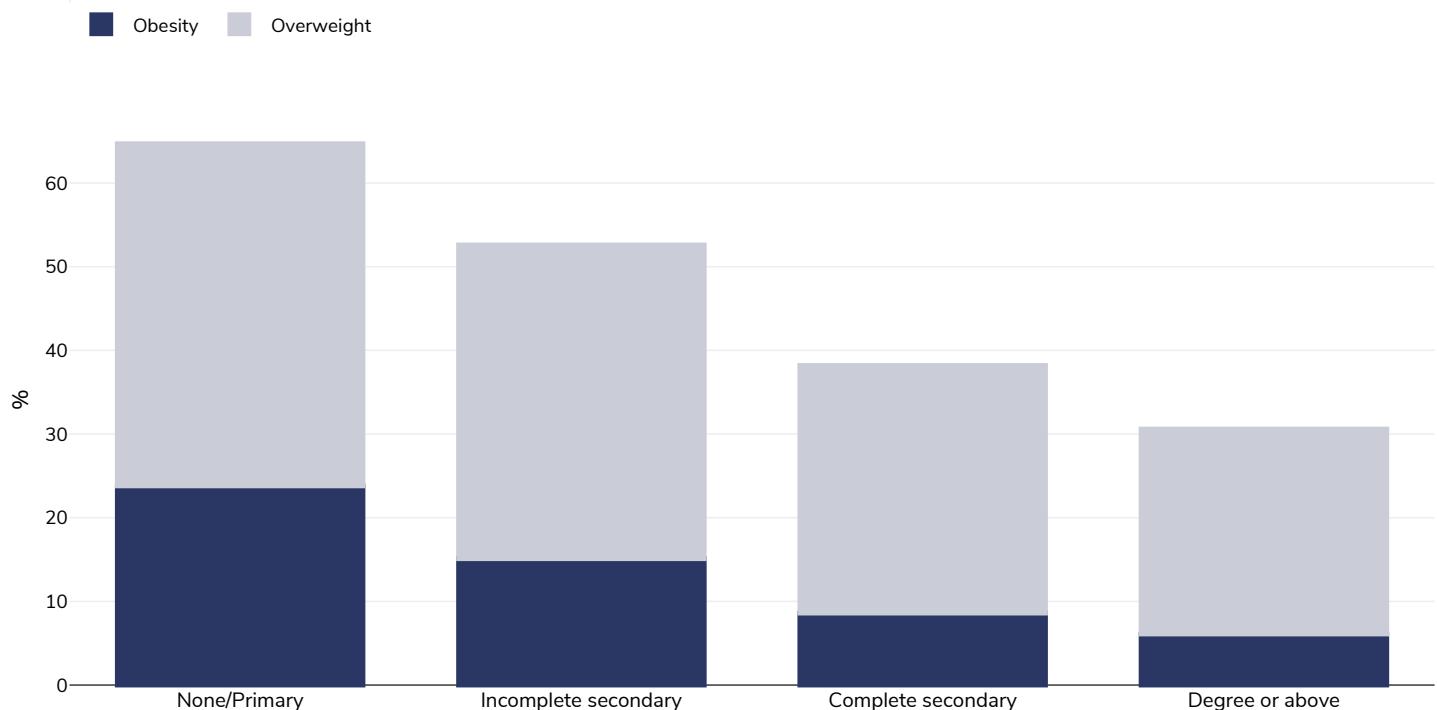
Eurostat Eurostat Database:http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1e&lang=en

(last accessed 25.08.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by education

Adults, 2016-2019

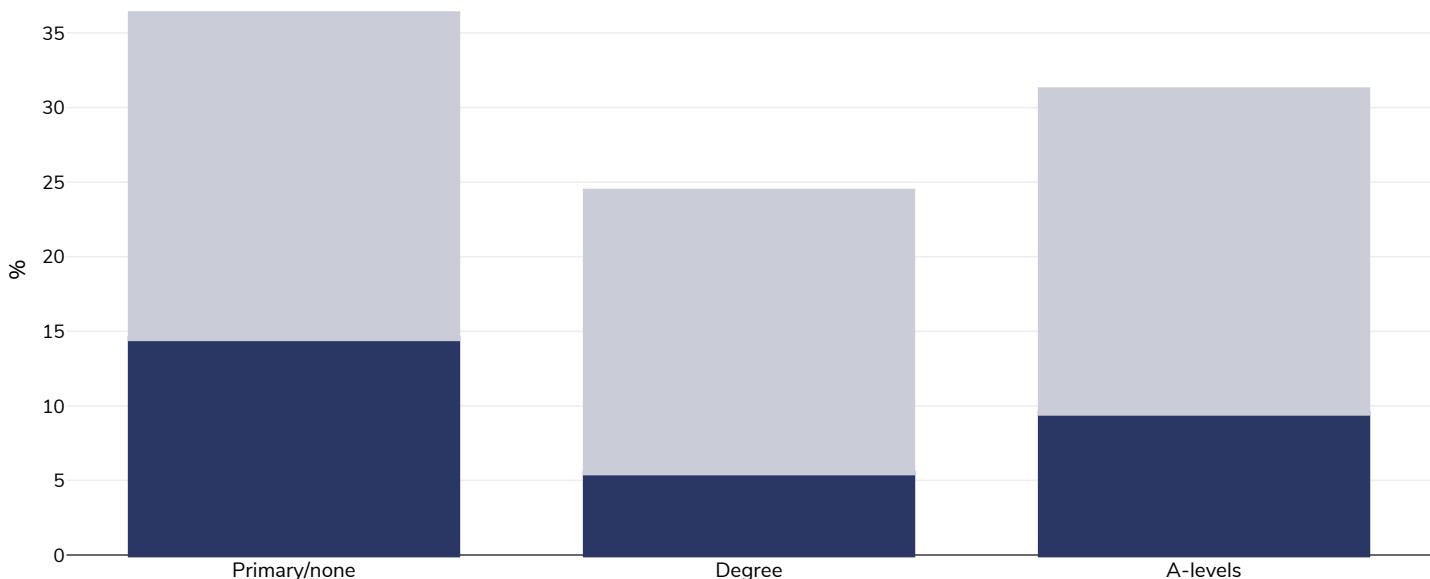


Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	129423
Area covered:	National
References:	PASSI 2016-19. Available at https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrapeso?tab-container-1=tab1 (last accessed on 25.09.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Children, 2014

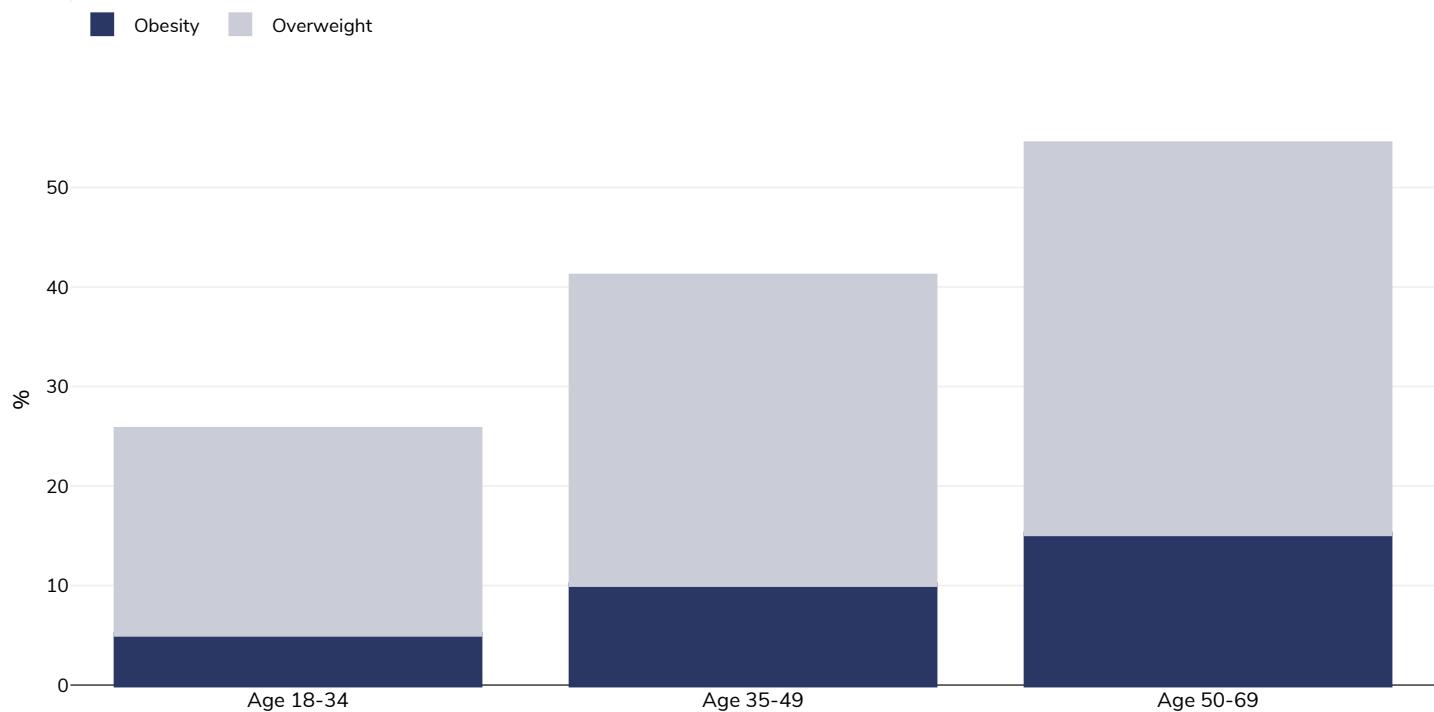
█ Obesity █ Overweight



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	48426
Area covered:	National
References:	P. Nardone, M. Bounchristiano and L. Lauria. OKKIO alla SALUTE: risultati 2014 sugli stili di vita dei bambini. Available at http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1899_listaFile_itemName_3_file.pdf (accessed on 18/05/2015)
Cutoffs:	Other

Overweight/obesity by age

Adults, 2016-2019

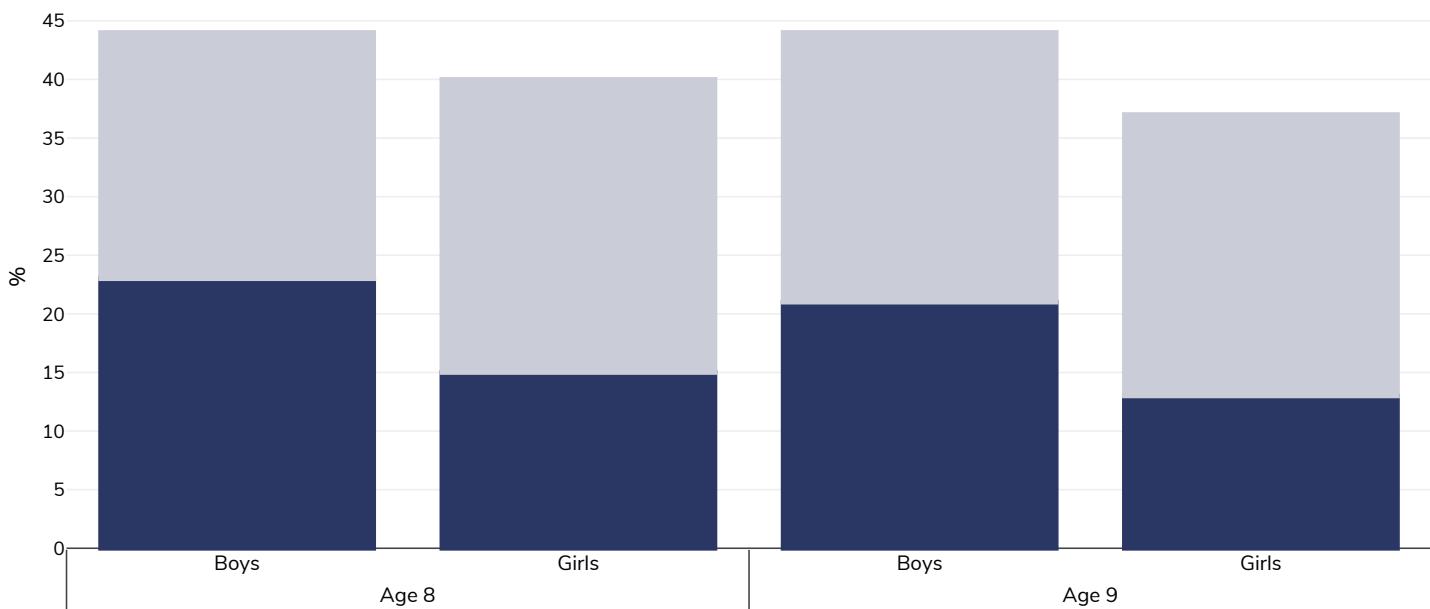


Survey type:	Self-reported
Sample size:	129423
Area covered:	National
References:	PASSI 2016-19. Available at https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrapeso?tab-container-1=tab1 (last accessed on 25.09.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Children, 2012-2013

█ Obesity █ Overweight

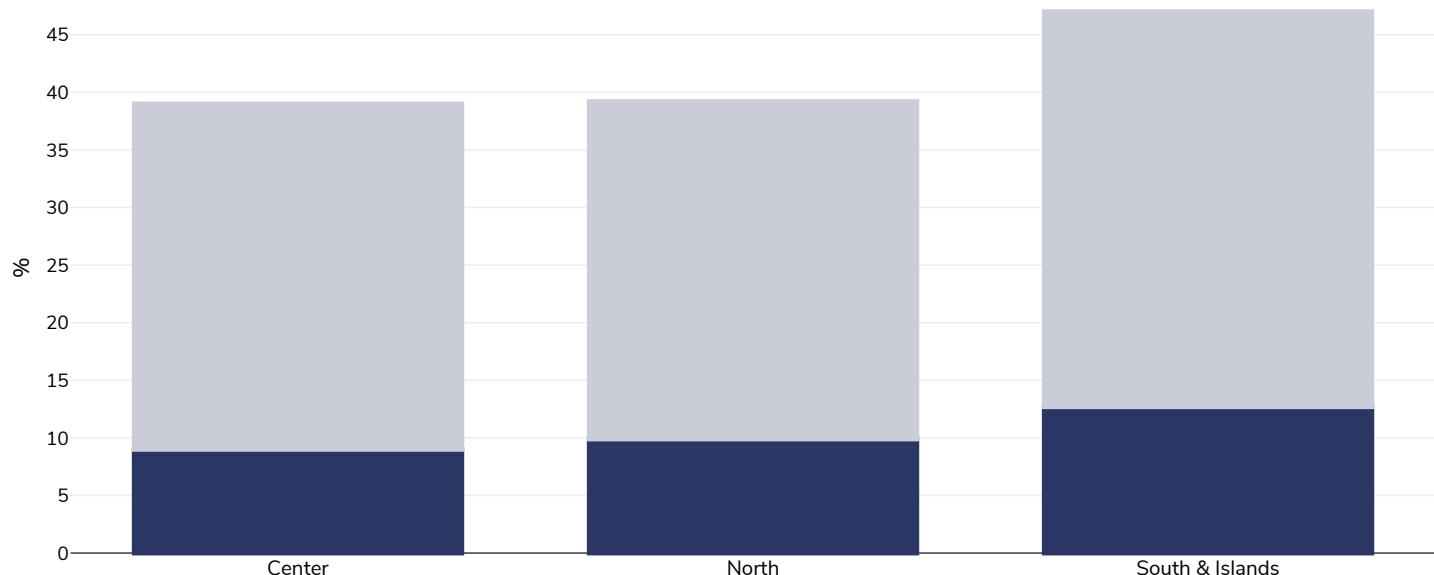


Survey type:	Measured
Sample size:	8yrs 29045 9yrs 16502 Both genders
Area covered:	National
References:	WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf?ua=1 . Last accessed [Accessed 28th Aug 2018].
Notes:	WHO cut-offs used.
Cutoffs:	WHO

Overweight/obesity by region

Adults, 2016-2019

■ Obesity ■ Overweight

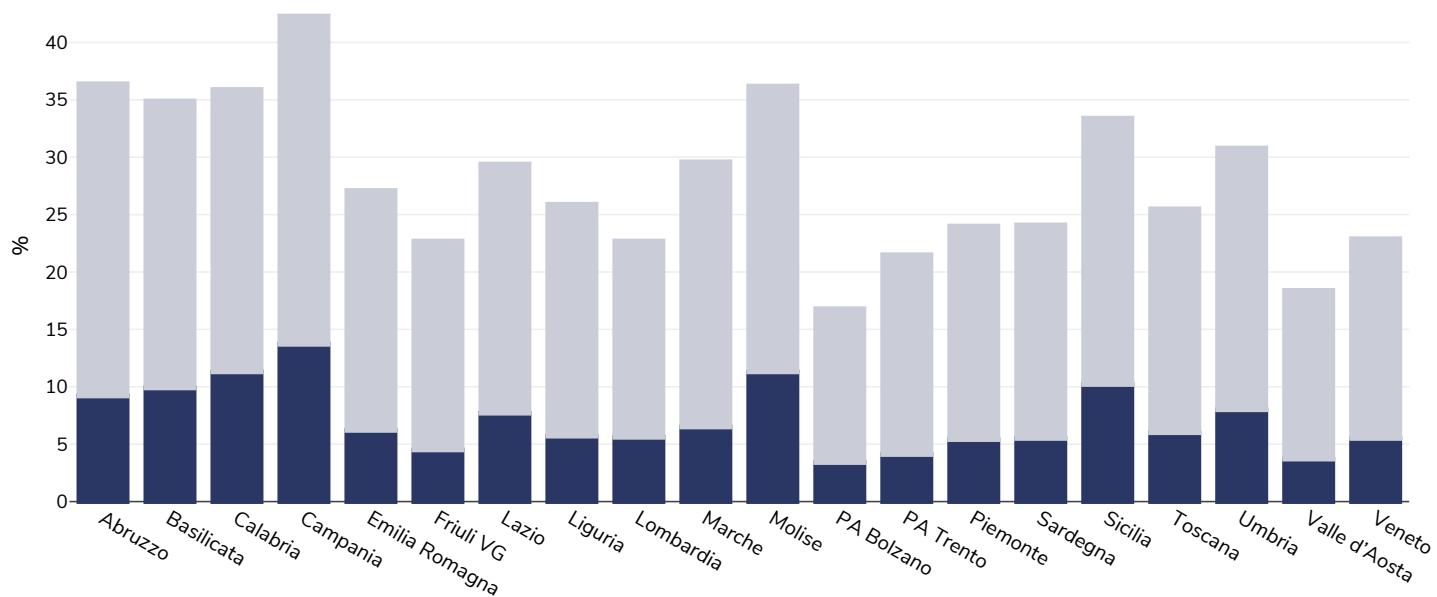


Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	129423
Area covered:	National
References:	PASSI 2016-19. Available at https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrapeso?tab-container-1=tab1 (last accessed on 25.09.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Boys, 2014

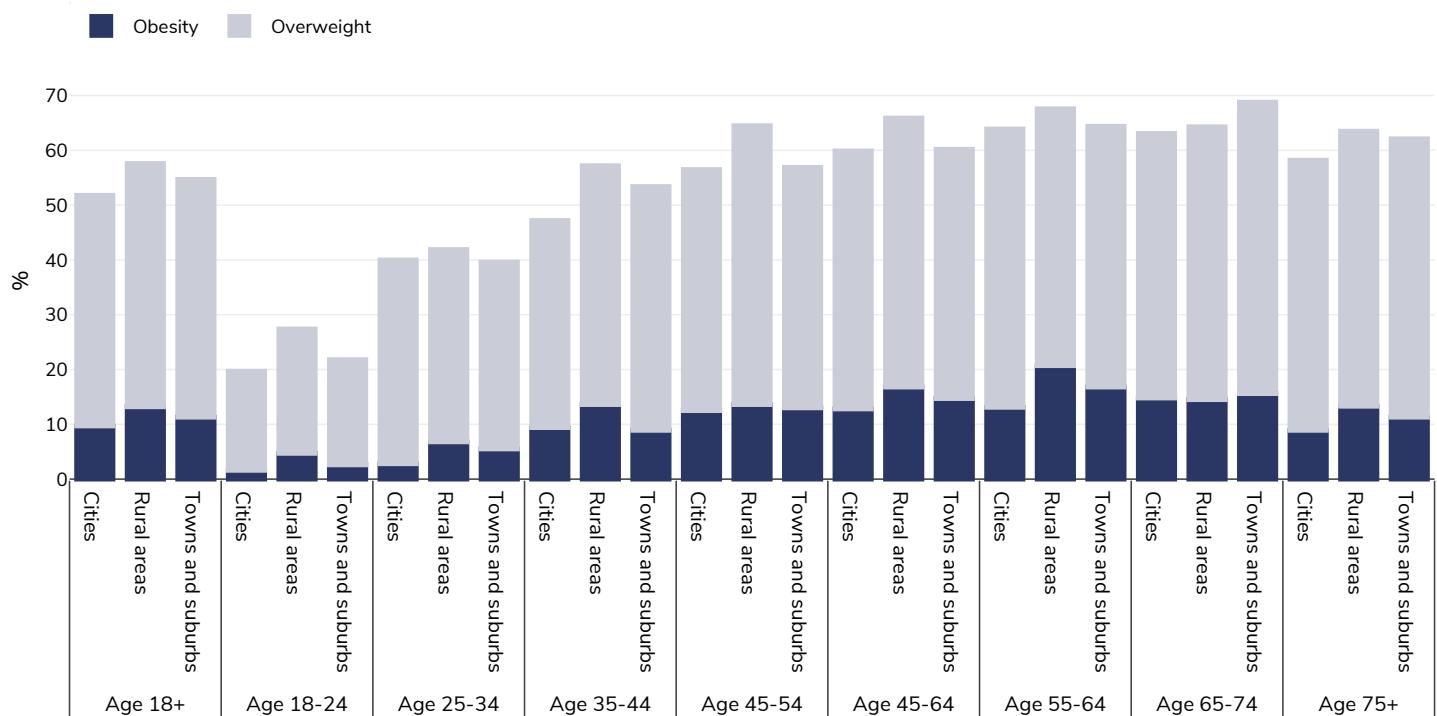
■ Obesity ■ Overweight



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	48426
Area covered:	National
References:	Okkio all Salute
Cutoffs:	Other

