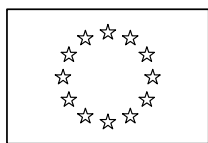


IT



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 2007
SEC(2007)707

DOCUMENTO DI LAVORO DEI SERVIZI DELLA COMMISSIONE

Che accompagna il

Libro bianco della Commissione per il Parlamento europeo e il Consiglio

Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità

Sintesi della VALUTAZIONE D'IMPATTO

{COM(2007) 279 DEF

SEC(2007)706}

1. Definizione del problema

Secondo l'OMS in Europa un'alimentazione scorretta e una scarsa attività fisica rappresentano 6 dei 7 principali fattori di rischio sanitario (vedasi grafico 1 nell'allegato). Si ritiene che l'80% delle cardiopatie, degli ictus e delle insorgenze di diabete di tipo 2, nonché il 40 % dei tumori potrebbero essere evitati se si eliminassero i fattori di rischio comuni connessi allo stile di vita (ivi compreso il tabagismo).

È stato dimostrato che nell'UE l'alimentazione e i livelli di attività fisica si stanno deteriorando, dal momento che l'obesità e il sovrappeso sono in aumento. I dati indicano che 19 dei 27 Stati membri hanno già medie di IMC superiori al livello di 25 kg/m², il dato corrispondente a buone condizioni di salute (vedasi grafico 2 nell'allegato).

Supponendo una tendenza lineare all'aumento e in mancanza di interventi, si ritiene che la prevalenza dell'obesità nell'UE-27 sarà del 20,1 % nel 2020, (vedasi grafico 3 nell'allegato).

Le supposizioni alla base dei dati forniti prima indicano che potrebbe trattarsi di stime prudenziali. Ad esempio, l'esperienza statunitense relativa alla fine degli anni '80 indica una curva molto più accentuata. In secondo luogo, l'analisi non prende in considerazione il modo in cui aumentano l'obesità e il sovrappeso nei bambini. È dimostrato che l'obesità infantile aumenta costantemente con la prevalenza più elevata nei paesi dell'Europa meridionale (vedasi grafici 4 e 5 dell'allegato).

La prevalenza dell'obesità apparentemente aumenta nel corso della vita adulta, con i livelli più elevati fra gli adulti di età compresa tra i 50 e i 60 anni. Le differenze tra i generi non sono uniformi per quanto riguarda l'obesità.

L'assunzione di sale è un altro aspetto dell'alimentazione all'origine di problemi sanitari (in particolare malattie cardiovascolari e ictus). Secondo i dati disponibili, l'assunzione di sale nell'UE è notevolmente più elevata della dose giornaliera di cloruro di sodio raccomandata, corrispondente a 5 g, dal momento che risulta di 9-11 g al giorno e proviene per lo più da alimenti trasformati. I programmi generali a lungo termine destinati a ridurre il consumo di sale si sono rivelati molto efficaci a livello di conseguenze sanitarie. Ad esempio, nell'ambito del progetto della Carelia settentrionale in Finlandia, è stata registrata in media una riduzione del 30-35 % dell'assunzione di sale nel corso di 30 anni, associata ad un'impressionante riduzione del 75 %-80 % della mortalità dovuta a ictus e infarto presso la popolazione al di sotto dei 65 anni.

Le cause dell'alimentazione scorretta, della scarsa attività fisica e dell'aumento di peso/obesità sono complesse e multifattoriali, riferite a fattori molteplici quali il commercio internazionale, le politiche agricole, le conoscenze, l'atteggiamento e la consapevolezza a livello del cibo, nonché la disponibilità e la possibilità di scelte alimentari, le opportunità e la motivazione per l'attività fisica, tutti elementi sui quali a loro volta incidono l'ambiente fisico, le politiche scolastiche, le abitudini familiari ecc.

È dimostrato che gli europei mangiano di più e che il loro regime alimentare non è equilibrato. I dati dell'Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura indicano che nel periodo 1961-2001 in Europa l'energia fornita dall'alimentazione è aumentata del 15 %. Alcuni dati indicano inoltre che la percentuale dell'energia totale ricavata dai grassi è aumentata molto lievemente tra il 1996 e il 1998, mentre il consumo di frutta e verdura si colloca molto al di sotto dei livelli raccomandati nella maggior parte dei paesi. Questi

incrementi trascurabili dei consumi alimentari possono facilmente causare un'aumento del peso o altre conseguenze sanitarie. Esistono pochi dati disponibili sulle tendenze in materia di attività fisica, sebbene questi dimostrino che gli attuali livelli di attività fisica sono notevolmente al di sotto di quanto è raccomandato per essere in buona salute.

2. Gli argomenti a favore di un'azione a livello europeo

Il Consiglio ha invitato più volte la Commissione ad attivarsi in maggiore misura in questo settore. A livello di UE esistono tutta una serie di competenze, nonché una normativa in vigore che contribuisce a definire il contesto decisionale a livello di Stati membri dando ad esso un orientamento positivo in questo campo. Ne fanno parte la normativa relativa agli alimenti, lo sviluppo di programmi nei settori agricoli, i fondi strutturali, la ricerca, le politiche urbanistiche e in materia di trasporti e i media.

