



SEDENTARIETA' E OBESITA' IN ITALIA. TENDENZE ED EFFETTI INDIVIDUALI E SOCIALI

Antonio Tintori

Dicembre 2015

ISSN 2240-7332

IRPPS WP 84/2015



CNR-IRPPS

Sedentarietà e obesità in Italia. Tendenze ed effetti individuali e sociali

Antonio Tintori

2016, p. 19 IRPPS Working paper 84/2016

Sedentarietà e obesità sono problemi in parte correlati tipici delle società economicamente più avanzate. In molti Paesi questi fenomeni rappresentano oggi un'emergenza sociale, con importanti ripercussioni sulla qualità di vita degli individui e sui sistemi sanitari nazionali, chiamati alla cura di un numero crescente di patologie croniche legate a scorretti stili di vita e inadeguate abitudini alimentari. La sedentarietà è in espansione in Europa, e in Italia coinvolge 1/3 della popolazione infantile. Anche l'obesità risulta in crescita in Italia, nelle fasce più giovanili della popolazione. L'attenzione verso stili di vita corretti e il benessere generale che a più livelli viene attivata in ambito sia pubblico sia privato non appare incidere in modo significativo nel ridurre l'impatto di questi fenomeni. Il presente paper promuove l'idea della pratica di attività fisico-sportive come prioritaria chance individuale e politica per combattere e prevenire il sovrappeso e sostenere il benessere psico-fisico e sociale della popolazione, sottolineando la natura "globale" dello sport, che coinvolge i concetti di salute, educazione, coesione e trasmissione di valori propedeutici a un'armonica crescita individuale e a un sostenibile sviluppo sociale.

Parole chiave: Sedentarietà, Obesità, Stili di vita, Qualità di vita, Benessere, Politiche sociali, Attività fisico-sportiva.

CNR-IRPPS

Physical inactivity and obesity in Italy. Trends and individual and social effects

Antonio Tintori

2016, p. 19 IRPPS Working paper 84/2016

Physical inactivity and obesity are partly related problems which are typical of economically advanced societies. In many countries today this phenomenon represents a social emergency, affecting the quality of life of people and of the national health systems; the latter have to deal with a rising number of chronic diseases linked to unhealthy lifestyles and eating habits. A sedentary lifestyle is expanding in Europe and, in Italy, involves a third of the child population. Even obesity is rising in Italy, above all in the younger age range. The focus on healthy lifestyles and well-being, in both public and private sectors, does not seem to reduce this trend. This paper promotes sport as an individual and politic priority chance to combat and prevent overweight and to support the physical, mental and social well-being of the population; it highlights the "global" nature of sport which conveys ideas such as health, education, cohesiveness and those values encouraging a harmonious individual growth and a social sustainable development.

Keywords: Physical inactivity, Obesity, Lifestyles, Quality of Life, Wellness, Social policies, Physical and sporting activities.

Citare questo documento come segue:

Antonio Tintori (2016). Sedentarietà e obesità in Italia. Tendenze ed effetti individuali e sociali. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali. (IRPPS Working papers n. 84/2016).

Redazione: Marco Accorinti, Sveva Avveduto, Corrado Bonifazi, Rosa Di Cesare, Fabrizio Pecoraro, Tiziana Tesauro. Editing e composizione: Cristiana Crescimbene, Luca Pianelli, Laura Sperandio. La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto di ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali 2013. Via Palestro, 32 Roma



Indice

Introduzione	3
1. Sedentarietà in Italia. Tendenze ed effetti	3
2. Identikit del sedentario	5
3. L'obesità e il suo impatto sociale	8
4. Sovrappeso e obesità in Italia	9
5. La cultura dell'obesità	12
6. Le ragioni della sedentarietà	13
7. Lo sport come fattore di prevenzione e benessere	14
8. Conclusioni	15
Bibliografia	17

Introduzione

La sedentarietà si configura oggi sotto il profilo sia sociale sia sanitario uno dei problemi più rilevanti del mondo occidentale, ovvero dei territori economicamente più sviluppati del nostro pianeta. La sedentarietà è legata allo stile di vita, al livello di propensione dei cittadini alla pratica di attività fisico-sportiva, al grado di consapevolezza dei rischi indotti dall'inattività fisica protratta nel tempo, ma anche ad atteggiamenti culturali ancora fortemente incentrati sulla soddisfazione dei bisogni primari piuttosto che sul benessere e l'autoespressione (Misiti et al. 2008).