Overweight/obesity by age and region

Men, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

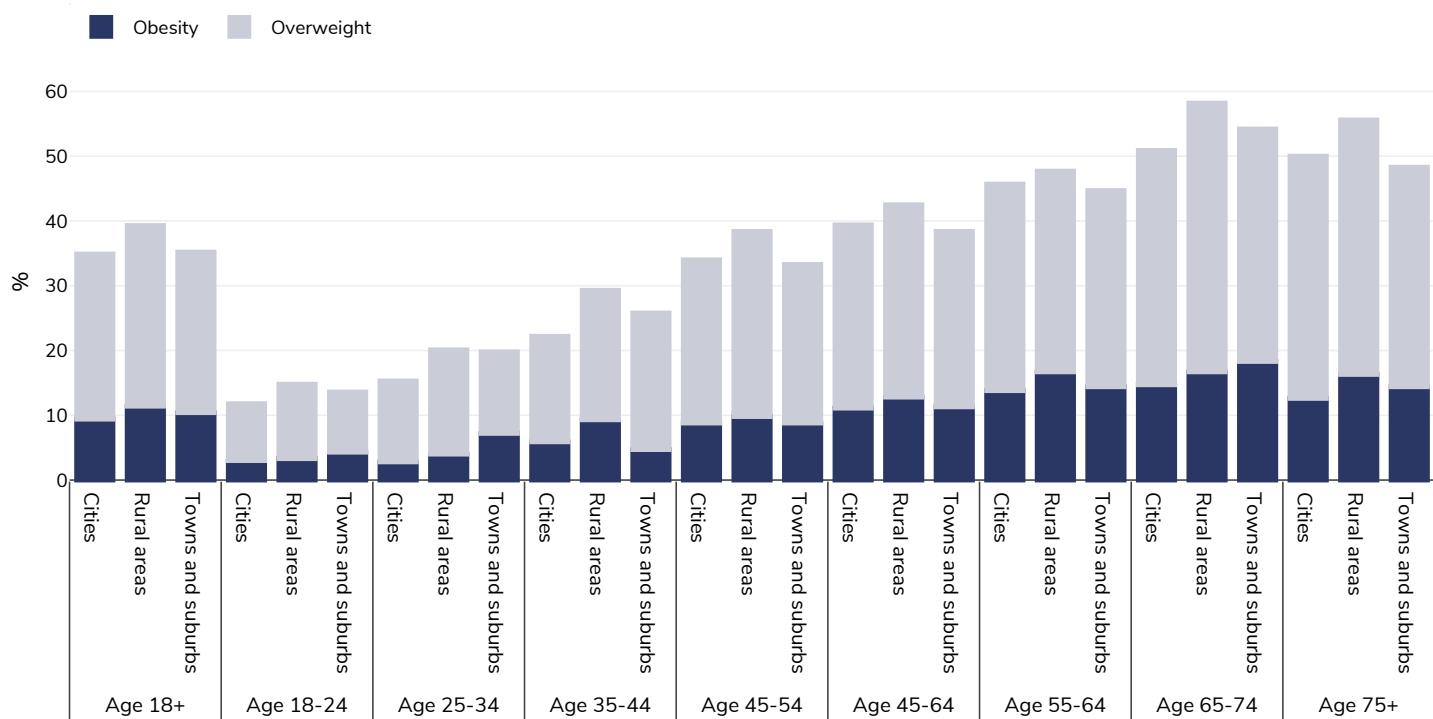
National

References:

Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1u&lang=en (last accessed 10/09/2014)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

National

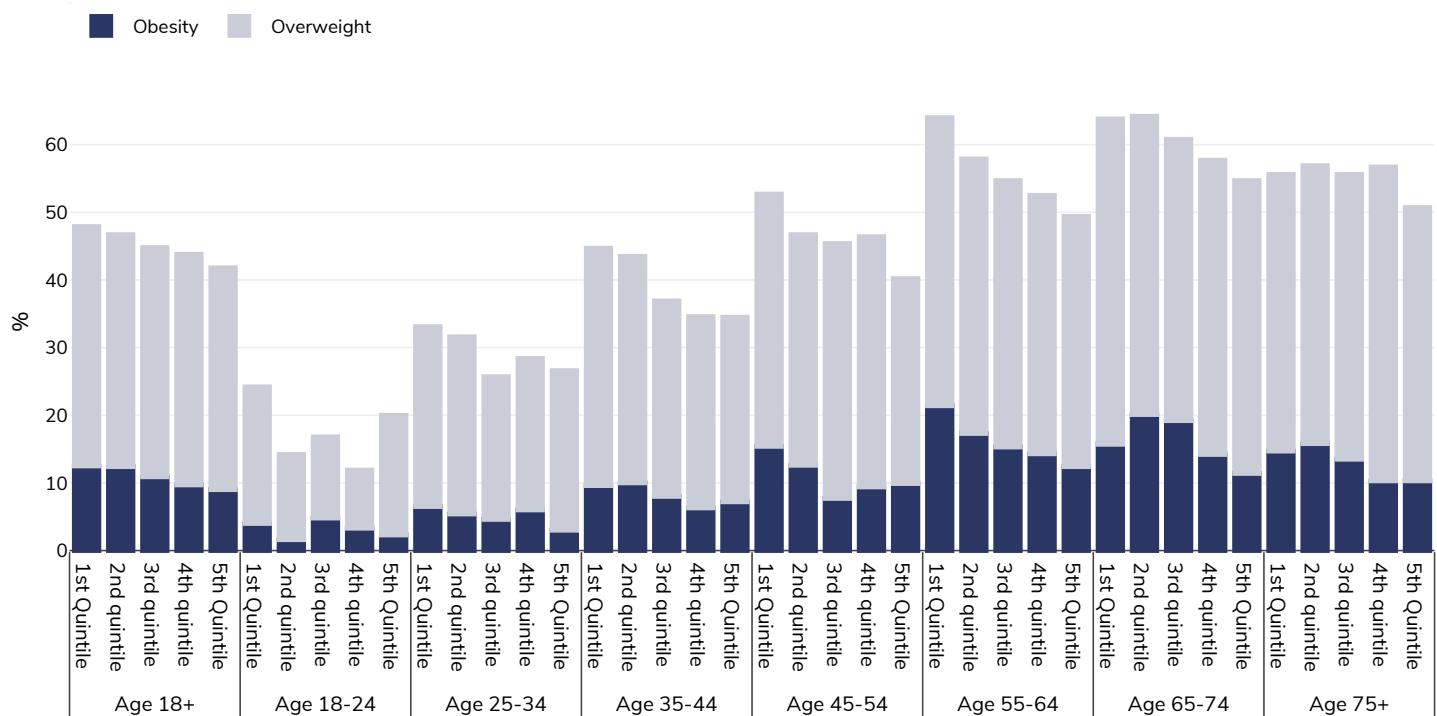
References:

Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1u&lang=en (last acces

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by age and socio-economic group

Adults, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

National

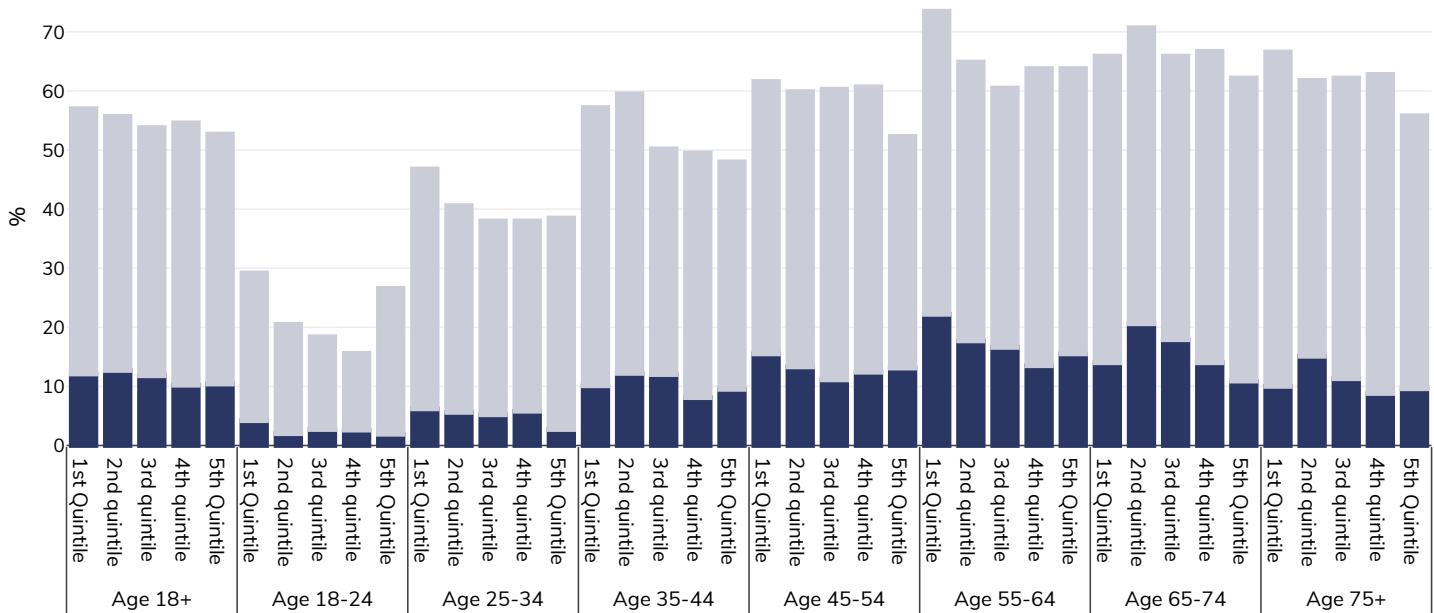
References:

Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2014

█ Obesity █ Overweight



Survey type:

Self-reported

Area covered:

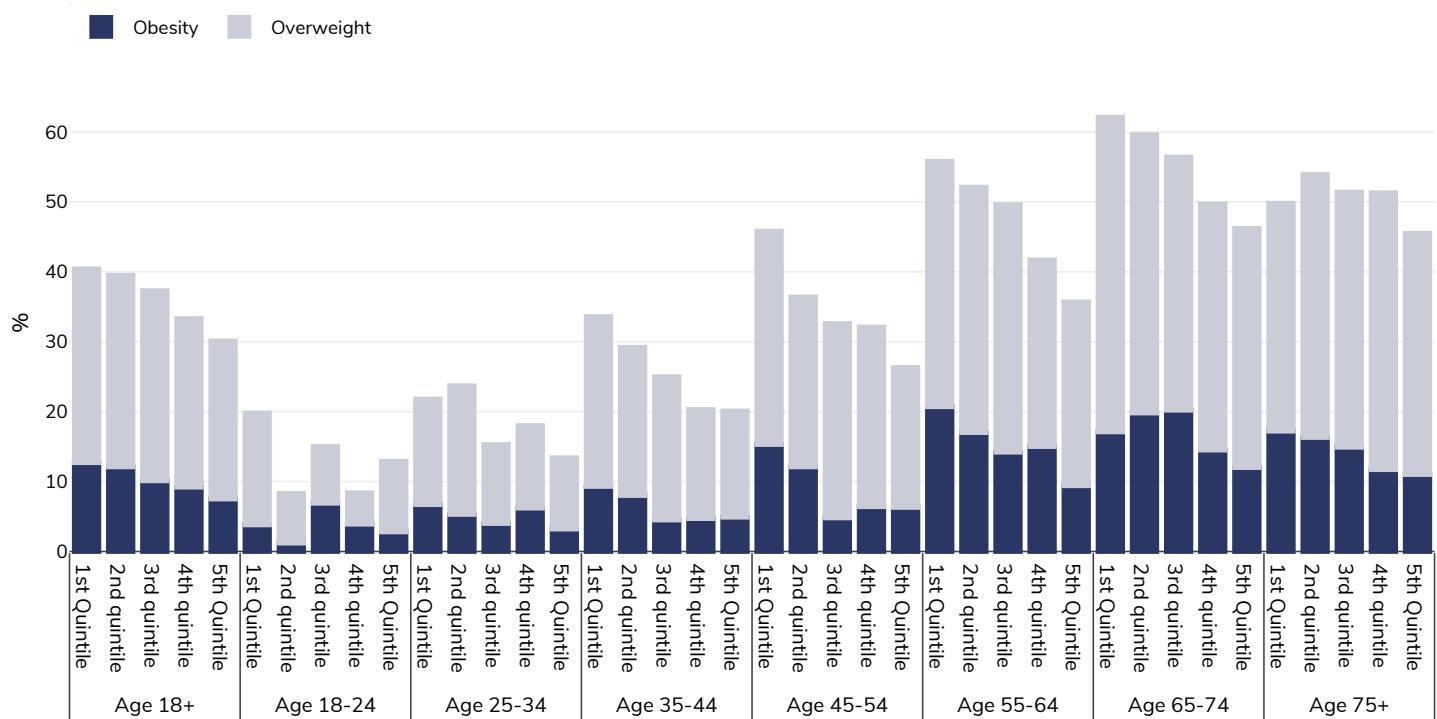
National

References:

Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlt_his_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2014



Survey type:

Self-reported

Area covered:

National

References:

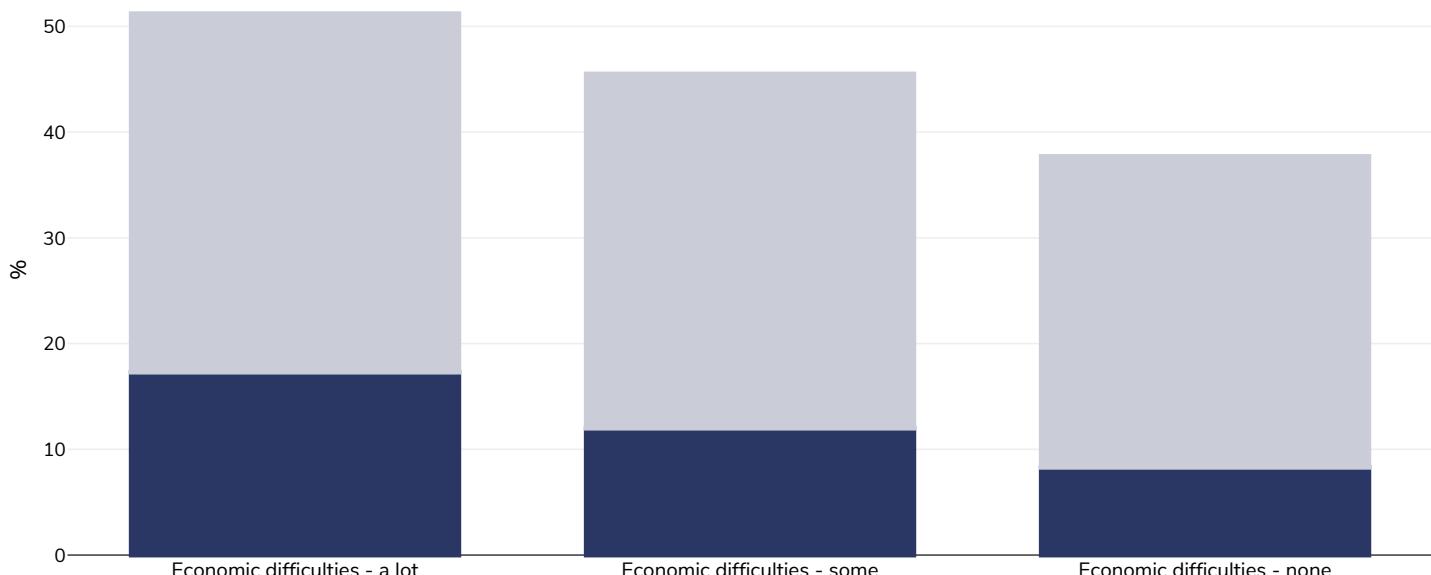
Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlt_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by socio-economic group

Adults, 2016-2019

■ Obesity ■ Overweight

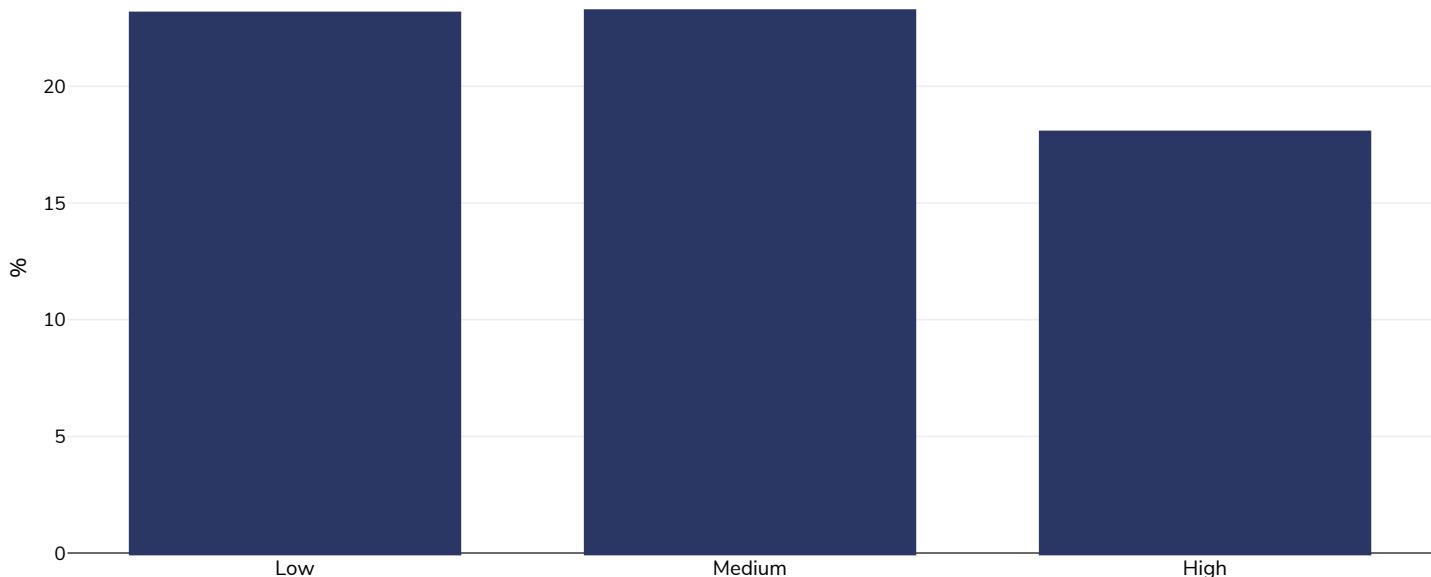


Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	129423
Area covered:	National
References:	PASSI 2016-19. Available at https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrapeso?tab-container-1=tab1 (last accessed on 25.09.20)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Boys, 2014

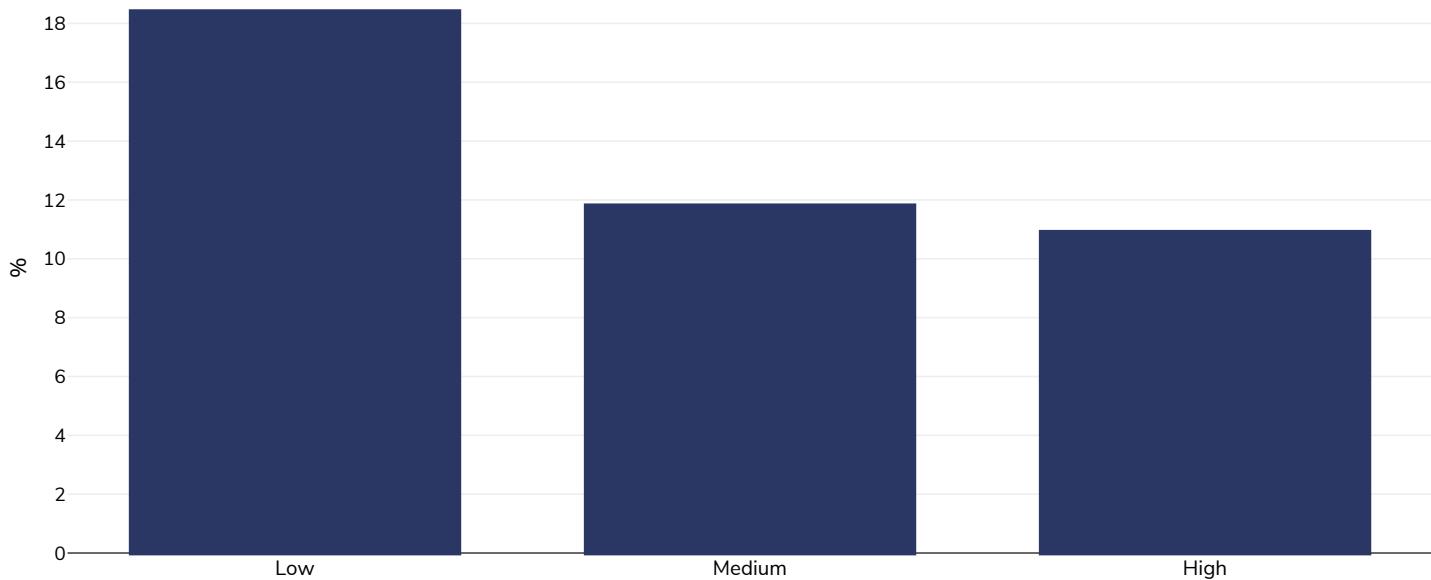
█ Overweight or obesity



Survey type:	Self-reported
Age:	11-15
Sample size:	15035
Area covered:	National
References:	Lazzeri G, Dalmasso P, Berchialla P, Borraccino A, Charrier L, Giacchi MV, Simi R, Lenzi M, Vieno A, Lemma P, Cavallo F. Trends in adolescent overweight prevalence in Italy according to socioeconomic position. Ann Ist Super Sanita. 2017 Oct-Dec;53(4):283-290. doi: 10.4415/ANN_17_04_03.
Notes:	11,13 & 15 Years (12 & 14 yrs not included)
Cutoffs:	Other

Girls, 2014

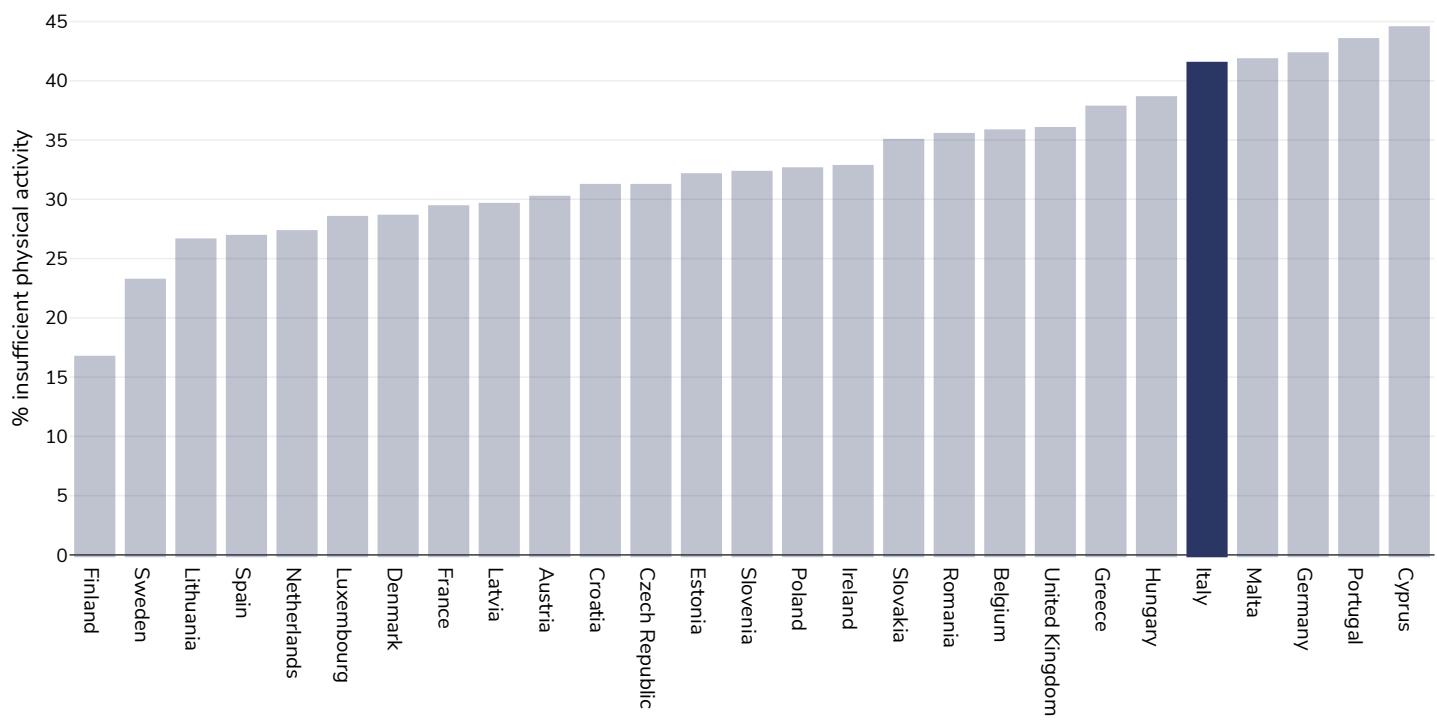
█ Overweight or obesity



Survey type:	Self-reported
Age:	11-15
Sample size:	15035
Area covered:	National
References:	Lazzeri G, Dalmasso P, Berchialla P, Borraccino A, Charrier L, Giacchi MV, Simi R, Lenzi M, Vieno A, Lemma P, Cavallo F. Trends in adolescent overweight prevalence in Italy according to socioeconomic position. Ann Ist Super Sanita. 2017 Oct-Dec;53(4):283-290. doi: 10.4415/ANN_17_04_03.
Notes:	11,13 & 15 Years (12 & 14 yrs not included)
Cutoffs:	Other

