

**Programma Nazionale della Prevenzione 2005-2007**  
**Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2007( annualità 2006-2007 2008)**

Regione Umbria

Titolo del progetto: **Prevenzione dell'obesità**

Referente: Carlo Romagnoli e dr. Marcello Catanelli

Per ciò che concerne il programma regionale di prevenzione di sovrappeso e obesità declinato nella DGR n. 2305 del 22/12/05: " Determinazioni in merito al Piano regionale della prevenzione attiva" ed esplicitato più particolarmente in occasione della redazione del sanitario regionale 2003/05 in vigore fino al giugno 2009, si erano individuate le seguenti indicazioni programmatiche.

**A) Il rischio per la salute nel soggetto sovrappeso e obeso**

Numerosi studi epidemiologici hanno documentato che l'obesità incrementa il rischio di patologie vascolari: in tutti i gruppi etnici il rischio di sviluppare infarto del miocardio non fatale e morte coronarica aumenta con l'aumentare del Body Mass Index (BMI); la relazione tra obesità e patologie cerebrovascolari non è stata finora estesamente indagata come quella con le patologie cardiache, pur tuttavia sembra esistere una relazione tra aumento del rischio di ictus ischemico ed aumento del BMI.

L'obesità inoltre incrementa l'incidenza e la gravità di altri fattori di rischio cardiovascolari, quali ipertensione, iperlipemie, diabete mellito; studi su popolazione indicano infatti che oltre il 75% della ipertensione è attribuibile all'obesità; gli effetti sul metabolismo lipoproteico sono documentati dal fatto che l'obesità incrementa i livelli di trigliceridi, di colesterolo- LDL e di LDL "piccole e dense", e riduce i livelli di colesterolo-HDL; infine, nella popolazione generale, oltre il 50% della variabilità della resistenza insulinica sarebbe da attribuire all'obesità, specie quella di tipo "centrale". La condizione di "insulino resistenza" fa parte a sua volta di una complessa sindrome metabolica, caratterizzata, oltre che dall'obesità centrale, anche dall'ipertensione, dai disordini del metabolismo lipidico, da intolleranza glucidica/diabete mellito e da uno stato protrombotico.

Con l'aumentare del BMI aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause nel soggetto adulto. Fino ad un BMI di 30 Kg/m<sup>2</sup> l'incremento è in genere modesto, mentre al di sopra di questo valore si ha un incremento del rischio di mortalità per tutte le cause, ed in special modo di mortalità cardiovascolare, del 50-100%. La relazione tra BMI e mortalità totale tende a ridursi nel soggetto anziano. Va comunque segnalato che gli studi che hanno documentato l'aumento della mortalità sono quelli condotti nel soggetto di razza bianca, ma non si hanno conferme in altri gruppi etnici.

Da rilevare infine che l'obesità incrementa anche il rischio di morbidità per altre condizioni, quali la calcolosi della colecisti, le patologie osteoarticolari, e la "sleep apnea". Quest'ultima, caratterizzata da episodi di apnea durante il sonno, con ipossiemia arteriosa, aumento del tono simpatico, ipertensione polmonare ed aritmie cardiache, è correlata con il grado di obesità, specie se localizzata a livello del tronco.

L'obesità nella donna in pre-menopausa è spesso associata con irregolarità mestruali, con infertilità ovulatoria e con la sindrome dell'ovaio policistico. In gravidanza è invece associata con aumento della morbidità sia nella madre che nel feto.

**B) Il contesto epidemiologico:**

La prevalenza di sovrappeso e obesità è in crescita nei paesi occidentali. Le valutazioni sull'andamento delle percentuali di sovrappeso e obesità relative agli anni 1983, 90-91 e 94 distinte per sesso, elaborate da alcuni autori a partire dai dati ISTAT, evidenziano un aumento del sovrappeso e un leggero calo dell'obesità.

I dati epidemiologici disponibili, provenienti prevalentemente dalle indagini multiscopo realizzate dall'ISTAT, hanno permesso di evidenziare alcune criticità collegate al comportamento alimentare della popolazione. Dall'analisi di questi dati e dal confronto tra la situazione italiana e quella umbra, emergono alcune importanti informazioni:

- La diminuzione della percentuale di Umbri che scelgono il pranzo come pasto principale e lo consumano a casa, dato in linea con la tendenza nazionale. Sebbene gli umbri risultino meno colpiti da questo fenomeno, il ritmo di cambiamento è, negli anni considerati, molto alto.
- I cambiamenti negli stili alimentari sembrano essere tutti connessi al lavoro.
- Riguardo ai consumi alimentari, l'Umbria mostra una situazione analoga o migliore rispetto all'Italia, ma con una negativa diminuzione del consumo di frutta e verdura e un insufficiente aumento del consumo di pesce.
- È invece preoccupante il dato sulla sedentarietà, espressa come mancanza di attività fisica. Infatti, secondo quanto emerge dall'indagine effettuata nel 1998, gli umbri presentano percentuali più alte rispetto all'Italia.
- Va posta attenzione anche ai livelli di sovrappeso e obesità, condizioni in costante aumento negli ultimi decenni; il confronto della situazione italiana con quella umbra, evidenzia un quadro regionale simile a quello nazionale, con una condizione di vantaggio per le femmine adulte umbre obese.