Così come la sedentarietà, anche l'obesità – che diversamente si caratterizza per l'essere una condizione medica – può coinvolgere tutti: preadolescenti, adolescenti, adulti. Sedentarietà e obesità si configurano come fenomeni tendenzialmente in crescita e di grande interesse sotto il profilo sia scientifico sia istituzionale in quanto producono effetti negativi non solo a livello individuale ma anche sull'intera collettività. Entrambi i problemi chiamano in causa il concetto di salute, che come sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non deve semplicemente intendersi come assenza di malattia bensì come completo stato di benessere fisico, psichico e sociale (WHO 1946).

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

1. Sedentarietà in Italia. Tendenze ed effetti

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

problema con i tratti di un'emergenza sociale che coinvolge circa 1/3 della popolazione infantile (sedentaria per circa 1/3 del totale) (Istat 2010).

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

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

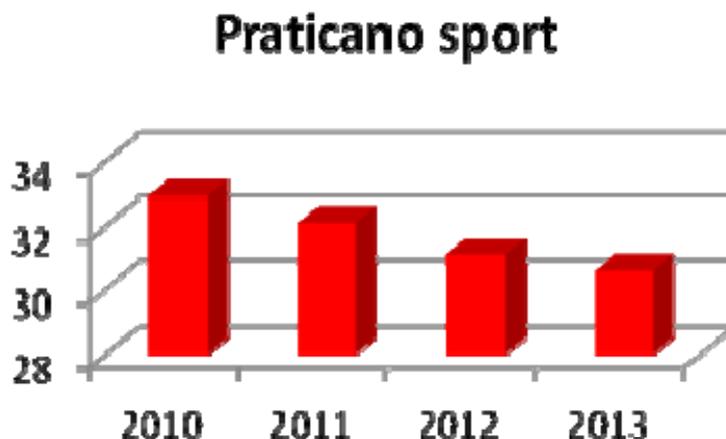
Tabella: 1 Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e sedentari – Anni 2010-2013 (valori percentuali).

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

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

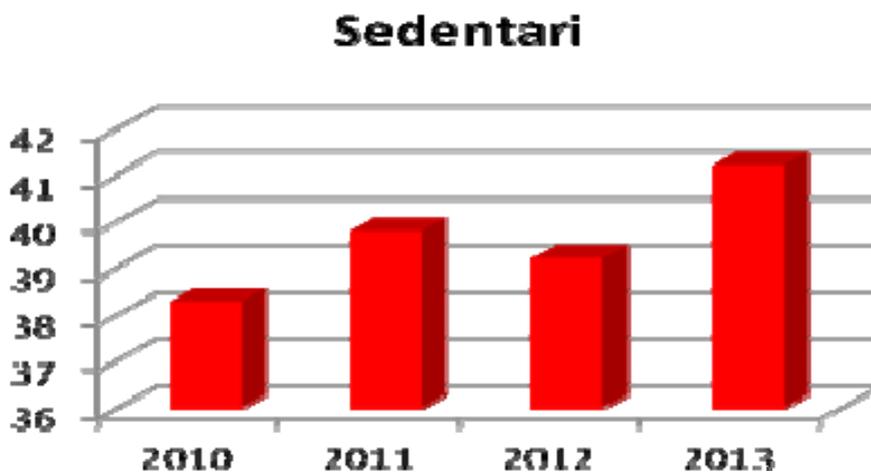
I Grafici 1 e 2 che seguono ripropongono parte delle informazioni contenute nella precedente tabella, ma in quanto modello di rappresentazione dei dati di intuitiva comprensione, delineano l'andamento del fenomeno osservato in modo più immediato ed evidente sotto il profilo visivo. Diversamente dalle tabelle, infatti, i grafici non richiedono in genere un alto livello di attenzione né calcoli al fine di decifrare l'informazione statistica.

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



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

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



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

2. Identikit del sedentario

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

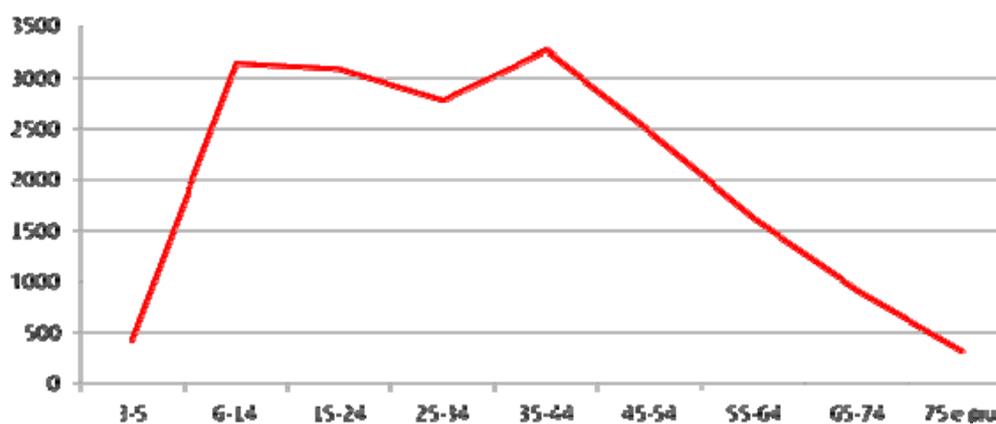
Tabella 2: Sedentari di 3 anni e più per sesso – Anni 2010-2013 (valori percentuali).