Insufficient physical activity

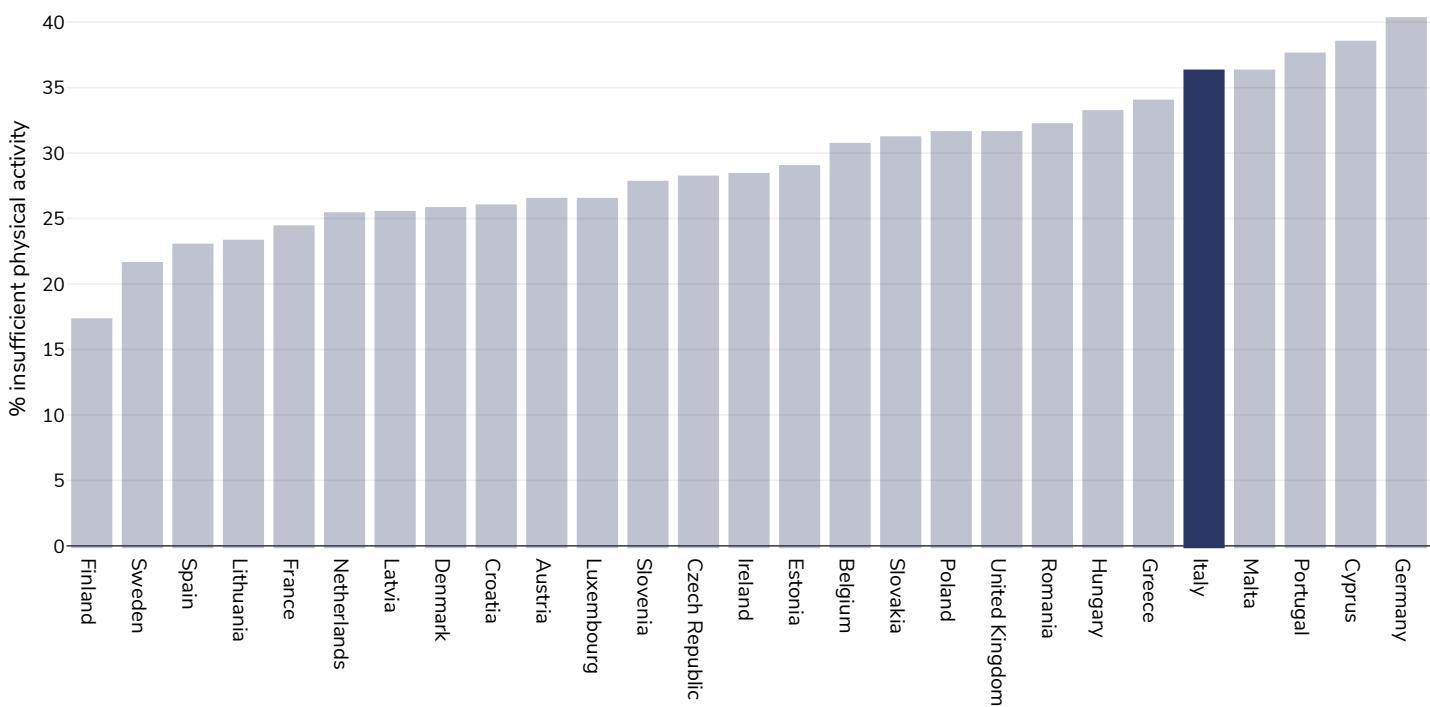
Adults, 2016



References:

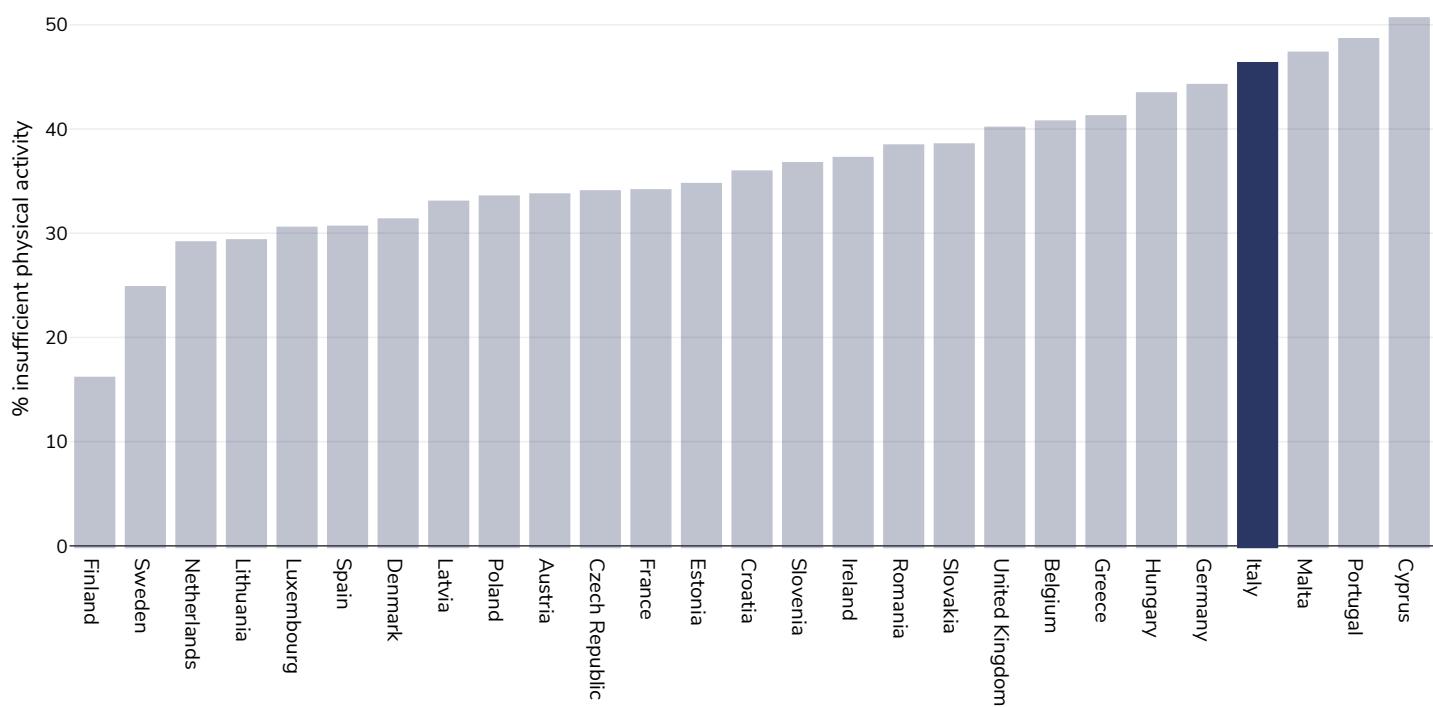
Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

Men, 2016



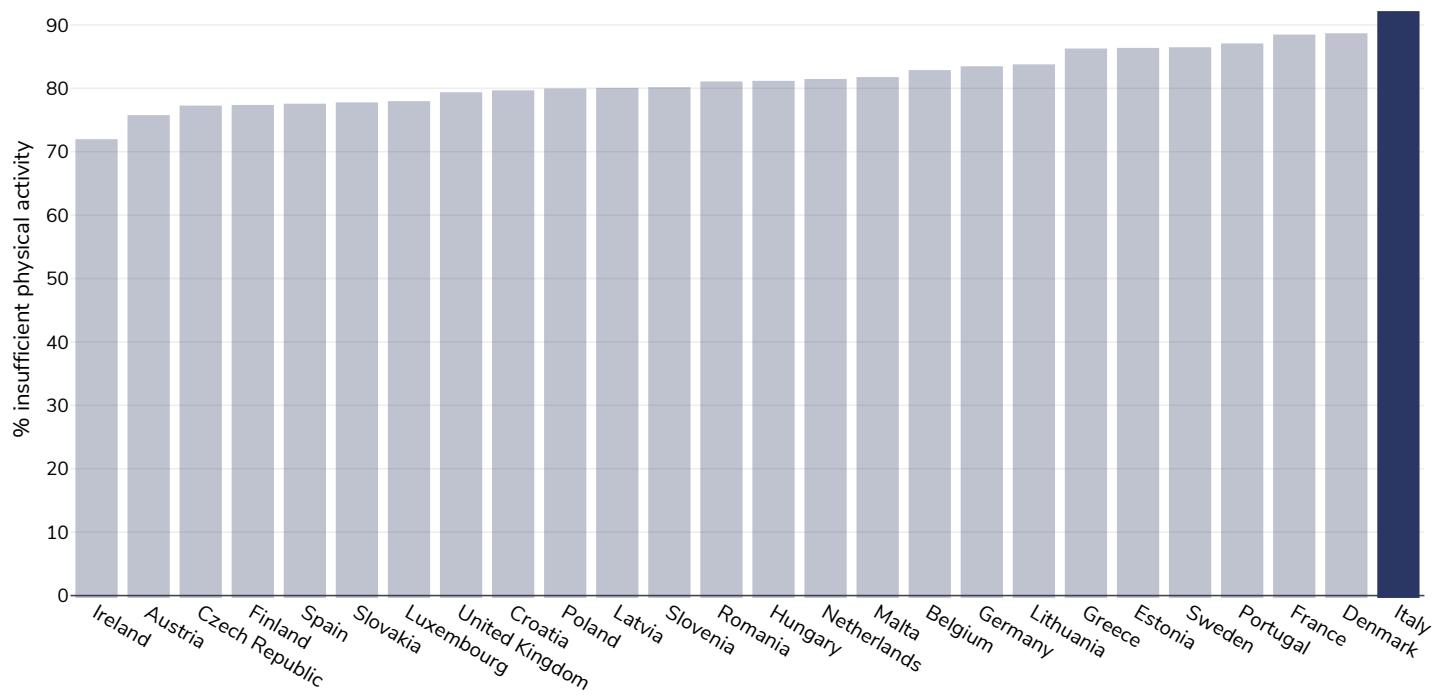
References: Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

Women, 2016



References: Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

Children, 2010



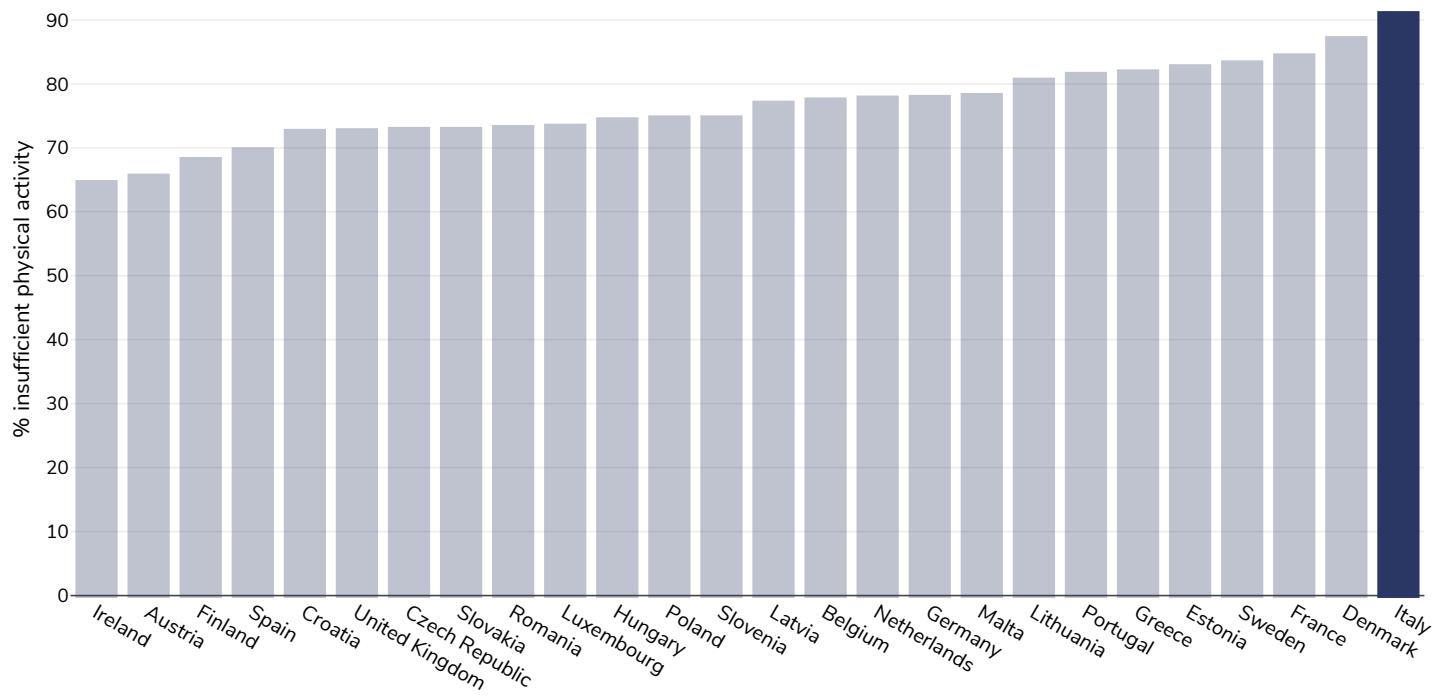
Age: 11-17

References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

Notes: % of school going adolescents not meeting WHO recommendations on Physical Activity for Health, i.e. doing less than 60 minutes of moderate- to vigorous-intensity physical activity daily.

Definitions: % Adolescents insufficiently active (age standardised estimate)

Boys, 2010



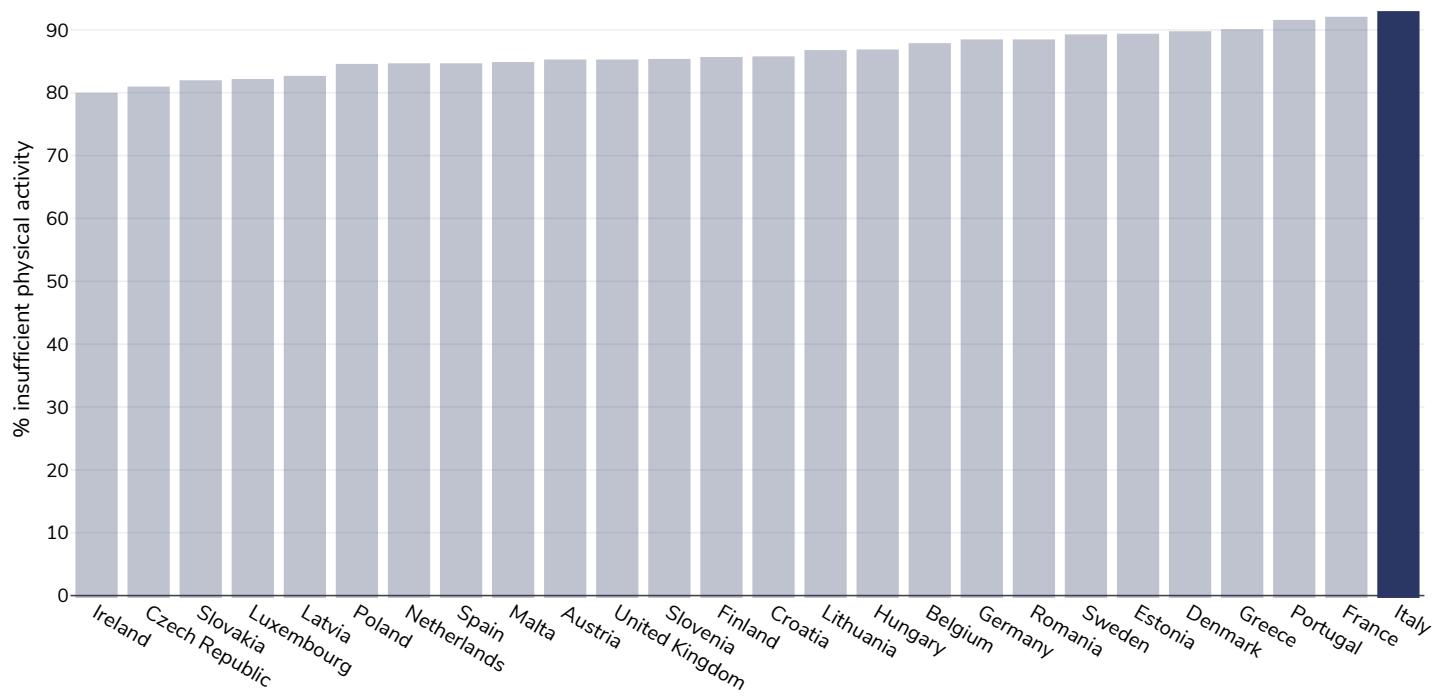
Age: 11-17

References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

Notes: % of school going adolescents not meeting WHO recommendations on Physical Activity for Health, i.e. doing less than 60 minutes of moderate- to vigorous-intensity physical activity daily.

Definitions: % Adolescents insufficiently active (age standardised estimate)

Girls, 2010



Age: 11-17

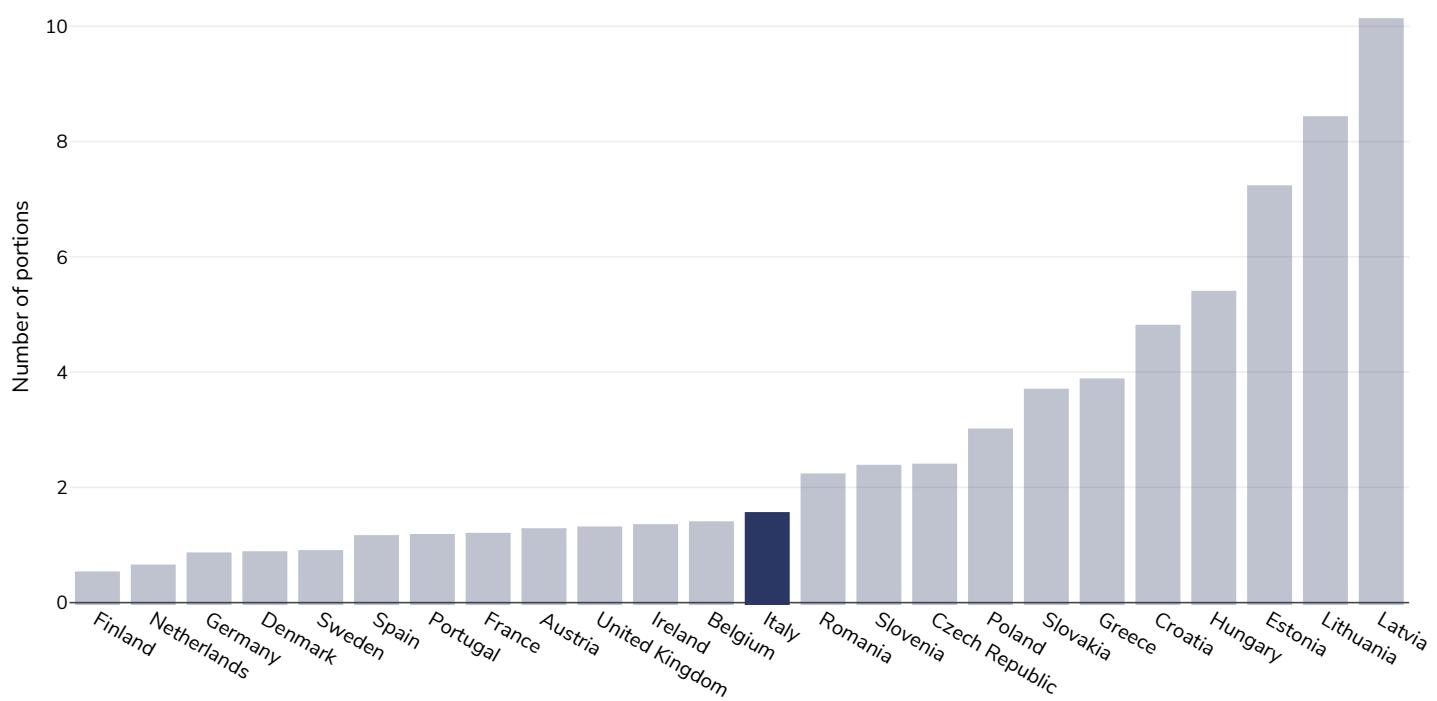
References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

Notes: % of school going adolescents not meeting WHO recommendations on Physical Activity for Health, i.e. doing less than 60 minutes of moderate- to vigorous-intensity physical activity daily.