### **C) Obiettivi:**

In questa cornice si individuano i seguenti obiettivi:

1. definire i soggetti cui è appropriato proporre un programma per la perdita di peso da parte del Medico di Medicina Generale;
2. definire gli elementi dei quali occorre tenere conto quando si imposta un programma per la perdita di peso;
3. definire le caratteristiche che un programma per la perdita di peso deve avere per risultare efficace;
4. monitorare l'andamento di un programma per la perdita di peso;
5. gestire il mantenimento o eventuali interruzioni del programma di perdita di peso e possibili ricadute verso comportamenti alimentari non appropriati;
6. gestire le richieste di perdere peso in soggetti normopeso.

### **D) Sistemi operativi**

#### *1. Sistemi operativi professionali*

La Regione si impegna a definire una linea guida per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità che sulla base delle evidenze disponibili, definisca indicazioni per mmg, specialisti, competenti servizi territoriali sulle tematiche al centro degli obiettivi assunti dal presente programma.

#### *2. Sistemi operativi gestionali*

Conseguentemente alla definizione della lg di cui al punto precedente, la regione si impegna a definire:

- a) un percorso formativo appropriato per mmg, specialisti e servizi territoriali competenti;
- b) attivare nelle aziende processi di audit strutturato sui temi in oggetto;
- c) definire, d'intesa con i professionisti appropriati indicatori di outcome.

#### *3. Sistemi operativi relazionali*

La Regione si impegna a definire opportuni sistemi relazionali che concorrano a garantire l'adesione dei cittadini e dei pazienti alle indicazioni proposte.

#### *Calendario delle attività (cronoprogramma)*

In riferimento ai punti/ obiettivi in cui si articola il seguente programma regionale si prefigurano le seguenti scadenze:

#### *Punto D*

1. Entro dicembre 2006
- 2.a Entro aprile 2007 (avvio)
- 2.b Entro settembre 2007 (avvio)
- 2.c Entro dicembre 2006

## Attività regionali 2006/07/08

### Indagine epidemiologica

Il monitoraggio del grado di sovrappeso e obesità e i livelli di attività fisica

La Regione Umbria ha attivato, nel quadro della redazione del Documento di Valutazione dei Determinanti di salute e delle Strategie del SSR (DVSS di cui alla DGR 1057/2004 consultabile nel sito dell'Osservatorio epidemiologico regionale ([www.regione.umbria.it/sanita](http://www.regione.umbria.it/sanita)) Volume A e C una indagine ad hoc sull'alimentazione e stili di vita.

### Attività svolte

- Su tutte le 4 ASL sono stati attivati i Servizi di Epidemiologia all'interno dei 4 dipartimenti di Prevenzione: ciò ha permesso di creare quel nucleo minimo di competenze intorno al quale è andata crescendo la capacità dei Servizi di sorvegliare lo stato di salute della popolazione
- Su tutto il territorio regionale sono stati costituiti i nuclei per L'Assistenza Primaria (A:P) Continuità Assistenziale (C:A), Pediatri Libera Scelta (PLS) che costituiscono l'équipe territoriali.

n.49 Nuclei A.P ( Assistenza Primaria)

n. 17 Nuclei PLA (Pediatri Libera Scelta )

n. 23 nuclei di C.A. ( Continuità Assistenziale).

Ogni nucleo ha un suo regolamento che costituisce lo strumento di integrazione tra gli accordi nazionale, regionale ed aziendale nonché tra la programmazione aziendale e dei singoli servizi. L'obiettivo principale era quello di aumentare l'integrazione funzionale ed organizzativa dei MMG, pediatri, nonché della continuità assistenziale, nell'attività distrettuale, quale soggetti attivi e responsabili per: l'individuazione dei bisogni, il governo della domanda, la definizione di percorsi attivando compiutamente il modello operativo delle équipe territoriali. Inoltre spettava loro anche l'elaborazione di linee guida condivise, nell'ambito della predisposizione di programmi sia preventivi che assistenziali per specifiche patologie tra cui i disturbi dei comportamenti alimentari e il diabete.

- -E' stata redatta la Linea guida sull'obesità
- Sono state implementate le Linee guida sui disordini del comportamento alimentare ( diffusione nelle Aziende e c/o MMG e PLS del quaderno omonimo) anche attraverso corsi di formazione aziendali.
- la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Servizio II° ha aderito in qualità di U.O. assieme ad altre Istituzioni, al programma di ricerca finalizzata ex art.12 DLgs n. 502/92 e successive integrazioni - esercizio 2004 dal titolo: Comunicazione informativa ed educativa per la promozione di stili di alimentari e di attività fisica per la prevenzione dell'obesità” finanziato dal Ministero della Salute e affidato alla Regione Calabria in qualità di Capofila di ricerca e responsabile della conduzione del Progetto.

Per l'effettuazione dei compiti volti alla realizzazione del Progetto di cui trattasi, in ambito regionale è stata stipulata apposita Convenzione con la Fondazione Angelo Celli, Per una Cultura della Salute ( Presidente il Prof. Tullio Seppilli ).