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

Fonte: Elaborazione dati Istat, “Aspetti della vita quotidiana”, 2014.

Anche l’età influisce fortemente sulla scelta di fare o meno sport. In questo caso le classi di età che maggiormente rappresentano gli sportivi sono quelle comprese tra i 6 e i 14 anni e tra i 35 e i 44 anni. In generale si evidenzia una maggiore partecipazione alle attività fisico-sportive nelle fasce di età giovanili, ovvero dall’infanzia fino a circa i 50 anni, al di là dei quali la tendenza subisce una flessione sempre più marcata in vista dell’approssimarsi della “terza età” (Grafico 3).

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



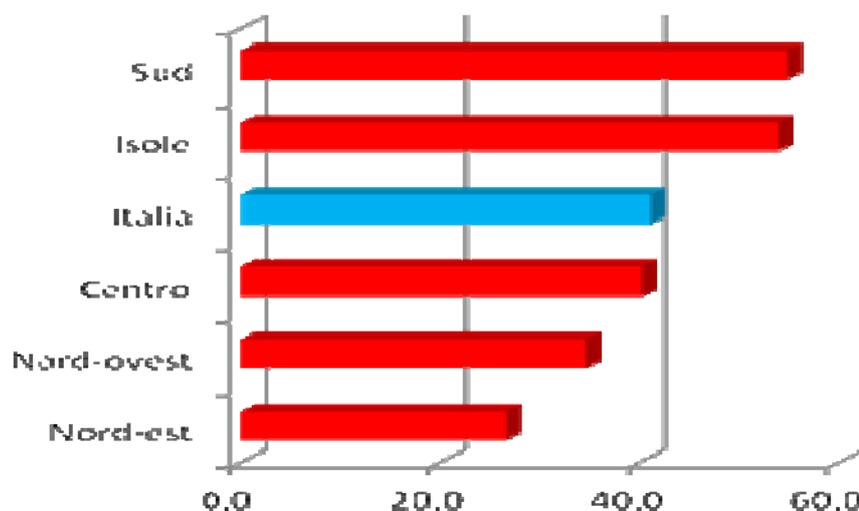
Fonte: Istat, “Aspetti della vita quotidiana”, 2014.

Una scelta non proprio razionale questa, giacché è proprio nel momento in cui il nostro fisico invecchia che possono essere più visibili i benefici di una costante attività sportiva, sebbene, naturalmente, questa debba essere sempre professionalmente calibrata sulla propria età e richiedere un impegno adeguato alle capacità ed esigenze individuali.

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

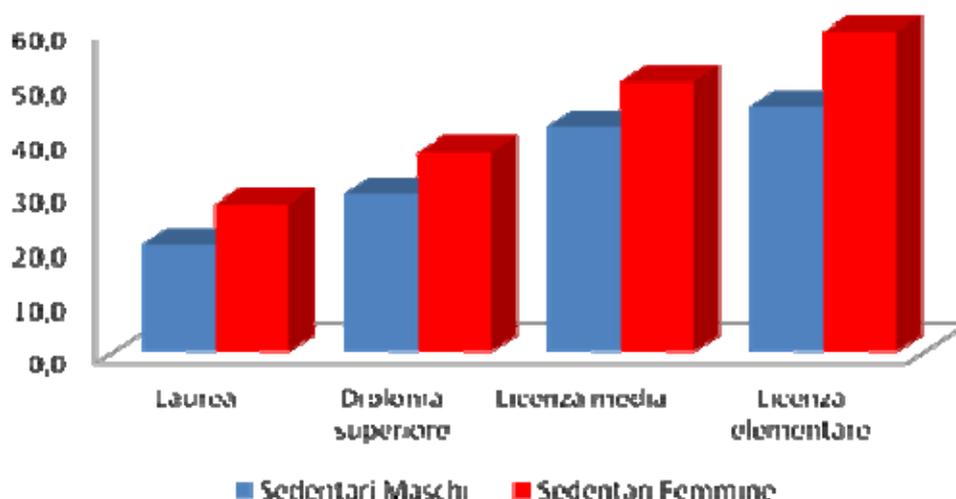
Un'altra variabile molto influente sulla propensione al "fare sport" appare il livello di istruzione. Come evidenzia il Grafico 5 l'attitudine allo sport risulta a questo direttamente proporzionale: a un titolo di studio elevato corrisponde un minor livello di sedentarietà. E questa è una tendenza che,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