Definitions: % Adolescents insufficiently active (age standardised estimate)

Sugar consumption

Adults, 2016



References:

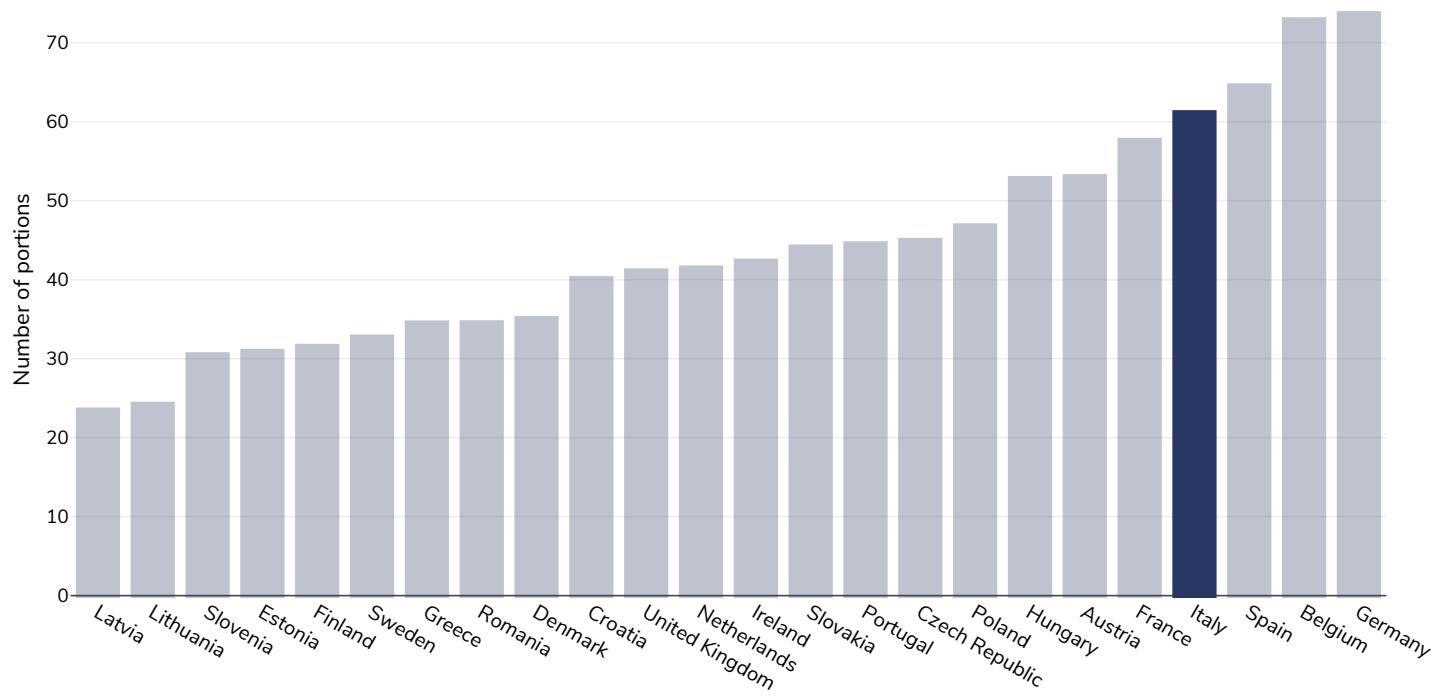
Source: Euromonitor International

Definitions:

Sugar consumption (Number of 500g sugar portions/person/month)

Estimated per-capita sugar sweetened beverages intake

Adults, 2016

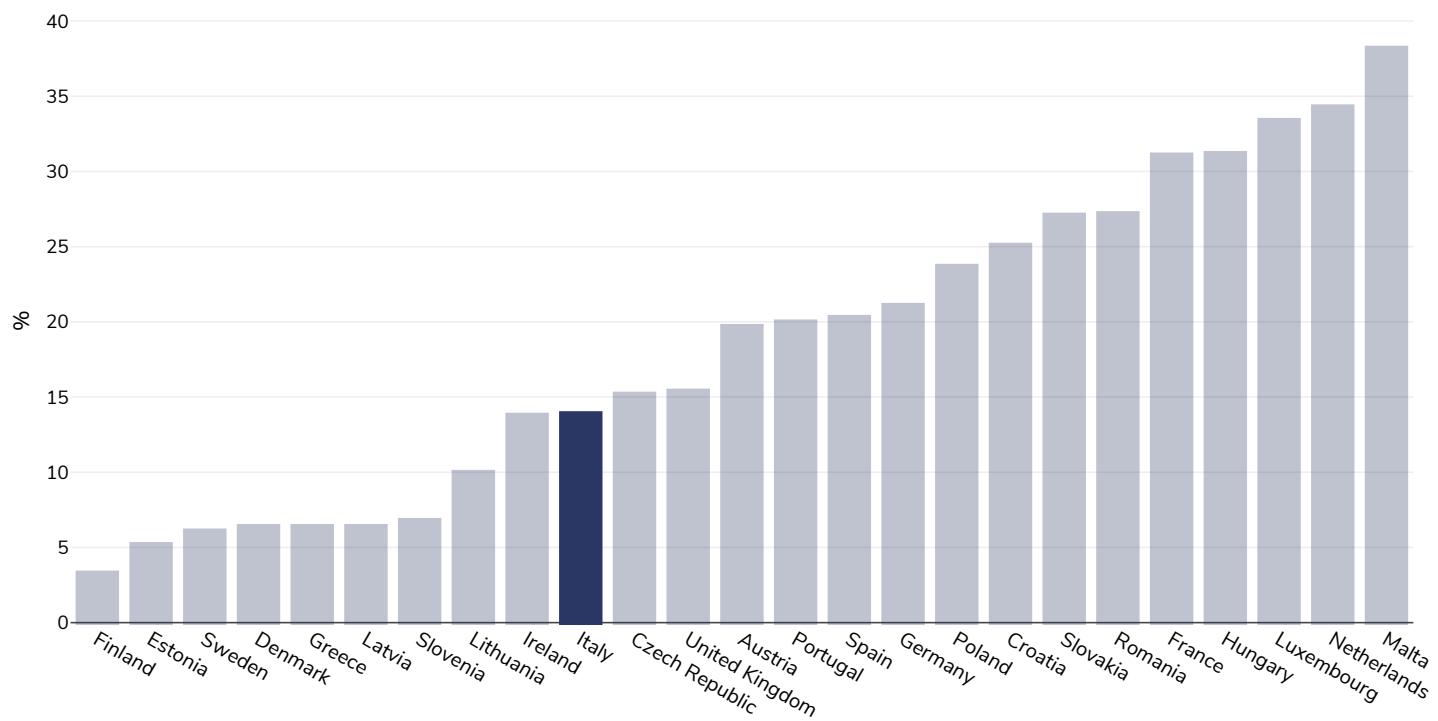


References:

Source: Euromonitor International

Prevalence of at least daily carbonated soft drink consumption

Children, 2014



Survey type:

Measured

References:

World Health Organization. (2017). Adolescent obesity and related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European region, 2002-2014: observations from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study (J. Inchley, D. Currie, J. Jewel, J. Breda, & V. Barnekow, Eds.). World Health Organization. Sourced from Food Systems Dashboard <http://www.foodsystemsdashboard.org>

Notes:

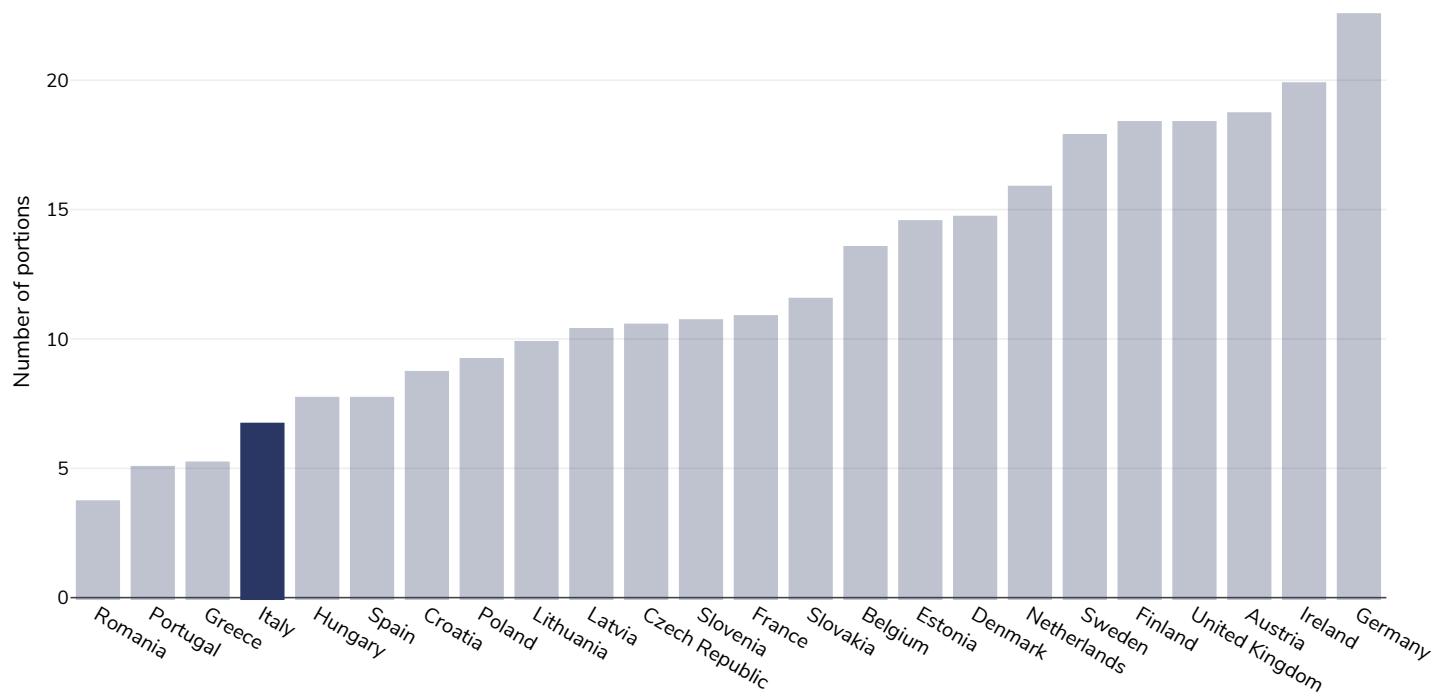
15-year-old adolescents

Definitions:

Prevalence of at least daily carbonated soft drink consumption (% of at least daily carbonated soft drink consumption)

Prevalence of confectionery consumption

Adults, 2016



References:

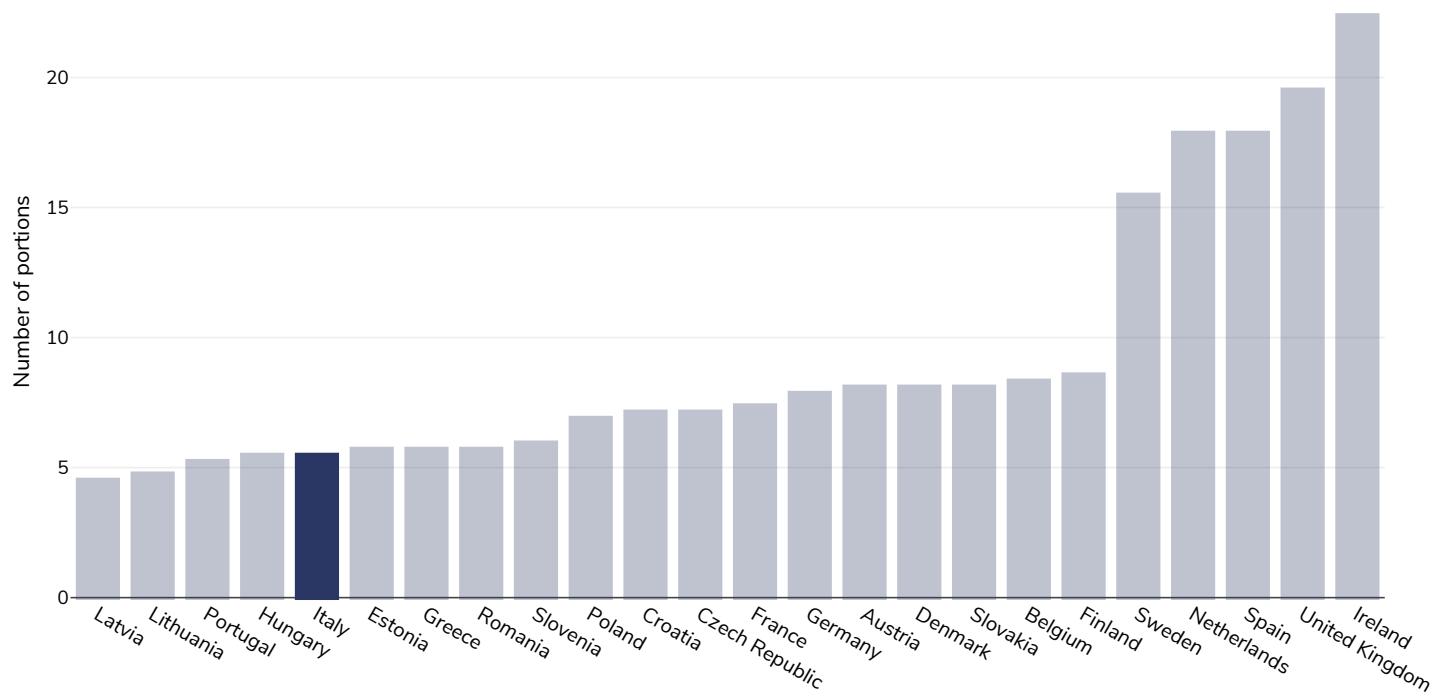
Source: Euromonitor International

Definitions:

Prevalence of confectionery consumption (Number of 50g confectionery portions/person/month)

Prevalence of sweet/savoury snack consumption

Adults, 2016



References:

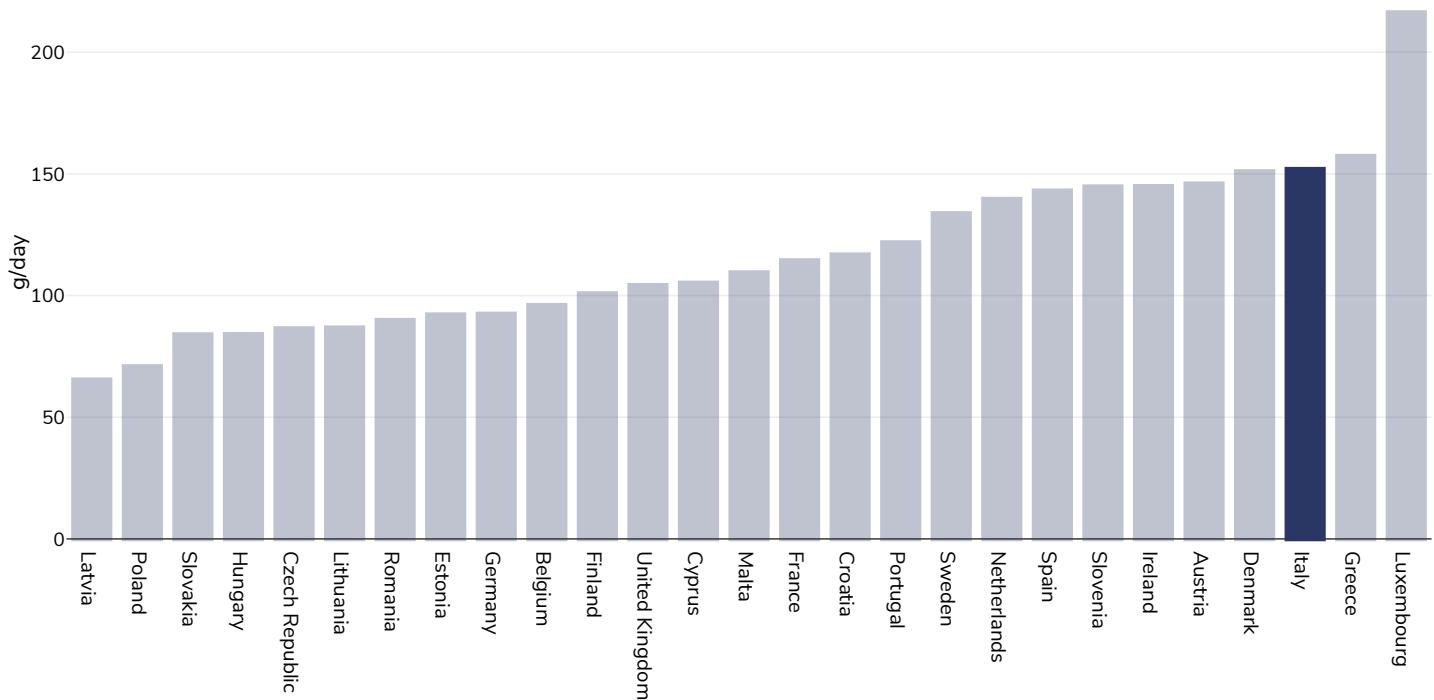
Source: Euromonitor International

Definitions:

Prevalence of sweet/savoury snack consumption (Number of 35g sweet/savoury snack portions/person/month)

Estimated per-capita fruit intake

Adults, 2017



Survey type:

Measured

Age:

25+

References:

Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation <http://ghdx.healthdata.org/>

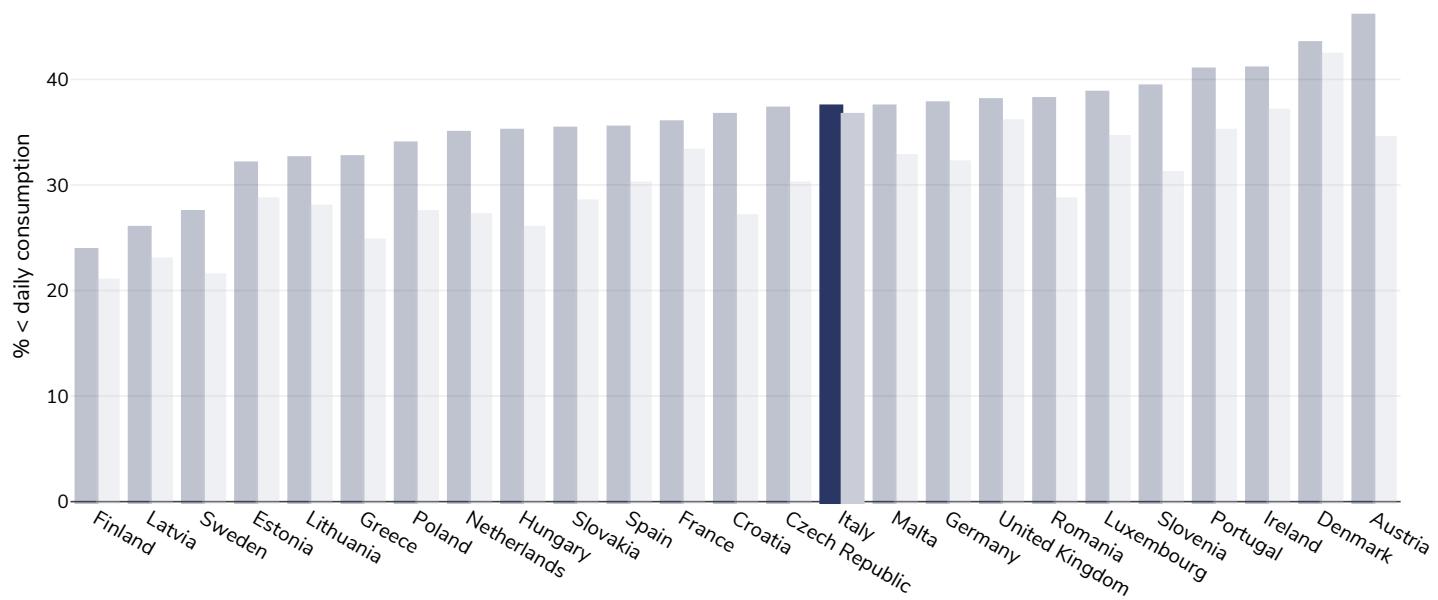
Definitions:

Estimated per-capita fruit intake (g/day)

Prevalence of less-than-daily fruit consumption

Children, 2014

Age 12-17 Age 15



Survey type:

Measured

References:

Global School-based Student Health Surveys. Beal et al (2019). Global Patterns of Adolescent Fruit, Vegetable,

Carbonated Soft Drink, and Fast-food consumption: A meta-analysis of global school-based student health surveys. Food

and Nutrition Bulletin. <https://doi.org/10.1177/0379572119848287>, Sourced from Food Systems Dashboard

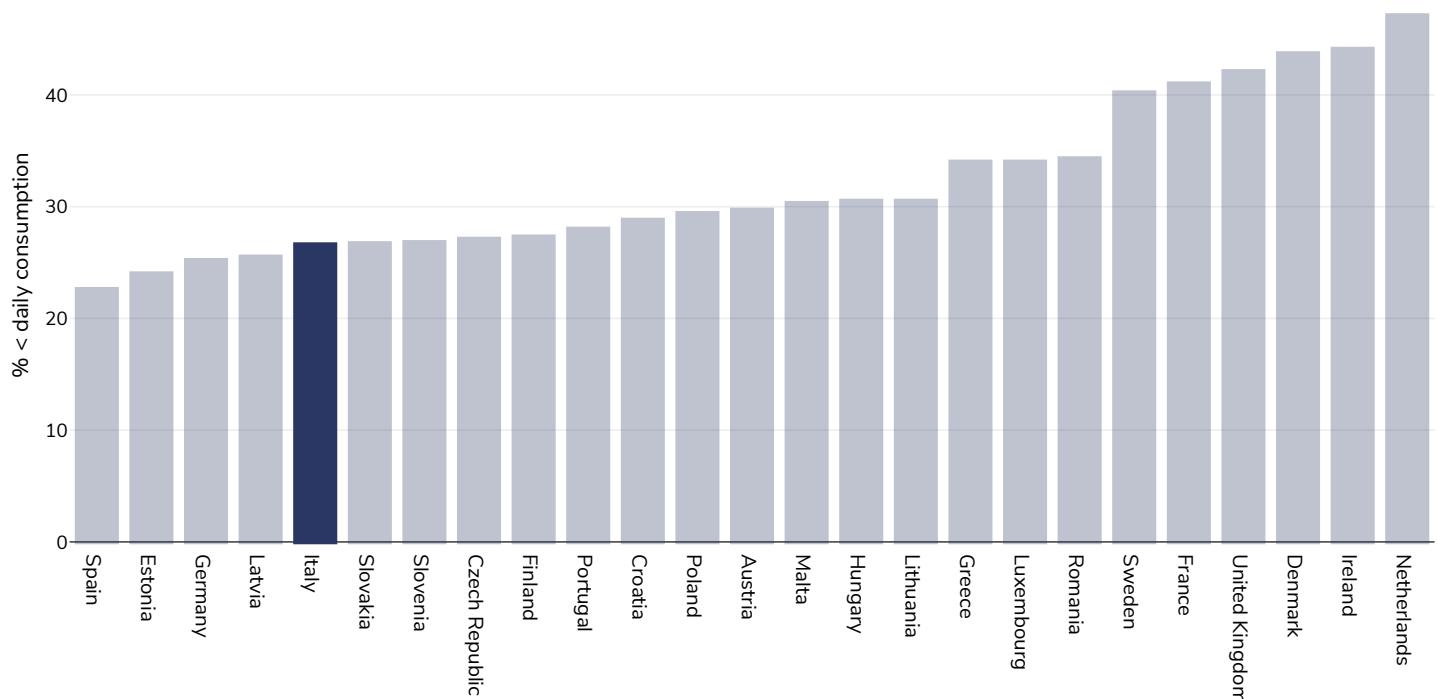
<http://www.foodsystemsdashboard.org/food-system>

Definitions:

Prevalence of less-than-daily fruit consumption (% less-than-daily fruit consumption)

Prevalence of less-than-daily vegetable consumption

Children, 2014



Survey type:

Measured

Age:

12-17

References:

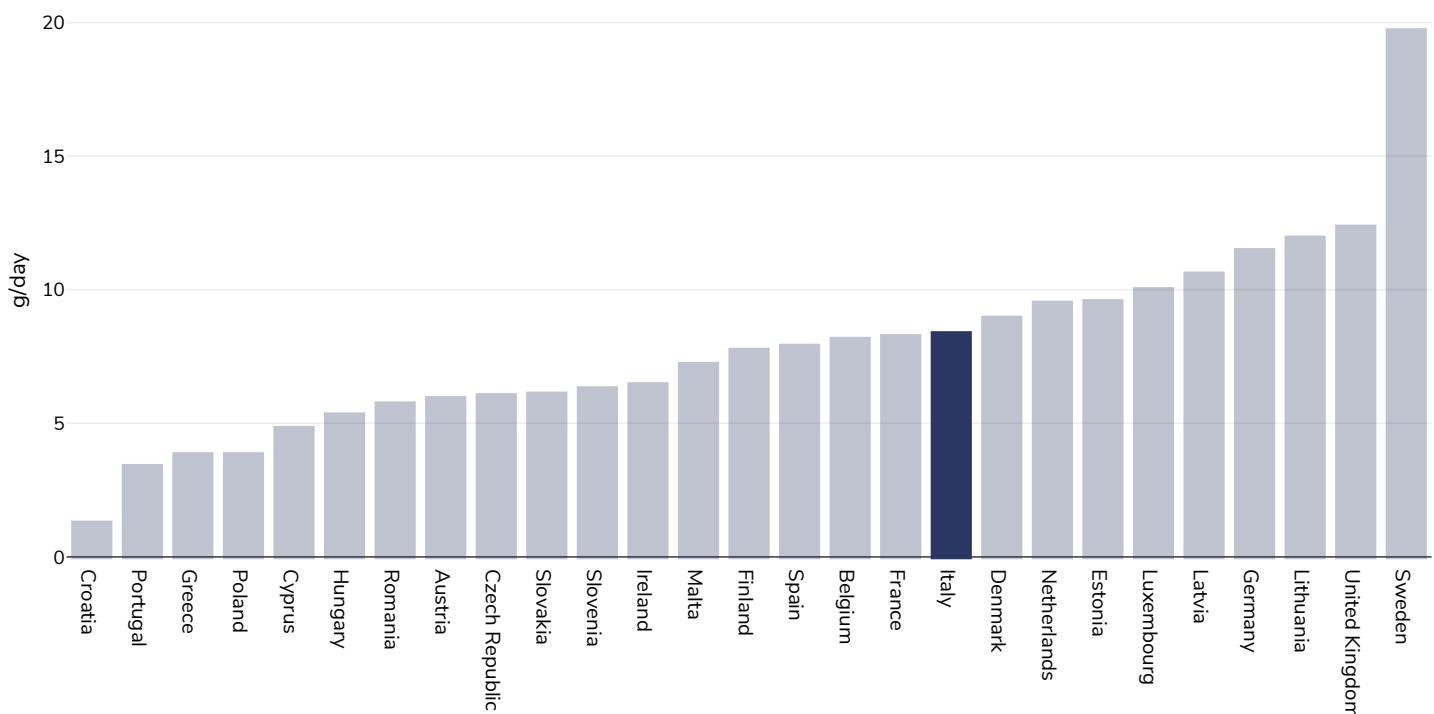
Beal et al. (2019). Global Patterns of Adolescent Fruit, Vegetable, Carbonated Soft Drink, and Fast-food consumption: A meta-analysis of global school-based student health surveys. *Food and Nutrition Bulletin*.
<https://doi.org/10.1177/0379572119848287> sourced from Food Systems Dashboard
<http://www.foodsystemsdashboard.org/food-system>

Definitions:

Prevalence of less-than-daily vegetable consumption (% less-than-daily vegetable consumption)

Estimated per-capita processed meat intake

Adults, 2017



Survey type:

Measured

Age:

25+

References:

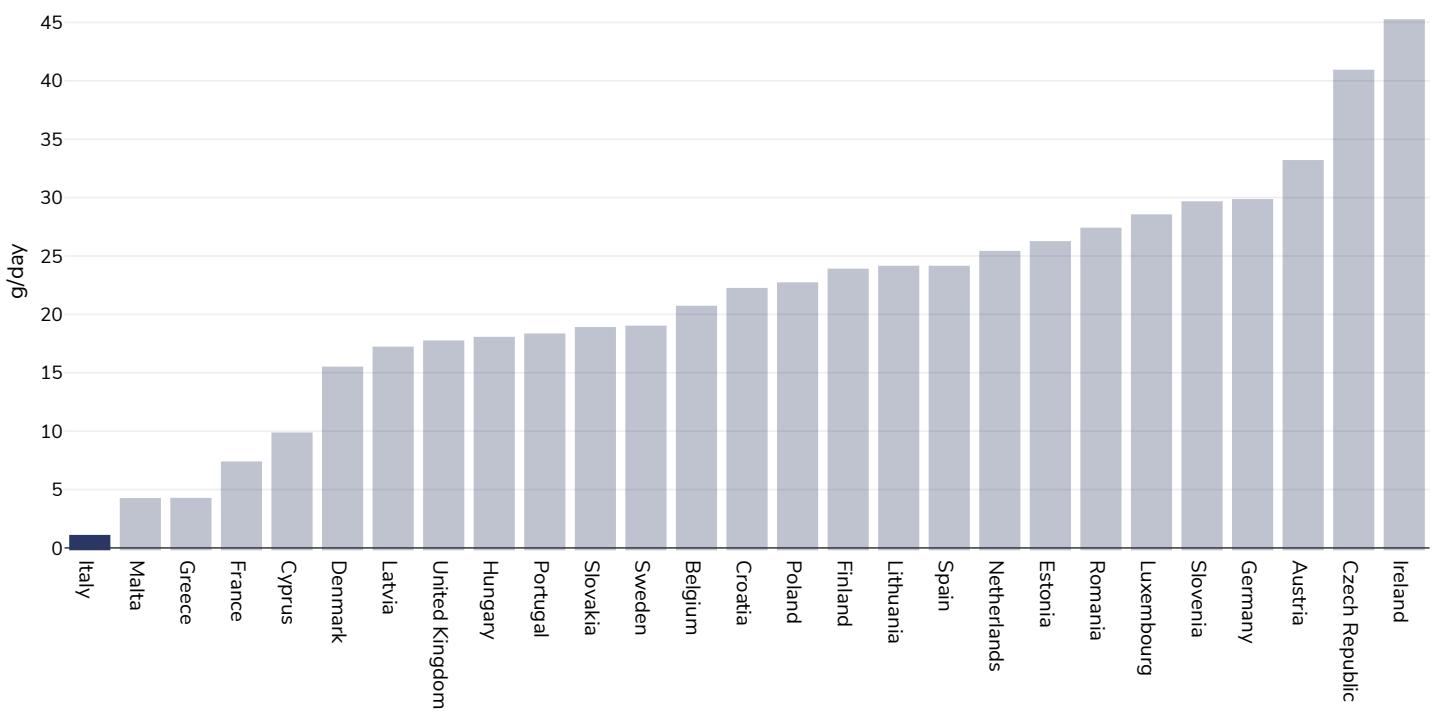
Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation <http://ghdx.healthdata.org/>

Definitions:

Estimated per-capita processed meat intake (g per day)

Estimated per-capita whole grains intake

Adults, 2017



Survey type:

Measured

Age:

25+

References:

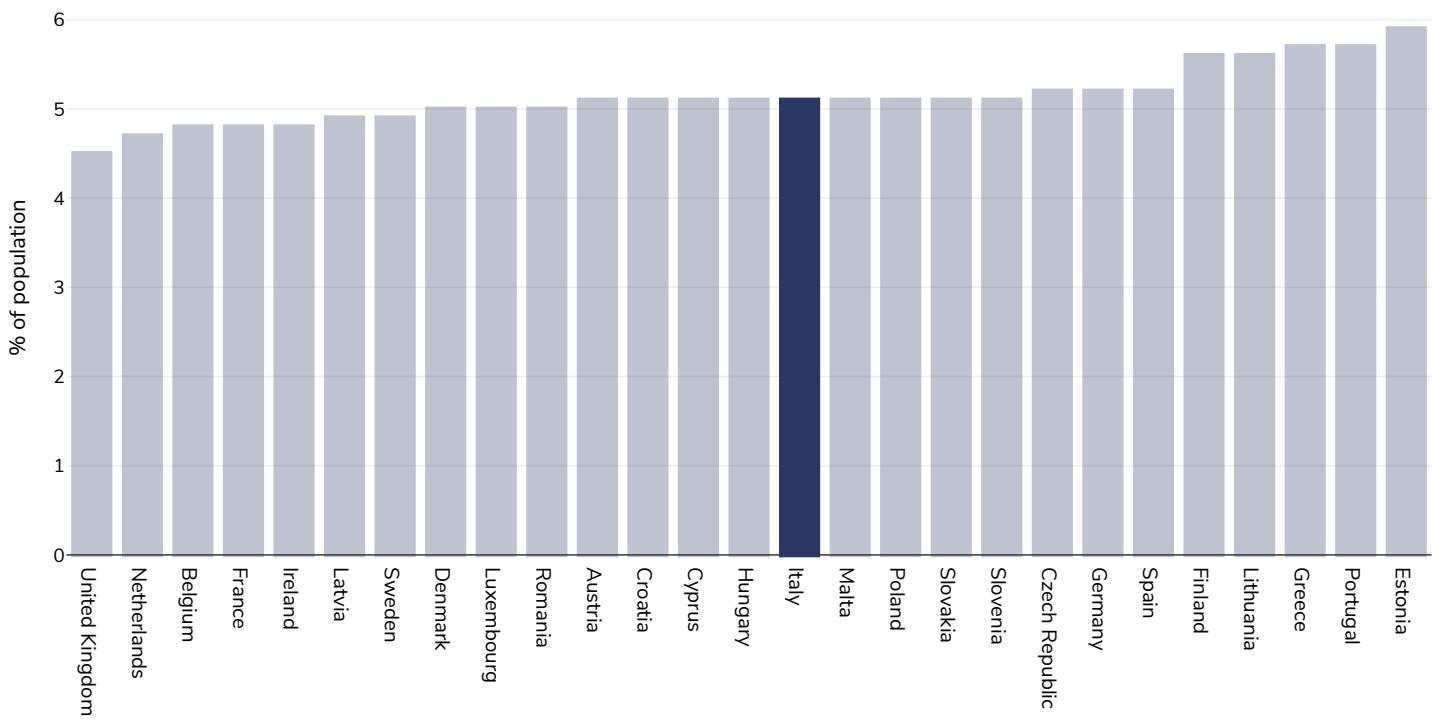
Global Burden of Disease, the Institute for Health Metrics and Evaluation <http://ghdx.healthdata.org/>

Definitions:

Estimated per-capita whole grains intake (g/day)

Mental health - depression disorders

Adults, 2015



References:

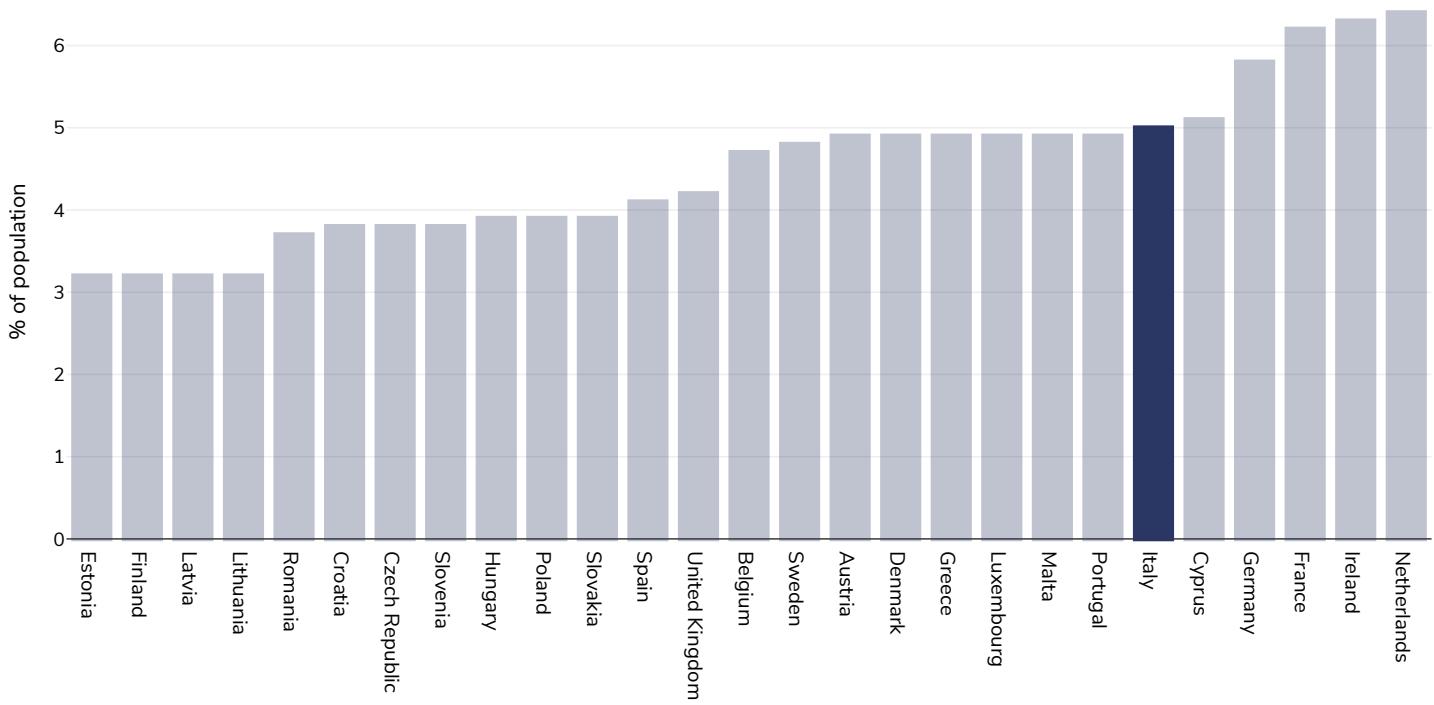
Prevalence data from Global Burden of Disease study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org>) published in: Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Definitions:

% of population with depression disorders

Mental health - anxiety disorders

Adults, 2015



References:

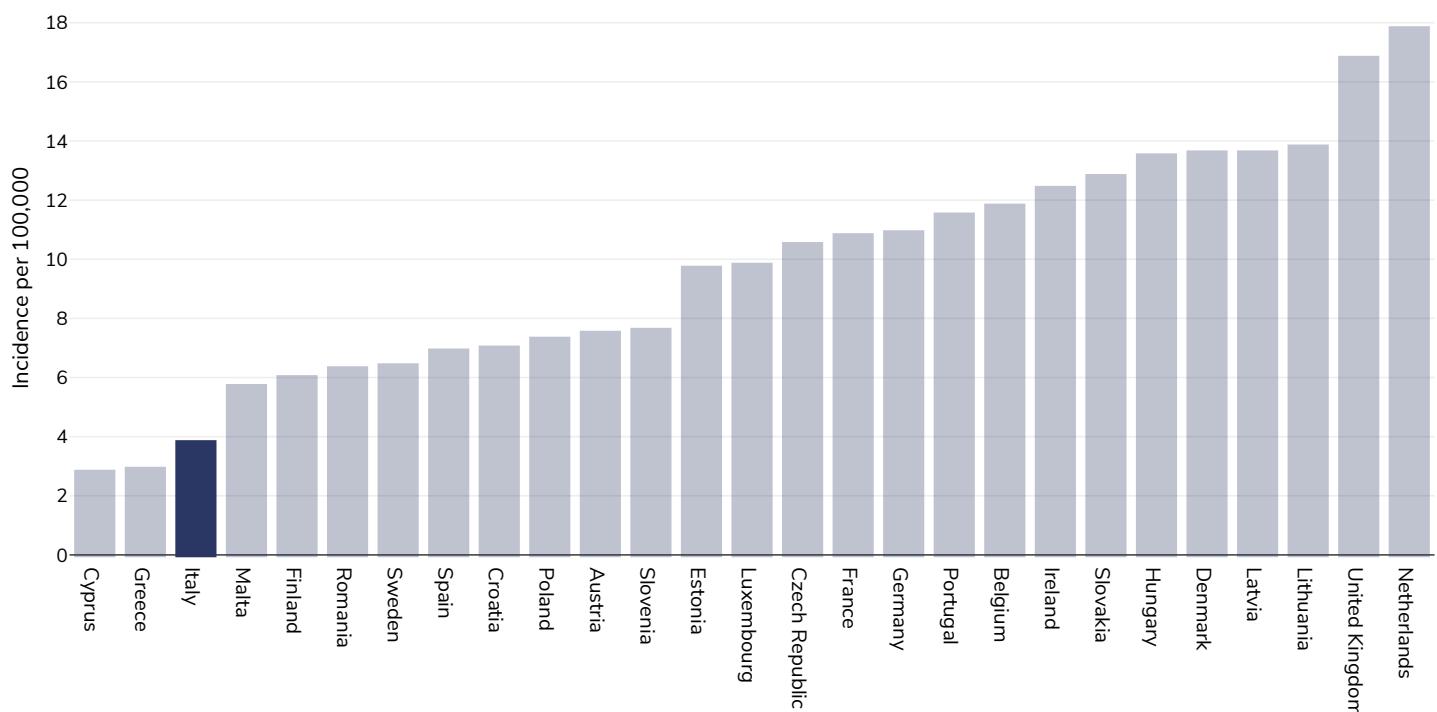
Prevalence data from Global Burden of Disease study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org>) published in: Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Definitions:

% of population with anxiety disorders

Oesophageal cancer

Men, 2018



Age:

20+

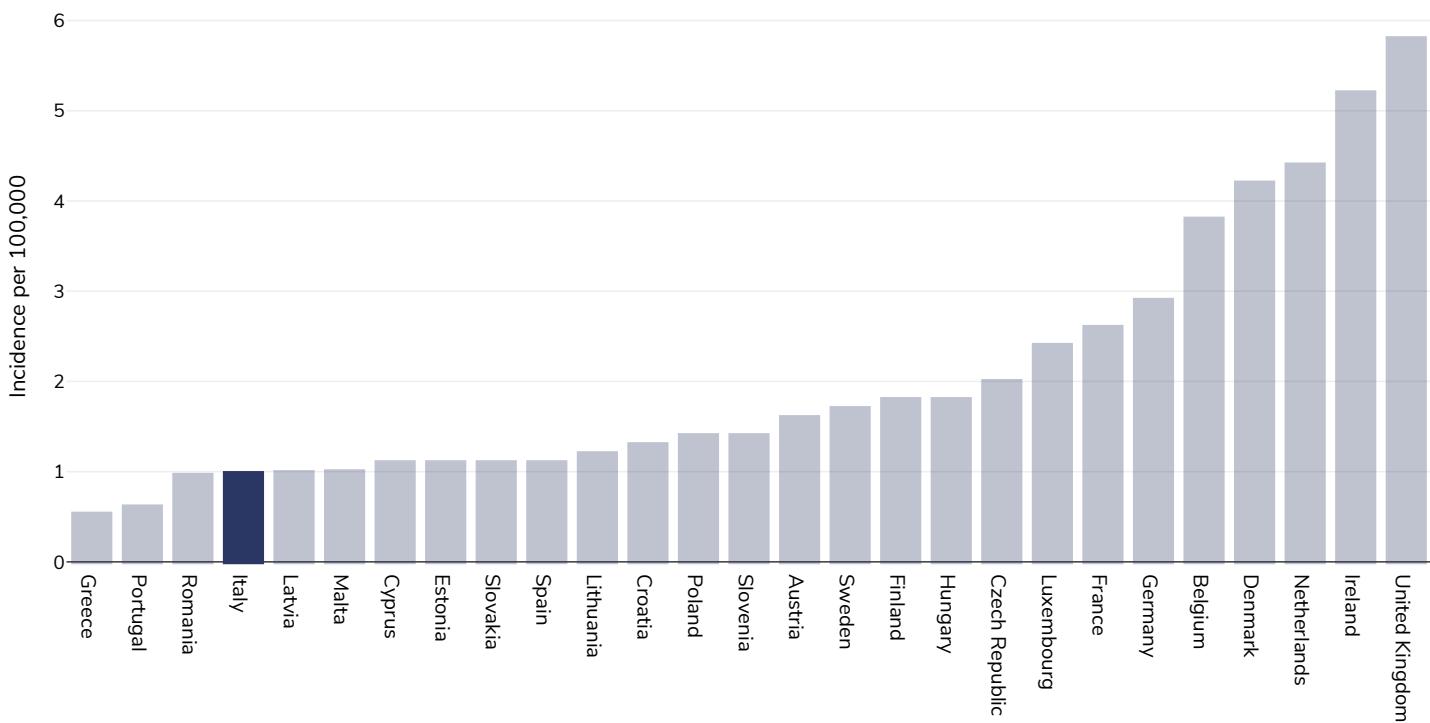
References:

Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, oesophagus, adults ages 20+. ASR (World) per 100,000

Women, 2018



Age:

20+

References:

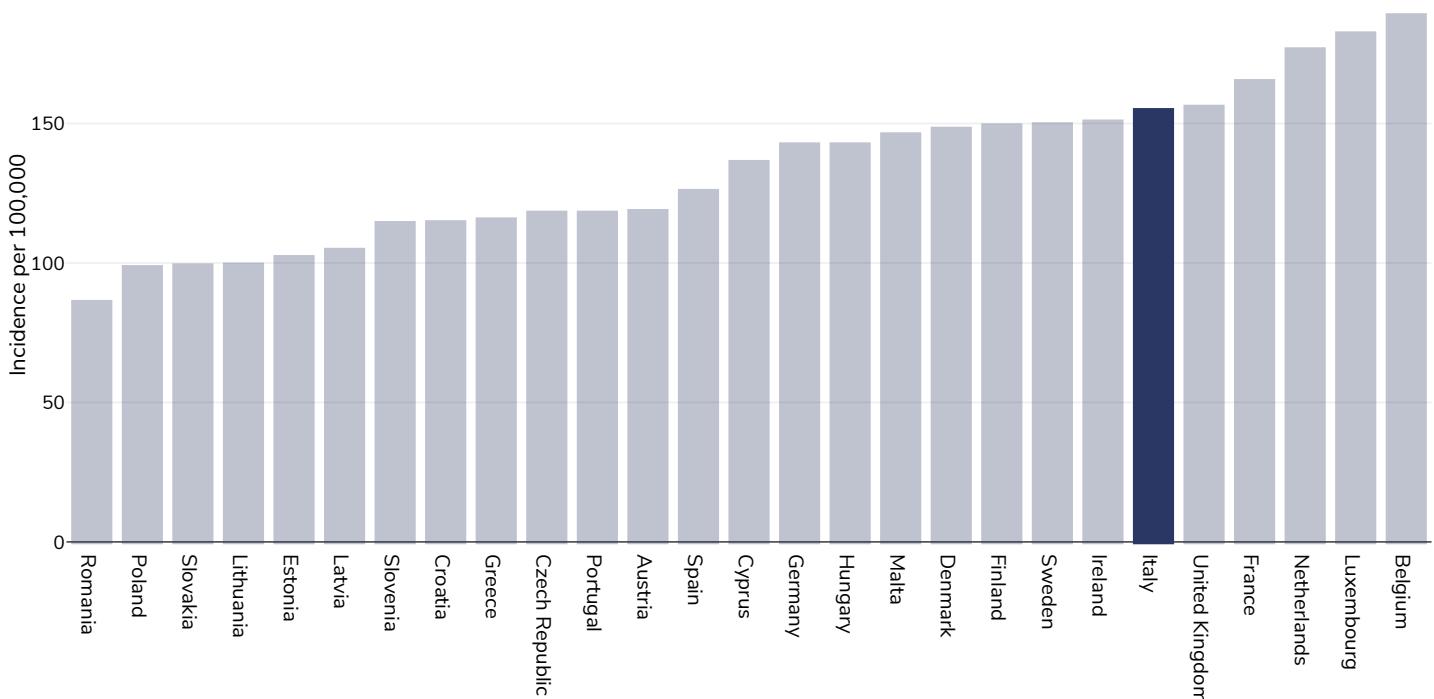
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, oesophagus, adults ages 20+. ASR (World) per 100,000

Breast cancer

Women, 2018



Age:

20+

References:

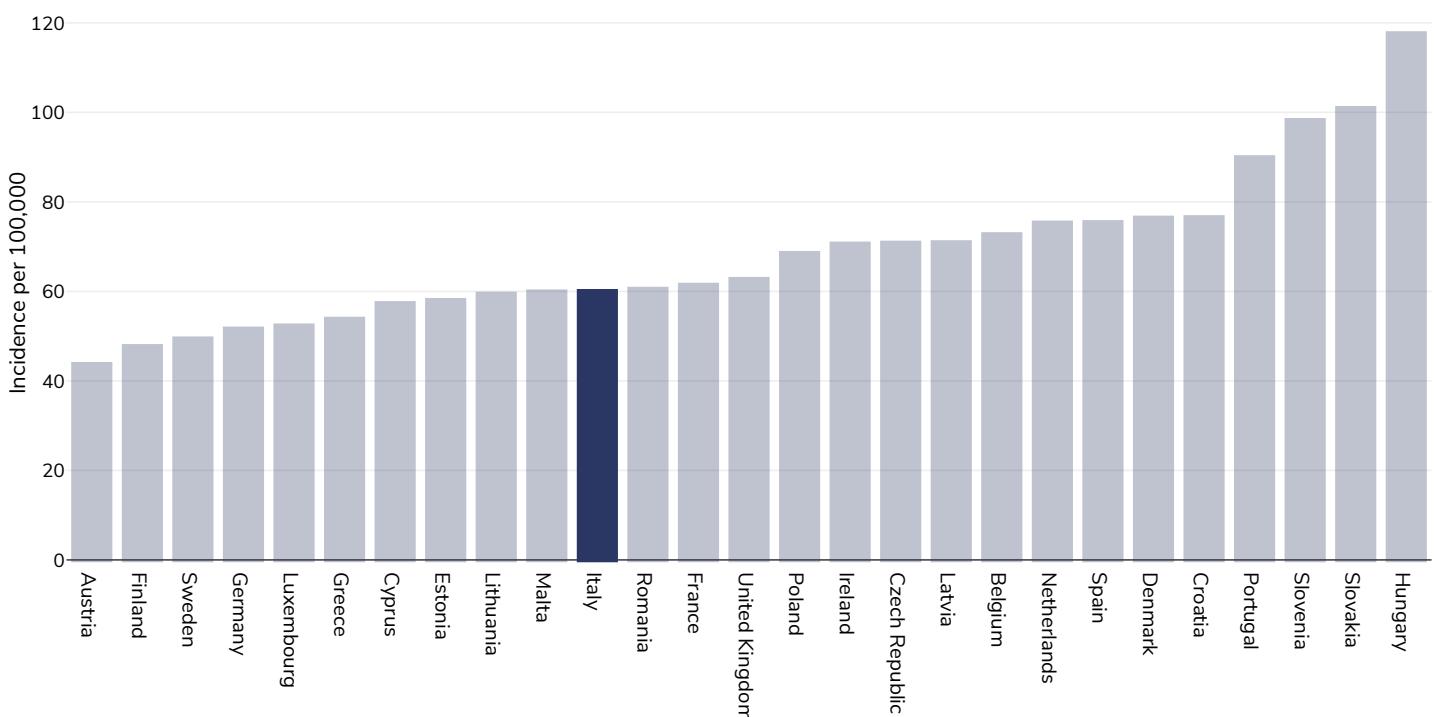
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, breast, females, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Colorectal cancer

Men, 2018



Age:

20+

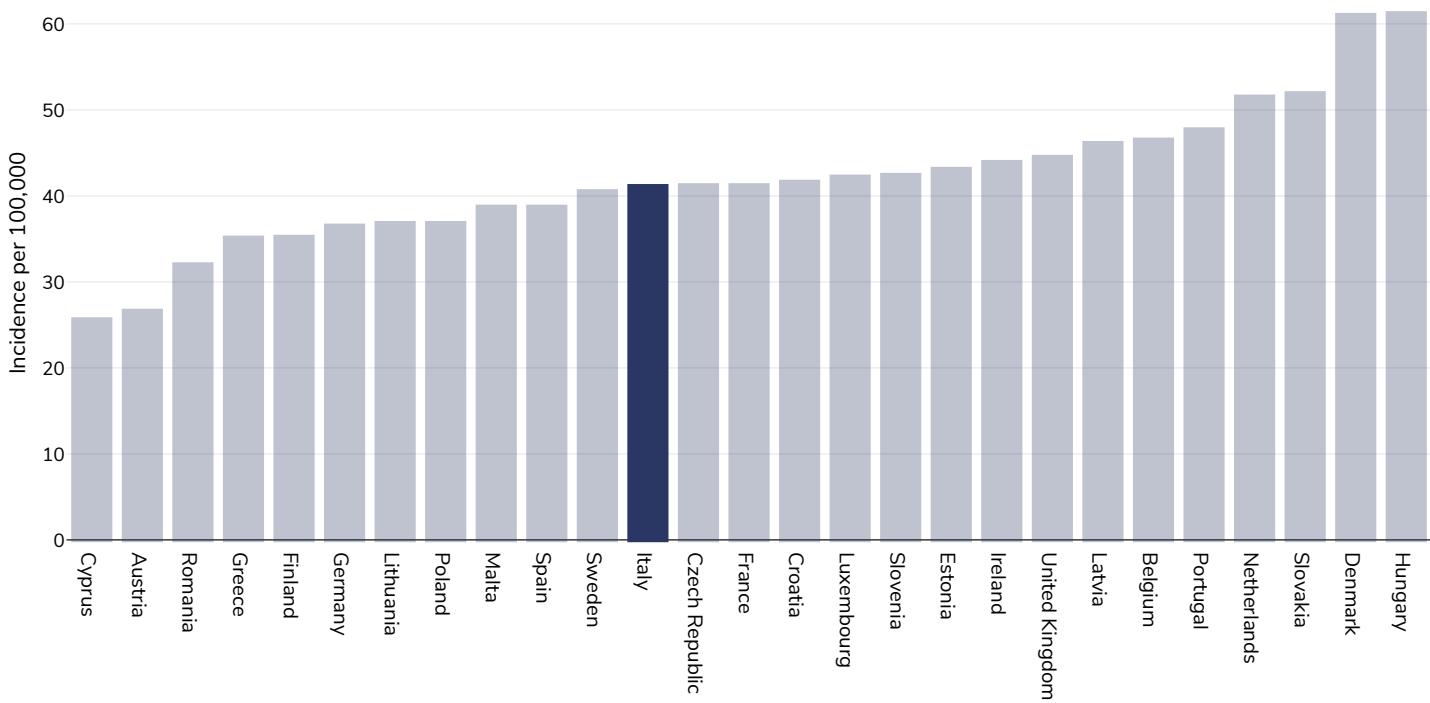
References:

Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, colorectum, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Women, 2018



Age:

20+

References:

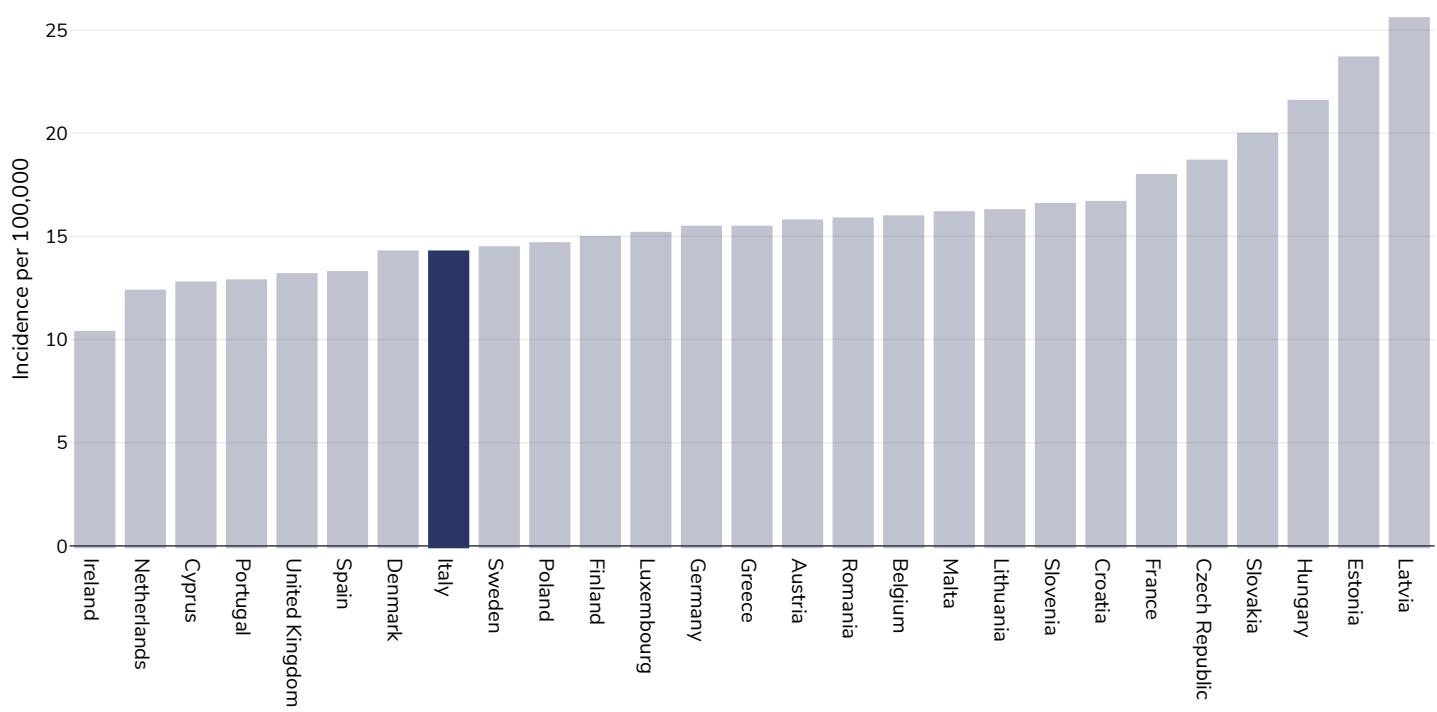
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, colorectum, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Pancreatic cancer

Men, 2018



Age:

20+

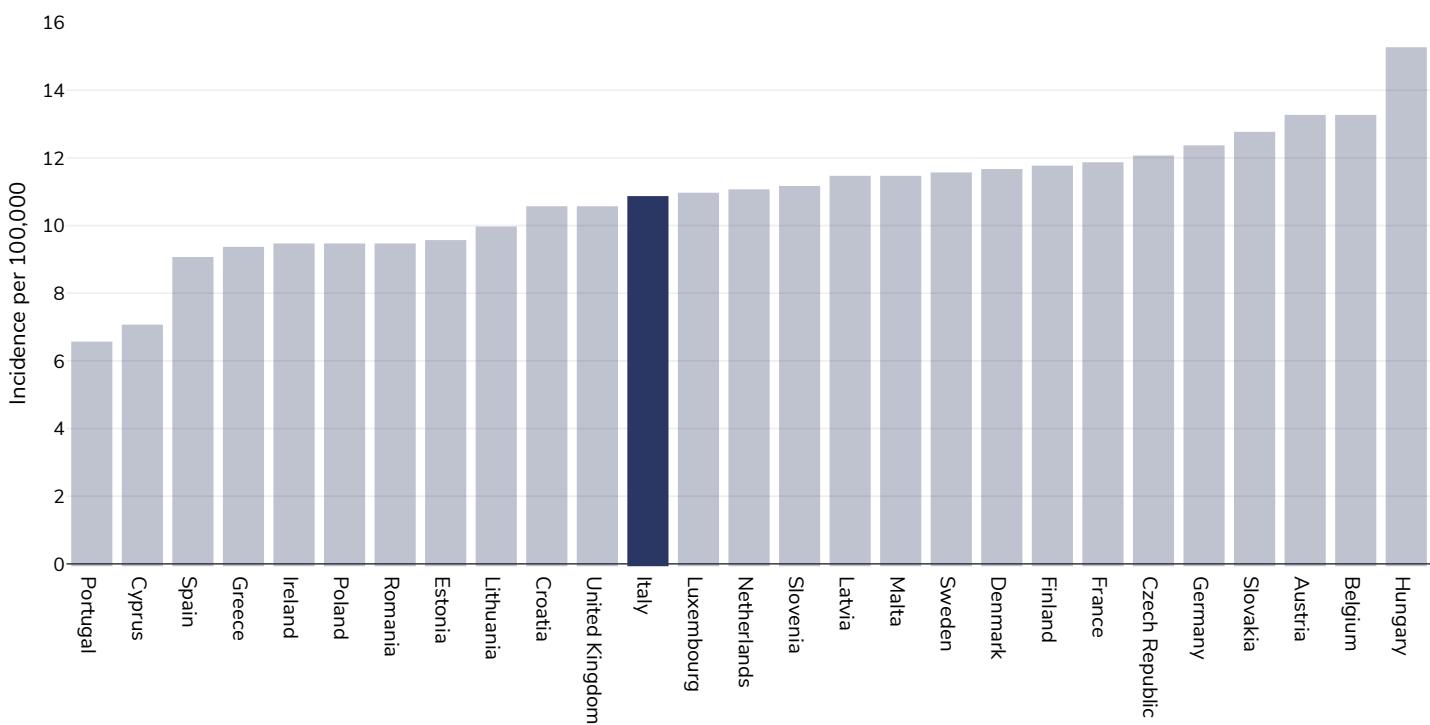
References:

Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, pancreas, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Women, 2018



Age:

20+

References:

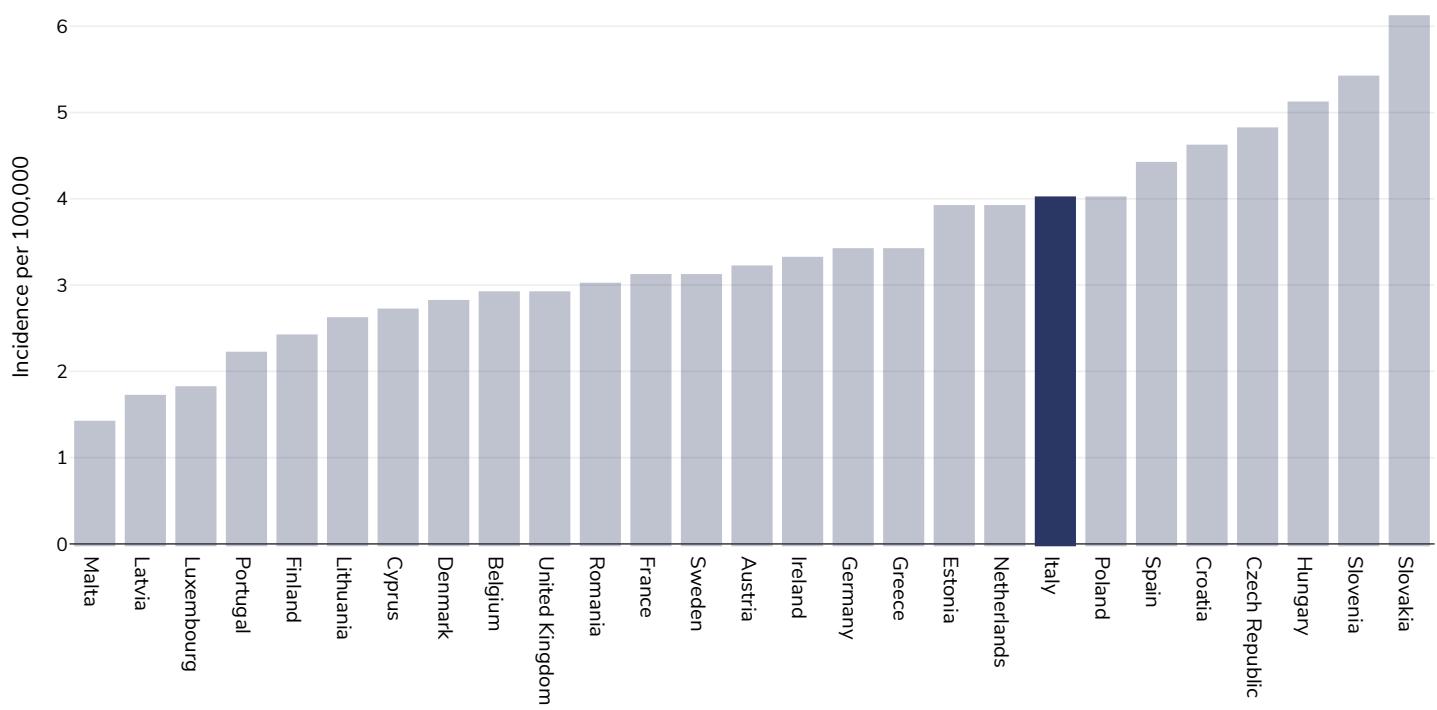
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, pancreas, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Gallbladder cancer

Men, 2018



Age:

20+

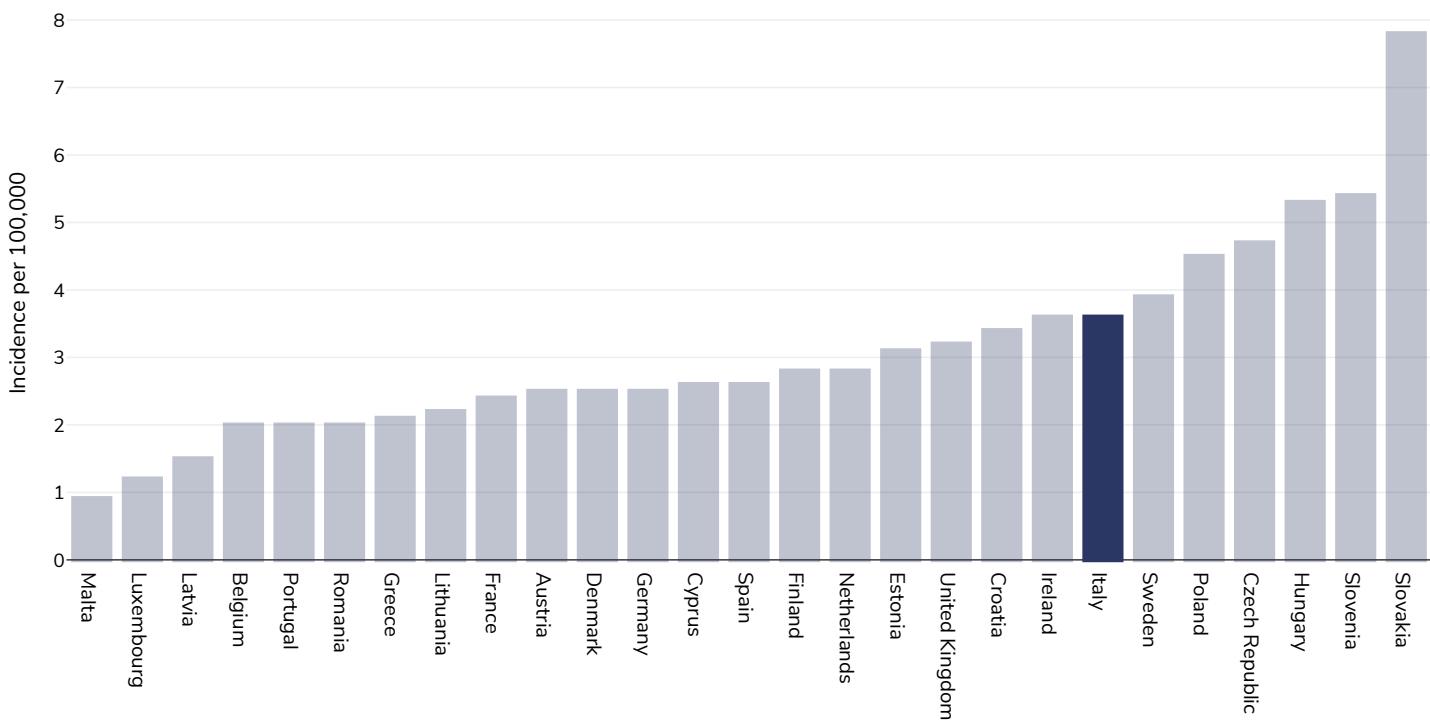
References:

Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, gallbladder, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Women, 2018



Age:

20+

References:

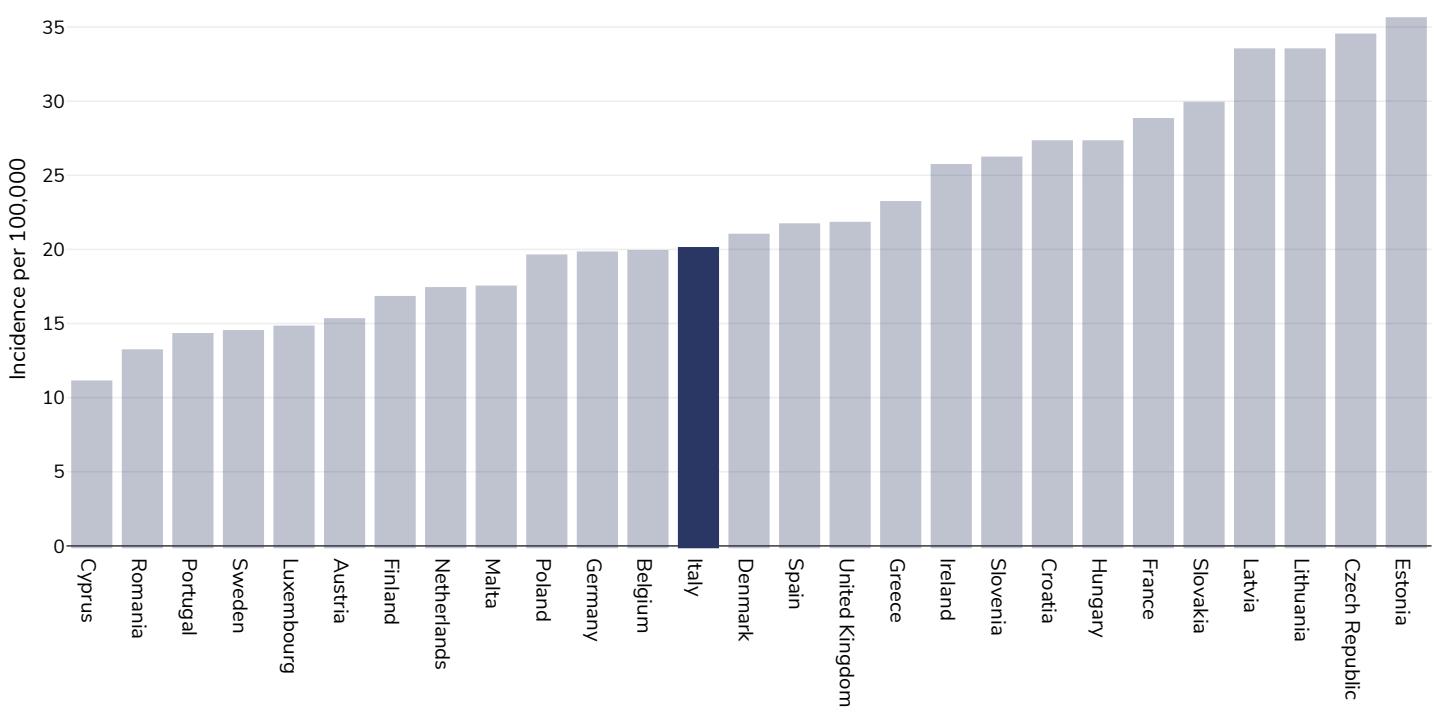
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, gallbladder, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Kidney cancer