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



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

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



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

Ciò detto, è doveroso chiarire che la correlazione tra titolo di studio e livello di sedentarietà non è di causa-effetto, ovvero in questo caso, così come per altri presenti sia nel presente scritto

sia in genere nell'ambito dell'analisi statistica e sociologica, la correlazione non è scientificamente dimostrata. L'affermazione che chi è più istruito pratica più sport è da intendersi quindi come un'intuizione, l'ipotesi più logica che emerge da un'attenta lettura delle informazioni statistiche, giacché, peraltro, è improbabile che sia il livello di sedentarietà a determinare il titolo di studio.

3. L'obesità e il suo impatto sociale

Ai fini della promozione della salute individuale e del benessere sociale, ma anche per il controllo della spesa sanitaria, lo sport, alla luce dei dati ora mostrati, appare come un elemento importante rispetto le politiche sociali e sanitarie, e la sua promozione potrebbe essere intesa come preconditione per l'adozione di stili di vita attivi e sani (Tintori 2012). Quando l'inattività fisica si associa a scorrette abitudini alimentari ciò che si determina è una combinazione spesso condizionante l'insorgere negli individui di stati di salute particolarmente pericolosi. L'obesità, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come malattia nel 2000 (WHO 2000), rappresenta un fattore di rischio molto importante in quanto legata a diverse malattie croniche non trasmissibili. In qualche modo sottovalutata per molto tempo nei paesi occidentali è oggi ritenuta uno dei principali problemi di salute pubblica ed è considerata dal Ministero della Salute uno stato prevenibile, proprio in quanto spesso determinato da stili di vita scorretti (alimentazione ipercalorica associata a uno scarso dispendio energetico a causa di inattività fisica). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, negli ultimi 50 anni e in particolare dagli anni '80 è molto aumentato il numero degli obesi (oggi nel mondo sono quasi 2 miliardi); ciò a causa delle mutate abitudini alimentari, della diffusione delle bevande zuccherate, degli *energy drink* e degli *junk food*, oltre all'aumento in genere della quantità di cibo e bevande consumate.

La diffusione dell'obesità ha ripercussioni individuali e sociali, dirette e indirette. I costi diretti attingono alle spese sanitarie (assistenza sanitaria, servizi ospedalieri, farmaci ecc.), quelli indiretti alla perdita di produttività dovuta all'insorgere delle patologie legate all'obesità. L'aumento dell'obesità implica l'aumento della spesa sanitaria per la cura di patologie quali l'ipertensione, il diabete di tipo 2, l'ipercolesterolemia, le malattie coronariche, l'ictus, l'asma, l'artrite, il cancro. Sul piano socio-economico l'obesità determina inoltre costi indiretti correlati alla produttività lavorativa e formativa. Assenteismo, presenteismo, depressione ed emarginazione rappresentano le principali problematiche relative ai costi indiretti dovuti a questa malattia e alle patologie ad essa associate. Al di là dei costi sociali è doveroso chiedersi come si senta un obeso, come percepisca la sua condizione e quale, oltre il fisico, sia il suo stato di salute psichica. Sia giovanissimi che adulti, se obesi, perdono infatti qualcosa anche sotto il profilo della socialità. Questo qualcosa è la possibilità di partecipare appieno alla vita collettiva, e ciò per propria scelta, per una oggettiva limitazione fisica al movimento o, anche, perché negativamente etichettati e quindi soggetti a forme di emarginazione. Nel caso dell'obesità infantile e adolescenziale il problema più frequente attiene allo scarso sviluppo di capitale umano, generato da un minore rendimento scolastico. In questo caso il giovane riduce le sue potenzialità formative, resta indietro rispetto i suoi coetanei, col rischio di vedersi ridotte le aspettative di ruolo nell'età adulta e le opportunità di inserimento nel mercato del lavoro. Per gli

adulti obesi il discorso è in parte diverso. Qui viene chiamata in causa anche la partecipazione al lavoro, ed è in questo caso che si evidenziano difficoltà soggettive che possono generare il fenomeno dell'assenteismo – che è nel nostro caso sia indice di malessere del lavoratore sia un costo per il datore di lavoro –, ma anche il meno noto (perché indagato solo negli ultimi anni) fenomeno del presentismo, per il quale la persona si reca presso il proprio posto di lavoro seppur malato o indisposto psico-fisicamente, originando così una partecipazione improduttiva al lavoro che, sulla base delle stime sinora raccolte ai fini della lettura di questo fenomeno, caratterizza per la società e le imprese un peso economico anche fino a 3 volte superiore a quello determinato dall'assenteismo (Stewart 2003).