Men, 2018



Age:

20+

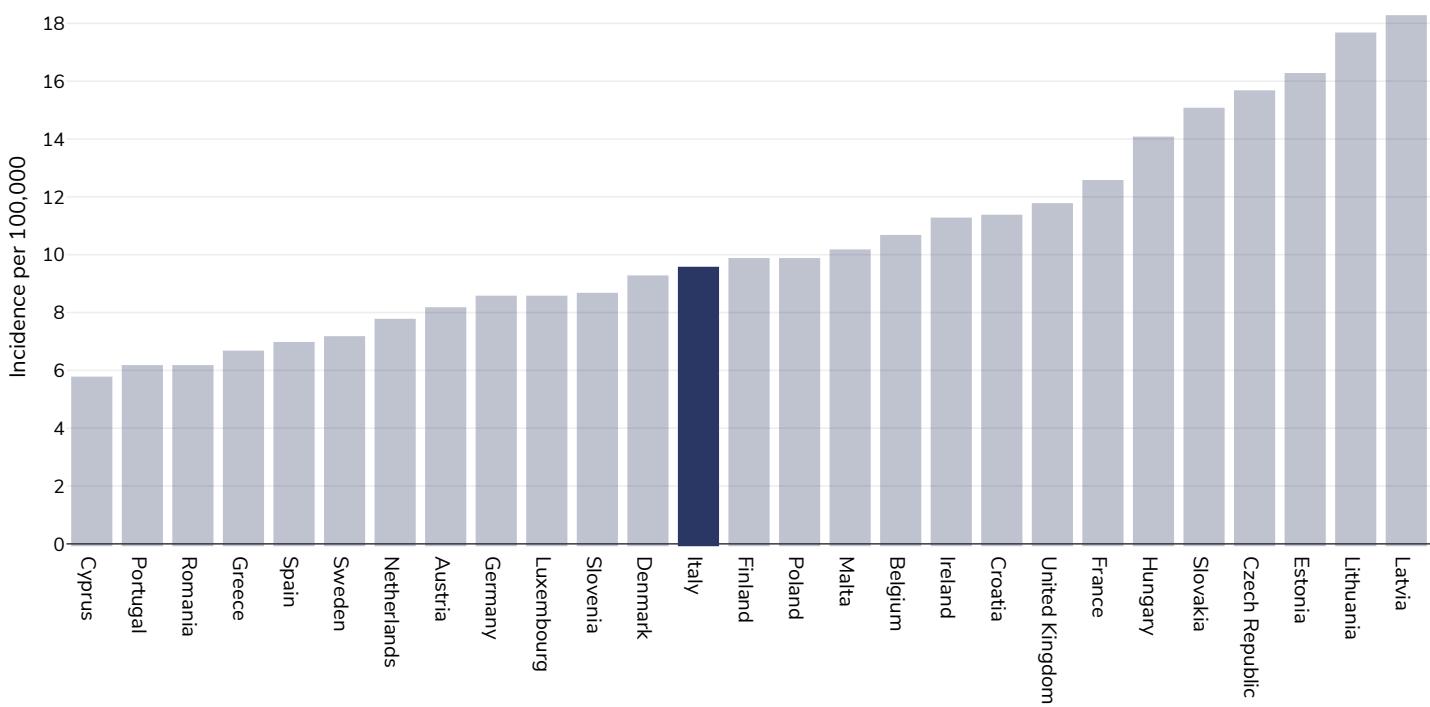
References:

Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, kidney, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Women, 2018



Age:

20+

References:

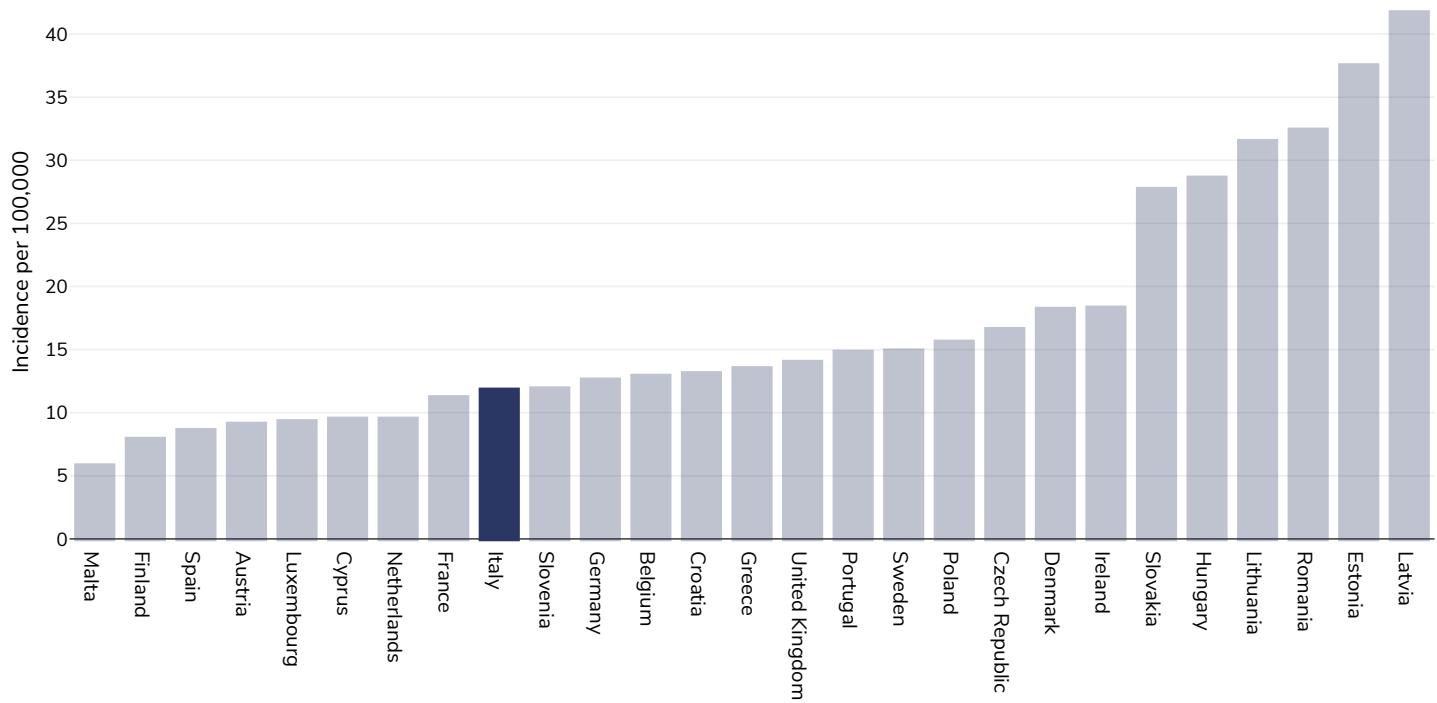
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, kidney, adults, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Cancer of the uterus

Women, 2018



Age:

20+

References:

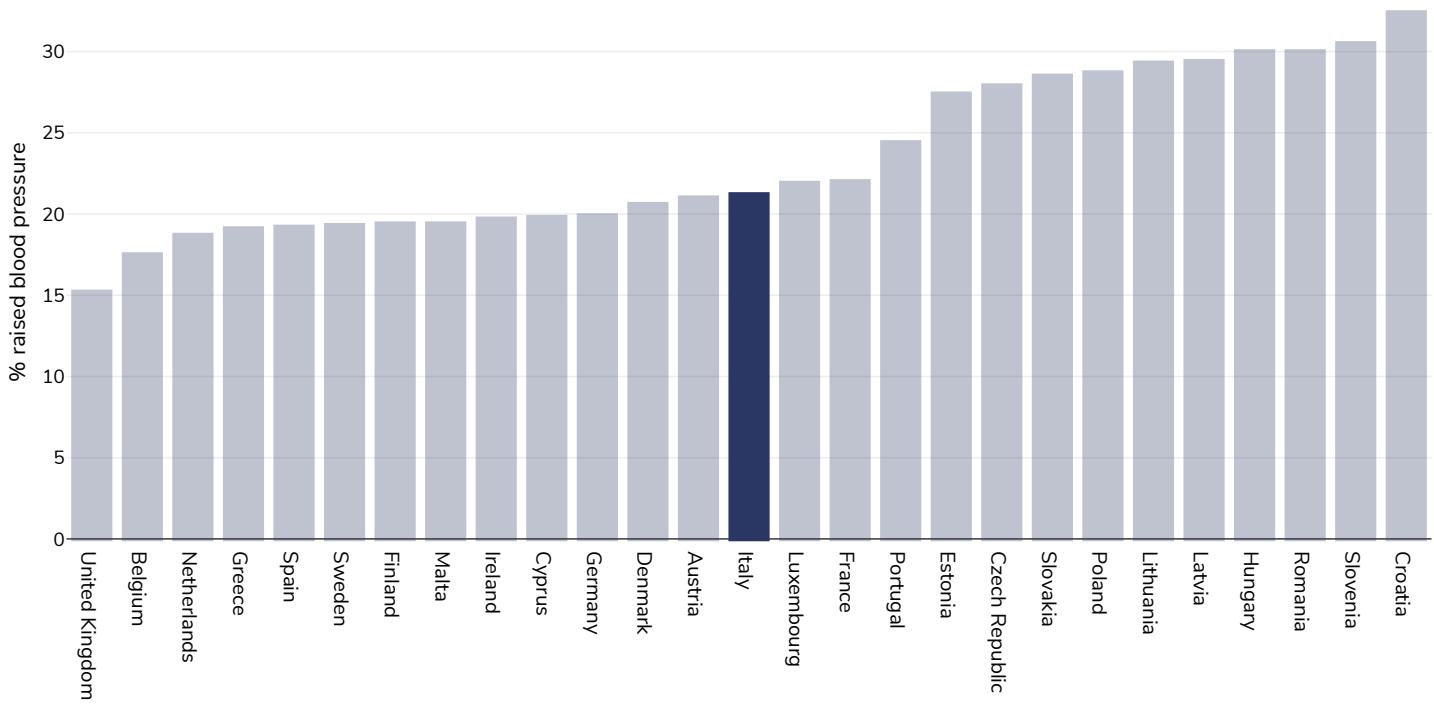
Global Cancer Observatory, Cancer incidence rates <http://gco.iarc.fr/> (last accessed 30th June 2020)

Definitions:

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, cervix uteri, females, ages 20+. ASR (World) per 100,000

Raised blood pressure

Adults, 2015



References:

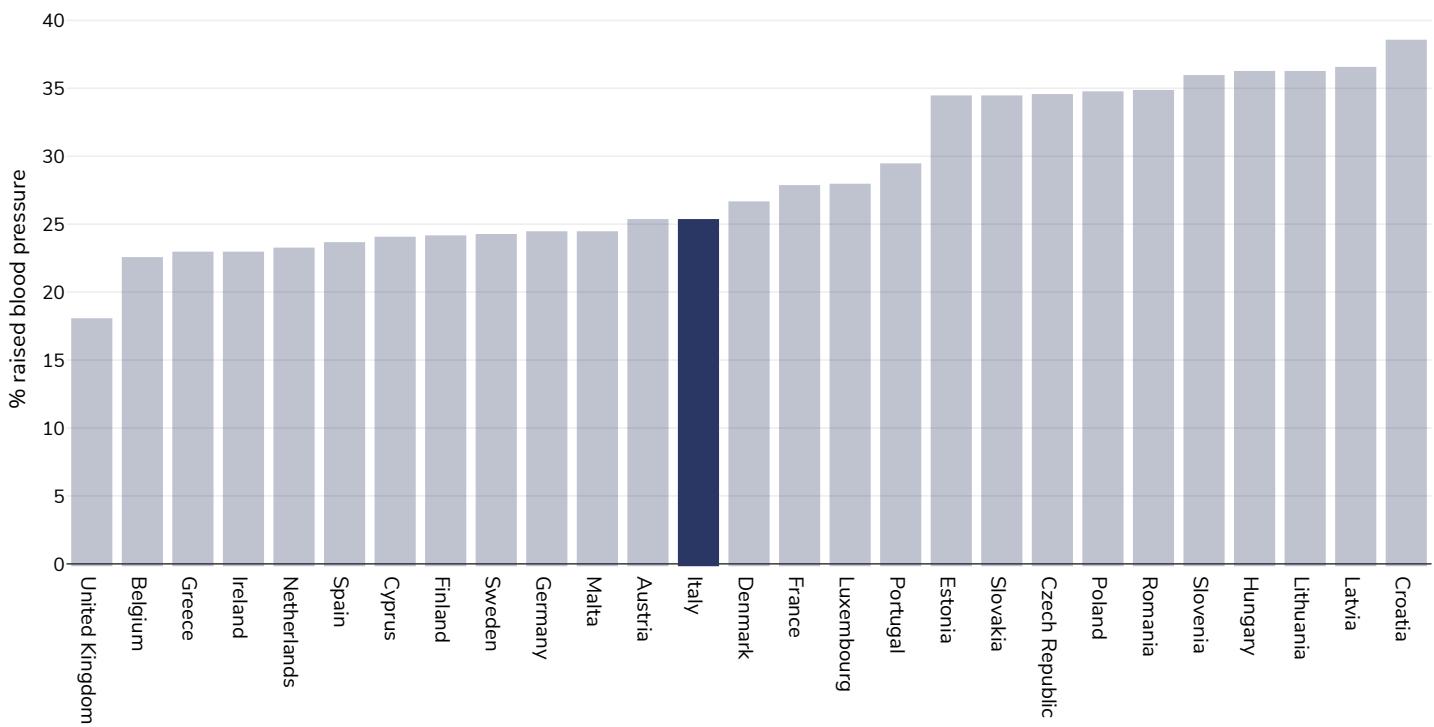
Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions:

Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP>=140 OR DBP>=90).

Men, 2015



References:

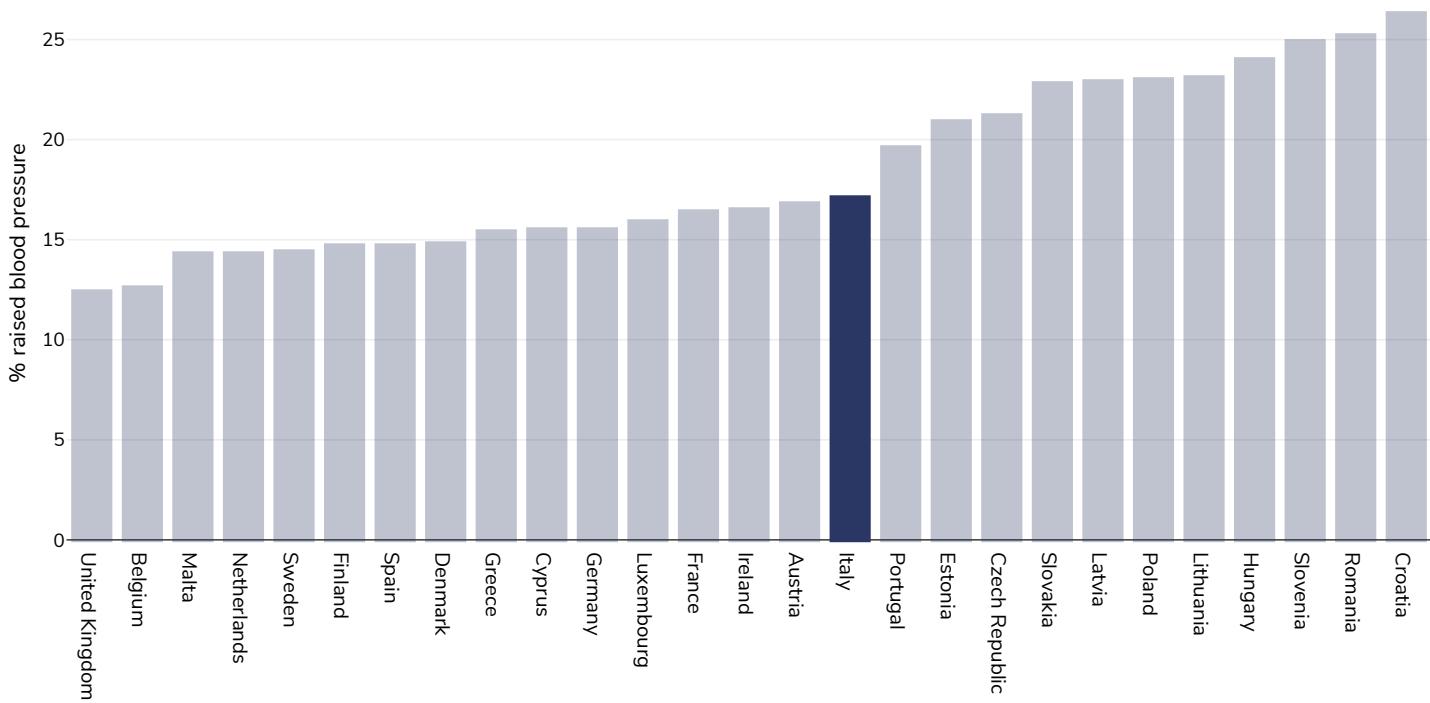
Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions:

Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP>=140 OR DBP>=90).

Women, 2015



References:

Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

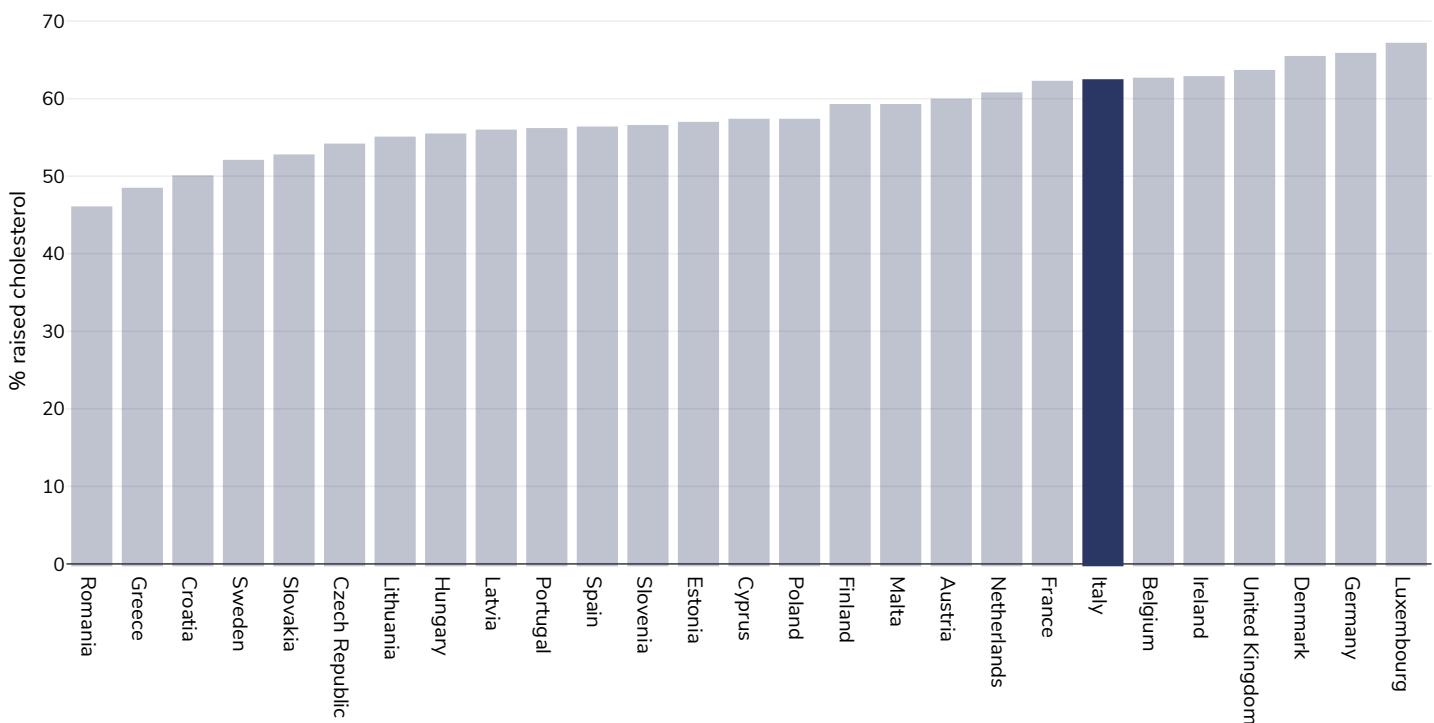
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions:

Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP>=140 OR DBP>=90).