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

Tabella 3: Bmi e classi di peso.

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

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 2014.

Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, nel 2013 in Italia l'obesità ha riguardato 1 adulto su 10 (OECD 2014). Per questo la geografia dell'obesità in Europa vede il nostro Paese tra le nazioni con i più bassi indici di obesità, tra gli adulti. Ma il fenomeno, comunque in generale crescita, assume dimensioni particolarmente preoccupanti in relazione alla fascia più giovane della popolazione, soprattutto considerando che le evidenze statistiche dell'Organizzazione mondiale della Sanità portano a ritenere che l'obesità infantile si traduce il più delle volte in obesità anche in età adulta (WHO 2010).

4. Sovrappeso e obesità in Italia

Analizzando i dati dell'indagine dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" del 2011 risulta infatti che quasi 4 bambini italiani su 10, di età compresa tra i 6 e i 9 anni, si trovano in una condizione di sovrappeso o obesità. Diversamente dall'analisi della presenza dell'obesità tra la popolazione adulta, ciò ci colloca nelle primissime posizioni della classifica per obesità dell'area OCSE, solo dopo USA e Grecia. Questo dato è particolarmente preoccupante in quanto riguarda la fascia più giovane della popolazione, e quindi la probabilità dell'insorgenza negli adulti di domani di tutti i rischi e delle patologie precedentemente esposte, con una possibile riduzione della qualità e della speranza di vita degli individui che oggi precocemente ricadono in queste condizioni. Come mostra la tabella 4, al crescere dell'età il peso delle categorie dei giovani in

sovrappeso o obesi si riduce, sebbene però, in totale, tra i 6 e i 17 anni circa 3 soggetti su 10 presentano un eccesso di peso.

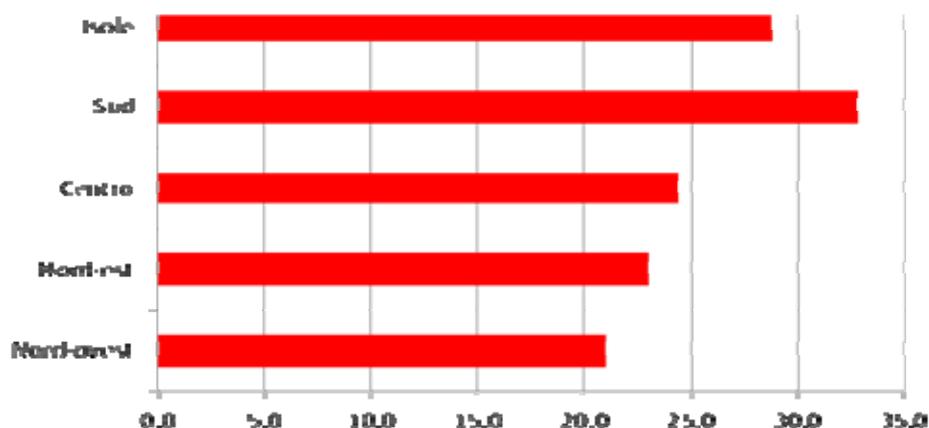
Tabella 4: Persone di 6-17 anni e per indice di massa corporea e classe di età – Anno 2010 (valori percentuali).

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

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

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

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



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

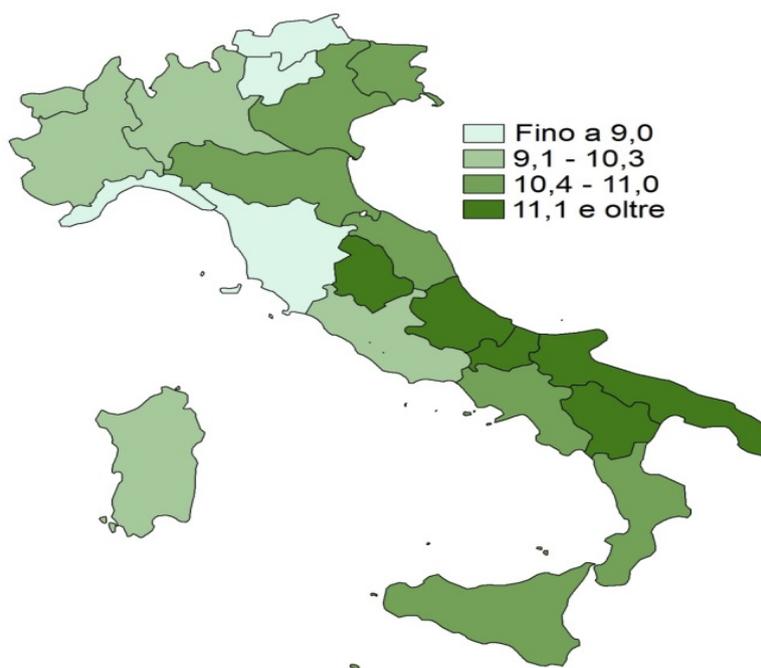
La Tabella 5 e il Grafico 7 forniscono invece indicazioni sull'ammontare degli adulti obesi per regione, e in questo caso i territori più “virtuosi” – ovvero con una minore incidenza dell'obesità oltre i 18 anni – sono la Liguria, Trento e la Toscana. Diversamente, la maglia nera per l'obesità tra adulti deve essere attribuita al Molise, seguito da Puglia e Basilicata.

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

Regioni	Persone obese di 18 anni e più
Piemonte	9,1
Valle d' Aosta	9,3
Liguria	6,9
Lombardia	10,3
Trento	8,4
Veneto	10,7
Friuli-Venezia Giulia	10,7
Emilia-Romagna	10,6
Toscana	8,8
Umbria	12,0
Marche	10,8
Lazio	9,3
Abruzzo	12,4
Molise	13,5
Campania	11,0
Puglia	12,9
Basilicata	12,6
Calabria	10,6
Sicilia	10,8
Sardegna	9,1

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

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



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

5. La cultura dell'obesità

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

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

	Padre	Madre
Laurea	22,4	21,1
Diploma	23,6	24,3
Obbligo scolastico o nessun titolo	28,3	28,5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Le ragioni della sedentarietà

L'emergenza sociale dettata dai livelli di sedentarietà e obesità, anche in considerazione delle ripercussioni sulla spesa sanitaria pubblica e privata, impone un'analisi particolareggiata delle motivazioni sottese agli stili di vita privi di attività fisica. Se da un excursus sulla letteratura degli ultimi anni in campo psicologico e sociologico emerge che i fattori che inducono a praticare sport hanno una connotazione di genere – in particolare perché legati alla disponibilità di tempo libero e quindi alla possibilità di conciliare gli oneri di cura e assistenza familiare con il lavoro e le attività personali – e attengono in generale al miglioramento del proprio status psico-fisico (Misiti et al. 2008), più nello specifico si rileva che si fa sport per passione, piacere e per tenersi in forma.

Il tempo è una variabile fondamentale nella scelta di praticare o meno attività fisico-sportiva. L'identikit dello sportivo “doc” delinea una donna giovane, istruita, occupata e senza figli. Rispetto a questo ultimo aspetto, al di là dell'influenza del livello di istruzione – un fattore di discriminazione importante che distingue sedentari e sportivi – è per le donne l'assenza di figli a generare la possibilità di dedicarsi al movimento fisico per il proprio benessere o piacere. Ciò perché nella nostra società è ancora presente una rigida e sessista divisione dei ruoli di genere che culturalmente sostiene lo stereotipo per il quale la cura familiare – ovvero quella verso la prole così come l'assistenza dedicata a persone anziane o non autosufficienti – è considerata come ovvia (“naturale”) incombenza femminile.

Il tempo è la variabile più ricorrente, che trasversalmente spiega, o giustifica, i comportamenti sedentari. Anche senza attingere alla letteratura scientifica o alle risultanze di indagini in tema, è nello stesso sentire comune che alla base della sedentarietà ci sia la mancanza di tempo a causa di impegni lavorativi o di studio. È questa infatti la principale ragione che ricorre anche in letteratura, ovvero quella più usualmente dichiarata dagli intervistati (Eurobarometer 2010).

Oltre a questo aspetto, le ragioni principali per le quali non si pratica sport regolarmente, e quindi i fattori che inibiscono o determinano l'abbandono della pratica, sono la mancanza di interesse, l'età, la stanchezza, la pigrizia, i motivi di salute. La Tabella 10 illustra i fattori potenzialmente influenti, in quanto più frequentemente rilevati in ambito socio-psicologico (Misiti et al. 2008), nel determinare la sedentarietà.