Raised cholesterol

Adults, 2008



References:

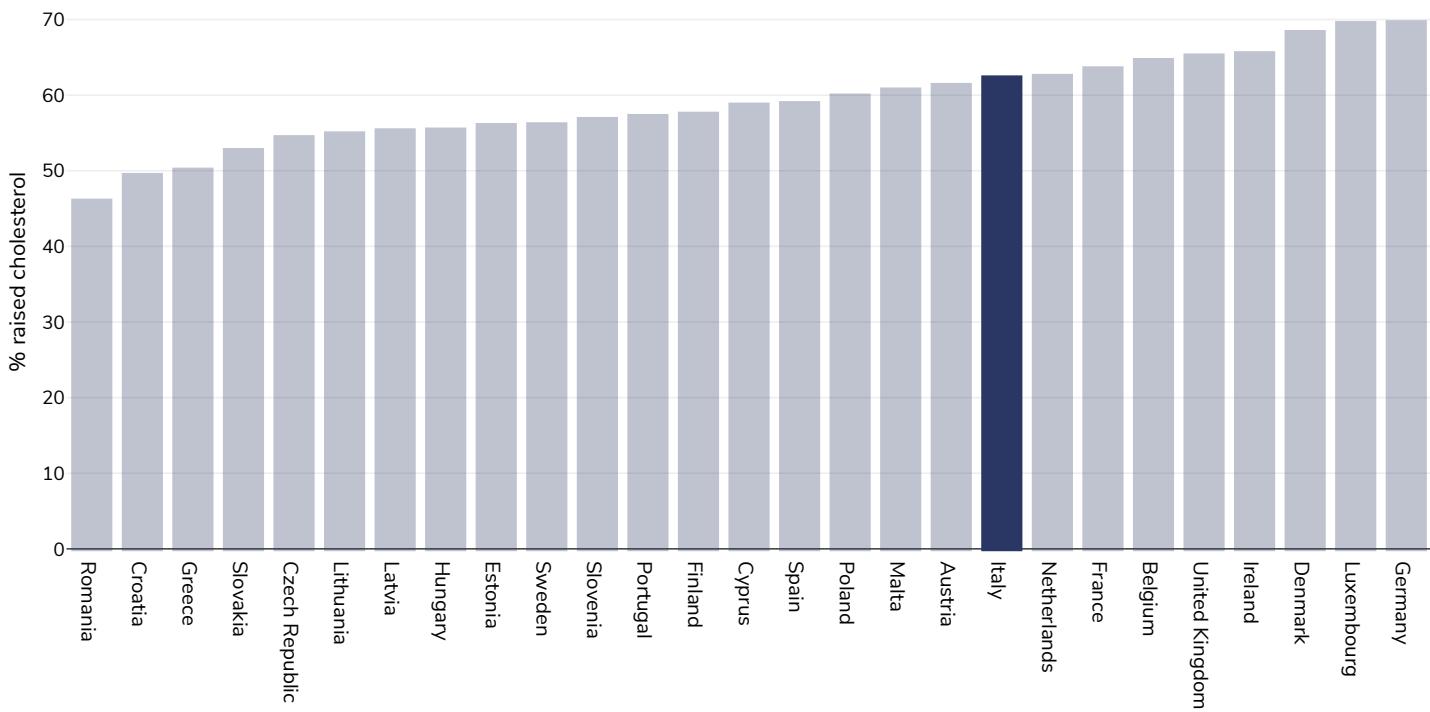
Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions:

% Raised total cholesterol ($\geq 5.0 \text{ mmol/L}$) (age-standardized estimate).

Men, 2008



References:

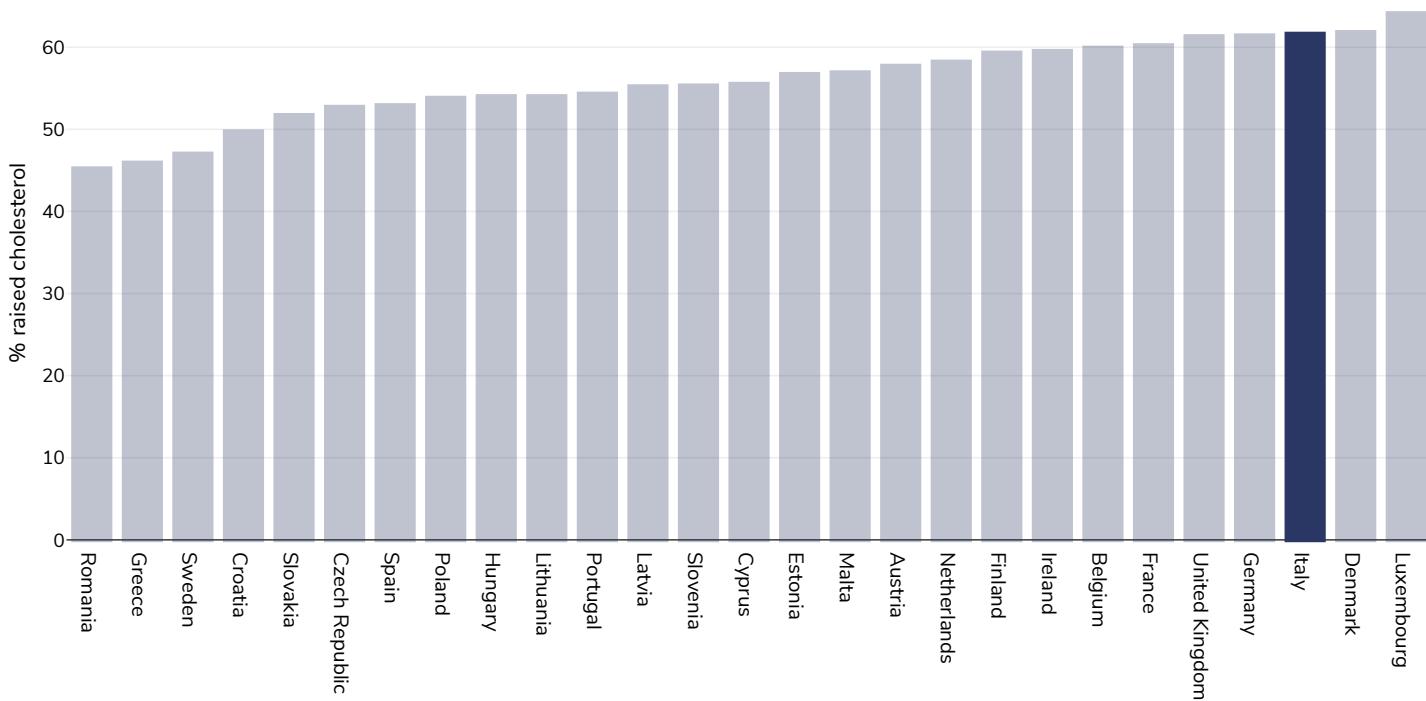
Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions:

% Raised total cholesterol ($\geq 5.0 \text{ mmol/L}$) (age-standardized estimate).

Women, 2008



References:

Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

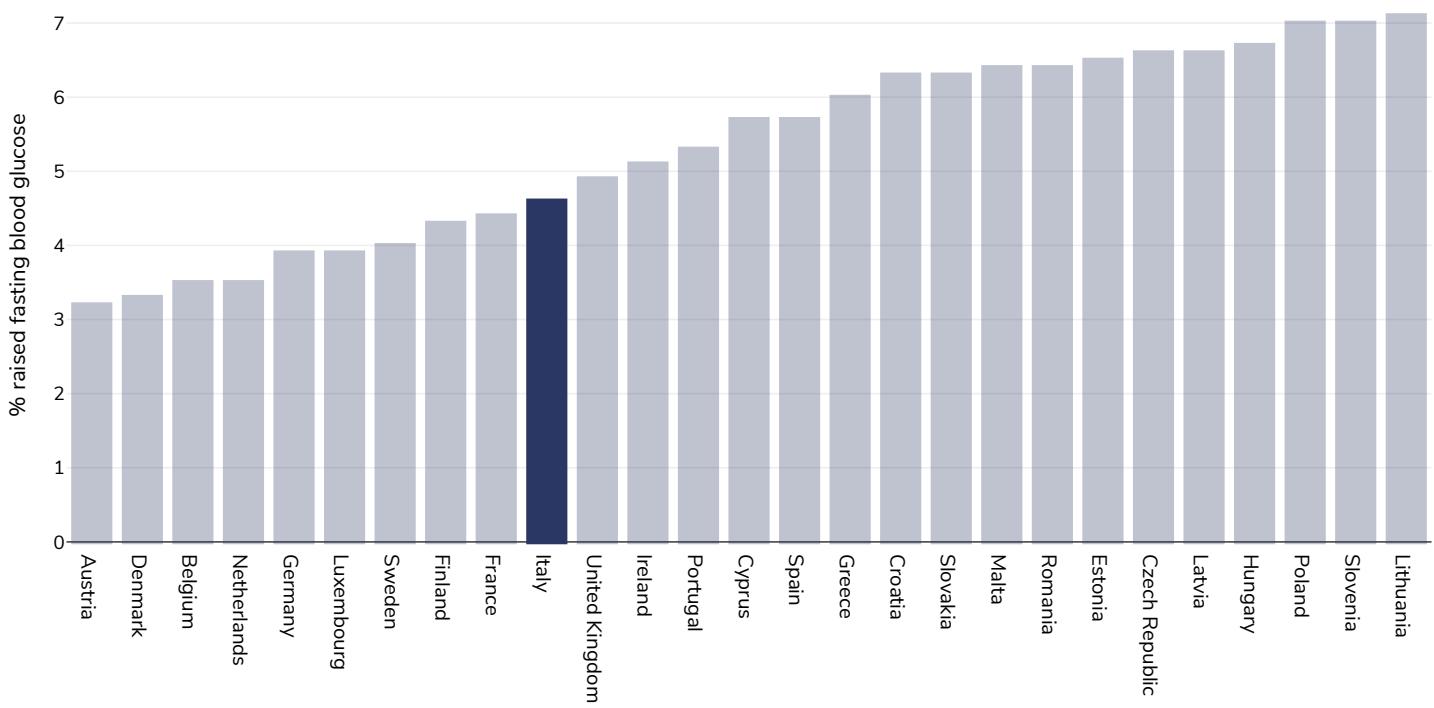
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions:

% Raised total cholesterol ($\geq 5.0 \text{ mmol/L}$) (age-standardized estimate).

Raised fasting blood glucose

Men, 2014



References:

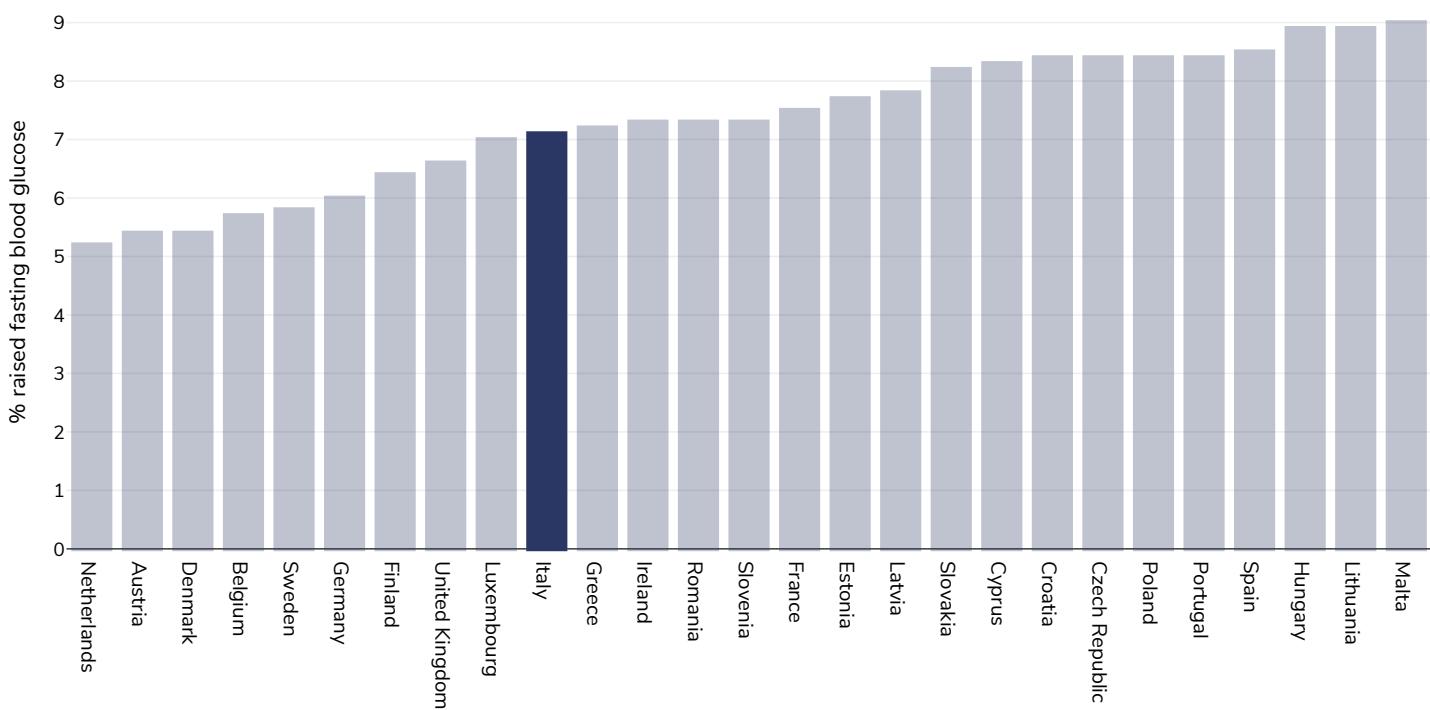
Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>

Definitions:

Age Standardised % raised fasting blood glucose (≥ 7.0 mmol/L or on medication).

Women, 2014



References:

Global Health Observatory data repository, World Health Organisation,

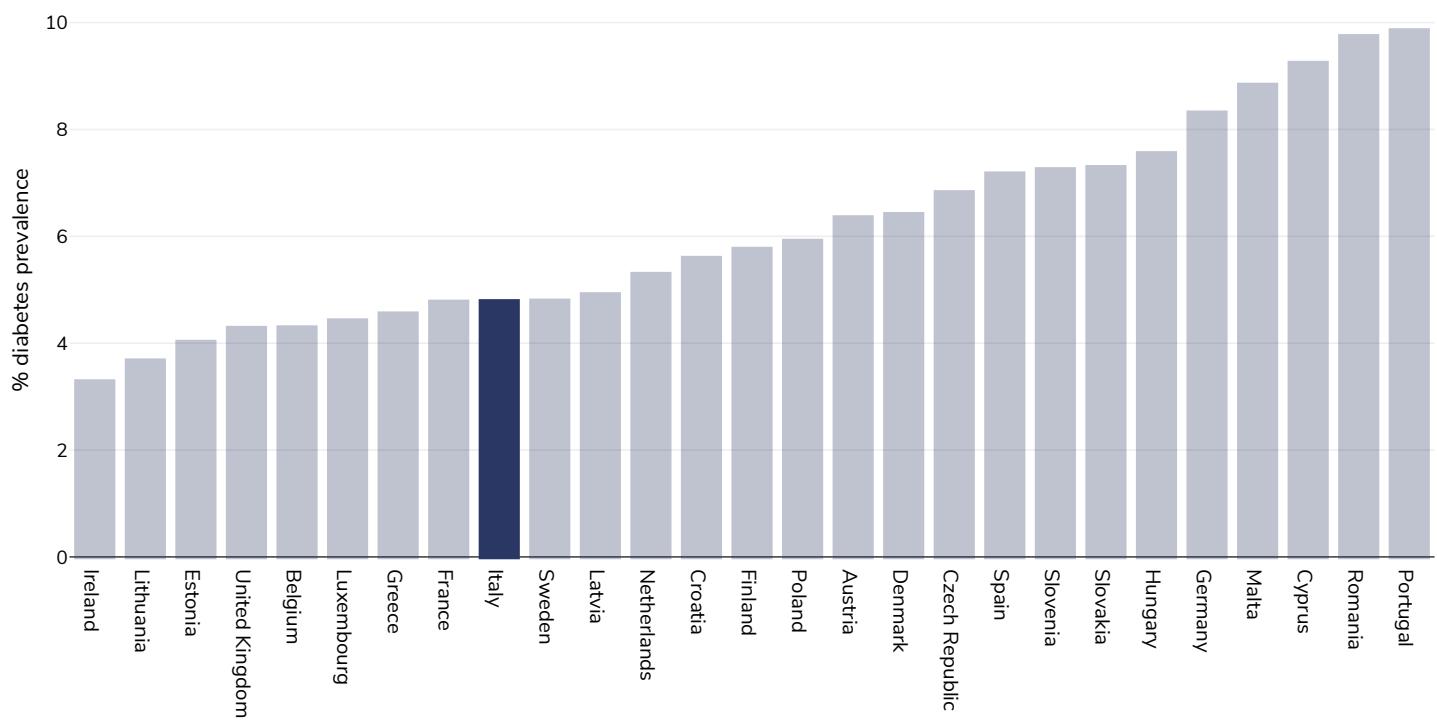
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>

Definitions:

Age Standardised % raised fasting blood glucose (≥ 7.0 mmol/L or on medication).

Diabetes prevalence

Adults, 2017



References:

Reproduced with kind permission of IDF, International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. <http://www.diabetesatlas.org>

Definitions:

Diabetes age-adjusted comparative prevalence (%).

Health systems

Economic classification: **High Income**

Health systems summary

Italy has had a National Health Service (NHS) since 1978. The Italian NHS covers all citizens and legal residents automatically and is considered to be fairly comprehensive (the minimum benefit package is decided upon by the national government). Most of the funding comes from public sources, namely corporate tax, general tax and regional taxes. However, it is said that there are large regional disparities in funding and quality of care in the highly decentralised health system. Public funding is supplemented by several co-payment charges, and while there is no annual cap on out of pocket (OOP) spending, there is a 'ceiling' for individual co-payments. OOP spending is relatively high in Italy at 24% of total health spending. Very few have voluntary health insurance in Italy, which can be obtained corporately or non-corporately and can provide complementary or supplementary coverage.

Indicators

Where is the country's government in the journey towards defining 'Obesity as a disease'?	Defined as disease
Where is the country's healthcare provider in the journey towards defining 'Obesity as a disease'?	Some progress
Is there specialist training available dedicated to the training of health professionals to prevent, diagnose, treat and manage obesity?	No
Have any taxes or subsidies been put in place to protect/assist/inform the population around obesity?	Some progress
Are there adequate numbers of trained health professionals in specialties relevant to obesity in urban areas?	Yes
Are there adequate numbers of trained health professionals in specialties relevant to obesity in rural areas?	No
Are there any obesity-specific recommendations or guidelines published for adults?	Yes
Are there any obesity-specific recommendations or guidelines published for children?	Yes
In practice, how is obesity treatment largely funded?	Out of pocket

Perceived barriers to treatment

Cultural norms and traditions	High cost of out of pocket payments	Lack of training for healthcare professionals	Lack of political will, interest and action
Influence of food industry	Stigma	Lack of treatment facilities	Poor health literacy and behaviour
Lack of opportunity for physical activity			

Summary of stakeholder feedback

While there was some disagreement among stakeholders about the extent to which the Italian government recognised obesity as a disease, stakeholders agreed that there was more consensus among healthcare providers and professionals. It was reported that many were particularly receptive to defining obesity a disease because of its relation to cardiovascular issues. Since the conduction of the interviews and surveys with these stakeholders, however, there has been official parliamentary recognition that obesity is in fact a chronic disease.

Stakeholders reported that individuals typically entered the system via the gatekeeping general practitioners and paediatricians and from there they would be referred onto specialists (such as endocrinologists, nutritionists and dieticians). As investment into obesity prevention and treatment was reported to be poor (particularly for childhood obesity) and there was poor coverage of treatment and diagnostic exams, it was suggested that treatment was mostly paid for out of pocket or via private health insurance. The exception to this was bariatric surgery, for which there is public coverage but long waiting lists. Stakeholders said people tended to fall out of the system because they do not or stop losing weight and because of the lack of clinical care pathways and specialised obesity clinics.

There appears to be no specialist obesity training available in Italy but stakeholders reported that is a reasonable number of health professionals capable of treating obesity in urban areas but insufficient numbers in rural areas. Italy has several obesity guidelines available included one that is endorsed by the Italian Obesity Society.

Based on interviews/survey returns from 4 stakeholders

Last updated: June 2020

PDF created on December 10, 2020



Atlas of Child Obesity

Scorecard: Italy

CHO risk score



Chance of meeting WHO 2025 target



Latest survey: % infants overweight	n/a
2016: % boys aged 5-9 with obesity	20.5
2016: % girls aged 5-9 with obesity	14.9
2016: % boys aged 10-19 with obesity	11.5
2016 % girls aged 10-19 with obesity	8.1
2010: % adolescent boys insufficient physical activity	91
2010: % adolescent girls insufficient physical activity	92.6
2016: % women with obesity	20.4
Latest survey: % early initiation of breast-feeding	n/a
2020 estimate: % women smoking	19.6
Latest survey: % infants with stunting	n/a
Predicted 2030: % children aged 5-9 with obesity	21.2
Predicted 2030: % children aged 10-19 with obesity	12.9
Predicted 2030: number of children aged 5-9 with obesity	574,134
Predicted 2030: number of children aged 10-19 with obesity	733,632
Predicted 2030: number of children aged 5-19 with obesity	1,307,765
Existence of any policies on marketing of foods to children, 2017	✓
Existence of policies to reduce physical inactivity, 2017	✓
Existence of policies to reduce unhealthy diet related to NCDs, 2017	✓

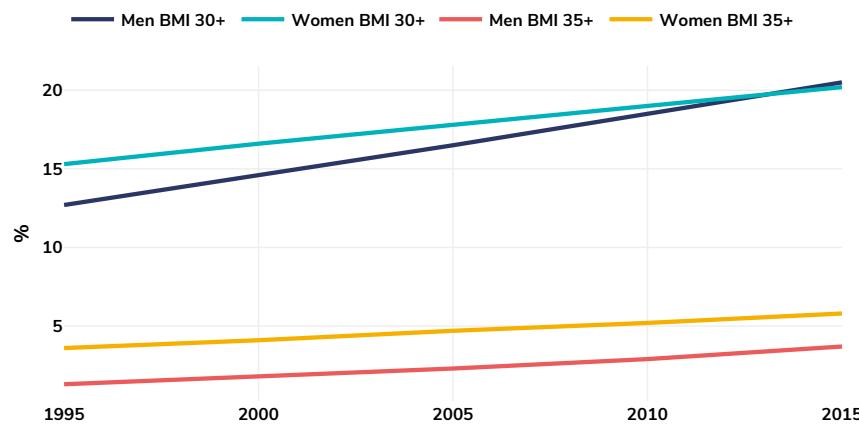
n/a = data not available
For colour coding criteria and further sources see full report



Obesity: Missing the 2025 targets

Scorecard: Italy

Prevalence (%) of adults with obesity and severe obesity 1995-2015



National obesity risk



Obesity: 2010 target and 2025 predicted prevalence and number of cases

	2010 %	2025 %	2025 cases (thousands)
Men	18.5	25.5	6,035.6
Women	19	22.9	5,821.2
Children 5-19	11.4	14.5	1,234.7

Chance of meeting UN adult obesity targets for 2025

Men	2% (very poor chance)
Women	9% (very poor chance)

Rate of increase in adult obesity in two decades 1995-2015

Men	2.4% (rapid growth)
Women	1.4% (rapid growth)

Cases attributed to overweight and obesity 2016

Condition	Cases (thousands)
Diabetes	1,724.6
Hypertension	2,942.3
Ischaemic heart disease	156.8

Health coverage indicator

Diabetes deaths per 1000 cases	4.3 (good availability)
--------------------------------	-------------------------

Health care costs attributed to obesity 2016

US\$ millions	16,502.0
---------------	----------

n/a = data not available
For colour coding criteria and further sources see full report



BETTER NUTRITION

for **EVERY BODY...**

...Means happier, healthier and
longer lives for **EVERYBODY**

For healthier and longer
lives, we must provide
the best nutritional
environment possible.

NUTRITION



HEALTHCARE
for **EVERY BODY...**

Con il contributo non condizionato di

**changing
obesity™**