Tabella 10: Fattori che inibiscono la pratica di sport o ne determinano l'abbandono.

Individuali			Sociali		
<i>Fisici</i>	<i>Psicologici</i>	<i>Organizzativi</i>	<i>Educativi</i>	<i>Relazionali</i>	<i>Strutturali</i>
Salute fisica	Stanchezza mentale	Mancanza di tempo	Inappropriato o assente stimolo esterno (pubblicitario / scolastico)	Scarso apprezzamento della metodologia di insegnamento	Insufficienza di impianti sportivi pubblici
Età	Scarso interesse	Impegni familiari		Complicato rapporto con l'insegnante	Inadeguata offerta rispetto i propri bisogni
Stanchezza fisica	Paura di insuccesso	Impegni lavorativi		Eccessivo stimolo all'attività agonistica	Elevato costo dei servizi
Disabilità	Ansia da prestazione			Allenamenti noiosi o ripetitivi	
	Vergogna / imbarazzo			Difficoltà nella socializzazione	

Fonte: elaborazione su dati CNR-Irpps, 2008.

Oltre all'influenza del fattore tempo – che si configura come un impedimento di tipo organizzativo e attiene principalmente alle cause che limitano o impediscono la pratica di sport alla popolazione adulta – e ad altri aspetti già citati ai quali si aggiungono cause di ordine psicologico se vogliamo di secondo piano ma comunque influenti come la paura di insuccesso, l'ansia da prestazione e l'imbarazzo di mostrarsi in pubblico, lo schema mostra l'esistenza di un complesso ventaglio di fattori sociali di tipo educativo, relazionale e strutturale determinanti la sedentarietà. Tra questi sono da sottolineare la percezione di uno scarso stimolo pubblico al fare sport, il difficile incontro tra obiettivi sportivi personali e metodiche didattiche, e infine la carenza di impianti sportivi pubblici e in genere l'elevato costo dei servizi in ambito sportivo.

Fino a che punto questi fattori riflettano fedelmente le ragioni personali che motivano alla sedentarietà è difficile da definirsi. Certamente sono tutti aspetti influenti, ma ciò che più appare determinare l'inattività fisica è ciò che a questi fattori è sotteso, ovvero una ancora scarsa diffusione della cultura del benessere generale, fisico, psichico e sociale, e quindi dello sport.

7. Lo sport come fattore di prevenzione e benessere

Lo sport, inteso come fenomeno *globale*, ossia come attività fisico-sportiva, organizzata e non, potenzialmente in grado di generare benessere e sviluppo personale e sociale, sotto il profilo del contrasto all'obesità è senza dubbio uno strumento di grande efficacia (Tintori 2010). Lo sport *globale* deve essere inteso come un fenomeno complesso: un insieme composto da elementi che non sono separati né tra loro né da ciò che li circonda, un'attività e un luogo, ove oltre il gesto atletico, le abilità motorie e la pratica fisica si genera socialità, dialogo e

partecipazione. Lo sport, in una sua visione più ampia, *olistica*, diviene quindi sinonimo di salute, aggregazione, educazione; uno strumento di comunicazione e trasmissione di valori propedeutici a un'armonica crescita individuale e a un sostenibile sviluppo sociale. A fronte delle relazioni sociali estese e complesse, ma allo stesso tempo distanti e virtuali, che caratterizzano i nostri tempi moderni, un efficace contrasto degli stili di vita sedentari attraverso lo sport comporterebbe anche nel superamento delle barriere sociali e culturali che riducono le possibilità di incontro intra e inter-generazionale, di genere e di appartenenza etnica e religiosa. Lo sport così inteso, nella sua interezza, si configura fattore di prevenzione e benessere, ma anche di incontro, inclusione e coesione.

La promozione di stili di vita attivi risulta la chiave di volta per diffondere la pratica di attività fisico-sportive a tutte le età e per tutte le età, così riducendo il rischio di contrarre malattie cardiovascolari e patologie croniche correlate al sovrappeso. Visti i livelli di crescita dell'obesità e della sedentarietà tra le fasce giovanili della popolazione, appare quanto mai urgente adottare una visione più ampia e complessa dello sport e delle sue potenzialità, anche in ambito di politiche sociali, per sostenere l'idea dello *sport per tutti* come elemento centrale di *policy* nei moderni contesti urbani. Le attività di informazione e la scia mediatica e comunicativa che possibilmente lascerà l'Esposizione Universale di Milano potrebbero rivelarsi un utile volano da questo punto di vista, unendo e facendo maturare la consapevolezza rispetto a consumi e abitudini alimentari alla consapevolezza circa l'importanza della pratica sportiva.

Per promuovere stili di vita attivi è però importante superare l'idea dell'attività fisica come sinonimo di competizione, specialismo, *performance* e milionarie sponsorizzazioni (Porro 2001), diversamente si affaccia come concreto il rischio di un ulteriore distacco dalla pratica effettiva dello sport di una importante fascia della popolazione, per la quale il ruolo dello spettatore sportivo è prevalente su quello di praticante, laddove non esclusivo. Sostenere la salute e una migliore qualità di vita dei cittadini implica quindi la riduzione dell'influenza dell'*economica privata dello sport*, della *fabbrica dello sport*, e il sostegno dell'*economica pubblica dello sport*, fondata sul benessere e il piacere, sulla ri-appropriazione di una sana corporeità (Tintori 2007).

8. Conclusioni

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

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

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

Bibliografia

- Antonelli, F., Salvini, A. (1978). *Psicologia dello sport*. Roma: Lombardo.
- Allison, L. (2005). *The global politics of sport: the role of global institutions in sport*. Lincoln Allison. London; New York: Routledge.
- Buonamano, R., Cei, A., Mussino, A. (1997). *La motivazione alla pratica sportiva nei giovani*. Roma: Coni Scuola dello sport.
- Cei, A. (1998). *Psicologia dello sport*. Bologna: il Mulino.
- Corbetta, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Eurobarometer, European Commission (2010). *Sport and physical activity*. Luxembourg: Publications office of the European Union Web. 23 luglio 2015. <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf>.
- EU (2014). *Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*. Web. 20 agosto 2015. <http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf>.
- Giovannini, D., Savoia, L. (2002). *Psicologia dello sport*. Roma: Carocci.
- Houlihan, B. (1994). *Sport and International Politics*. Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead.
- Houlihan, B. (1997). *Sport, policy and politics: a comparative analysis*. London: Routledge.
- ISTAT (2011). Indagine multiscopo sulle famiglie: *Aspetti della vita quotidiana*. Roma: Istat. Web. 25 agosto 2015. <<http://www.istat.it/it/archivio/66990>>.
- ISTAT (2014). Indagine multiscopo sulle famiglie: *Aspetti della vita quotidiana*. Roma: Istat. Web. 25 agosto 2015. <<http://www.istat.it/it/archivio/91926>>.
- ISTAT (2014). Rapporto BES. *Benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat. Web 26 agosto 2015. <http://www.istat.it/it/files/2014/06/Rapporto_Bes_2014.pdf>.
- Mandell, R. (1989). *Storia culturale dello sport*. Roma-Bari: Editori Laterza.
- Ministero della Salute (2014). Informativa WHO: *Attività fisica*, n.384. Web. 21 agosto 2015. <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf>.
- Misiti, M. (a cura di) (2008). I cittadini e lo sport nel Lazio. I dati dell'Itat e l'indagine Irpps. Roma: CNR-Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali (*IRPPS Working paper n.20*).
- OECD (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Web. 2 settembre 2015. <<http://www.oecd.org/els/health-systems/46044625.pdf>>.
- OECD (2014). *Health Statistics*. Web. 29 luglio 2015. <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>.

Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*. 289(23).

Porro, N. (2001). *Lineamenti di sociologia dello sport*. Roma: Carocci.

Tintori, A. (2007). Semantica dello sport. Pratica sportiva e gioco del calcio tra significati e fruizione. In: *Geografia del calcio*. Semestrale di Studi e Ricerche di Geografia, a cura di R. Morri, C. Pesaresi, n. 02. Sapienza, Università di Roma, Roma: p. 39-49.

Tintori, A. (2009). Roma Sport 2020. Roma: CNR-Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali (*IRPPS Working paper n.26*).

Tintori, A. (2010). Lo sport nella città globale. Analisi e prospettive di politiche sociali. *Geografia*, n. 1-2: p. 32-41.

Tintori, A. (2012). Il metodo Delphi e le politiche per lo sport (seconda parte). *SDS. Scuola dello Sport*, luglio-settembre, n. 94: p. 3-10. Calzetti Mariucci Editore.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Web. 22 luglio 2015. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.

WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Web. 16 luglio 2015. <http://who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>.

WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Web. 23 luglio 2015. <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/>.

WHO (2010). *Global status report on non communicable diseases*. Web. 23 luglio 2015. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>.

Withrow, D., Alter, D. A. (2010). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *International Association for the Study of Obesity*.