Il miglioramento dell'alimentazione e dei livelli di attività fisica negli Stati membri comporta aspetti transnazionali e una dimensione attinente al mercato interno particolarmente determinante, come, ad esempio, per quanto riguarda la vendita transfrontaliera di prodotti agricoli e prodotti lavorati. Relativamente agli aspetti transnazionali, i produttori di alimenti hanno ridotto il livello di sostanze nutrienti (quali il sale) nei prodotti destinati ad alcuni Stati membri, ma non ad altri. Il risultato è che in alcuni paesi un insieme di prodotti lavorati comporterà un maggior rischio di ipertensione e ictus dello stesso gruppo di prodotti in un altro paese. Un'azione a livello europeo può evitare i casi di inefficienza all'interno della Comunità creando condizioni di parità per quanto riguarda i produttori e i dettaglianti di prodotti alimentari. Un dialogo con questi attori, guidato dall'UE, piuttosto che più dialoghi separati a livello degli Stati membri, potrebbe determinare forti economie di scala per tutti gli interessati.

Sebbene gli Stati membri intraprendano sempre più delle azioni, attualmente non risulta che l'obesità e il sovrappeso stiano diminuendo o si mantengano a livelli stabili. In effetti i livelli di obesità e di sovrappeso aumentano ovunque a ritmi diversi. Ciò dimostra che esistono fattori a livello comunitario o a livello mondiale che influenzano la situazione e che devono essere presi in considerazione nella risposta.

L'attuale livello d'azione nell'UE ha ampliato il consenso politico e gli sforzi compiuti da molti attori. La tavola rotonda sull'obesità del 2004 e la piattaforma sull'alimentazione hanno determinato in alcuni Stati membri un impulso maggiore di quanto si sia mai verificato prima. Gli operatori economici hanno reagito in maniera diversa relativamente al "riconoscimento" dei loro sforzi da parte dell'UE, nonché nei confronti della cooperazione e delle sfide che gli operatori economici devono affrontare per migliorare il loro operato. Inoltre il livello comunitario di azione e di coordinamento potrebbe essere l'elemento catalizzatore per diffondere nell'UE27 i progressi compiuti dal punto di vista sanitario che sono stati realizzati in meno di 5 anni in paesi come la Finlandia (iniziative per la riduzione del consumo di sale e per la salute cardiaca) e la Polonia (iniziative per la riduzione del consumo di grassi e la salute cardiaca).

Le strategie che i paesi adottano per affrontare i problemi connessi all'alimentazione e all'attività fisica sono molto diverse tra di loro. Ad esempio, la Danimarca e la Norvegia hanno entrambe affrontato il problema della riduzione dei grassi trans negli alimenti attraverso diverse impostazioni strategiche. La Danimarca ha perseguito una strategia

normativa, mentre la Norvegia ha optato per metodi volontari. Apparentemente i risultati ottenuti possono essere paragonabili.

3. Obiettivi

L'obiettivo generale è quello di ridurre il danno economico e sanitario connesso a un'alimentazione scorretta e a una scarsa attività fisica contribuendo quindi ad una società più sana, ad una maggiore produttività e ad uno sviluppo economico sostenibile in linea con gli obiettivi definiti nel Consiglio europeo di Lisbona per prolungare la speranza di vita in buona salute di tutti i cittadini.

L'obiettivo della Commissione europea consiste più precisamente nel sostenere gli Stati membri al fine di migliorare l'alimentazione e il livello di attività fisica della popolazione europea e, in particolare, nel ridurre la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso. Ridurre la prevalenza dell'obesità rappresenta un obiettivo chiave a medio termine (nonché l'indicatore di un esito positivo).

3.1. Le opzioni

Le opzioni A e B sono opzioni distinte e si escludono a vicenda. Le opzioni C e D sono cumulative.

Secondo quanto disposto nell'articolo 152, la Commissione dovrebbe adoperarsi a favore di una maggiore coerenza tra le politiche e gli obiettivi di sanità pubblica. Lo sviluppo dell'integrazione tra le politiche in tutti i servizi della Commissione riguarda pertanto tutte le opzioni.

- **A Nessuna attività a livello di UE:** Con questa opzione le decisioni e le iniziative in materia di politica sono per lo più affidate agli Stati membri e alle parti in causa, senza coordinamento a livello europeo. Le azioni esistenti verrebbero abbandonate.
- **B Statu Quo:** L'UE continuerebbe a facilitare il dialogo tra le parti in causa attraverso la piattaforma europea e la rete sull'alimentazione e l'attività fisica fino a quando si riterrà che questi forum forniscano un valore aggiunto, continuando inoltre con il finanziamento dei progetti nell'ambito del Programma di sanità pubblica.
- **C Una strategia globale su scala europea:** Basandosi sull'opzione B, l'opzione C consisterebbe nello sviluppare l'azione a livello comunitario, ma anche a livello locale e regionale nell'ambito degli Stati membri e attraverso nuovi canali che solitamente non sono ricettivi o che non è possibile raggiungere, attraverso il ricorso ad approcci innovatori. Quest'opzione dovrebbe concentrarsi sui meccanismi volontari, sebbene questo tipo di impostazione non inciderebbe sull'approccio comunitario in settori nei quali esiste già un contesto legislativo in vigore, quali ad esempio l'etichettatura nutrizionale. L'azione sarebbe piuttosto orientata a rafforzare questi settori promuovendo azioni volontarie complementari.
- **D Approccio prettamente normativo:** Basandosi sull'opzione B, l'opzione D dovrebbe rafforzare il contesto legislativo per quei settori strategici nei quali esiste un potenziale di miglioramento (quali ad esempio le restrizioni imposte sulla pubblicità destinata ai bambini e sulla riformulazione) piuttosto che privilegiare le strategie delle parti in causa in questi settori.

4. Analisi degli impatti

4.1. Impatti economici

Nel 2002 i costi totali, diretti e indiretti, annuali dell'obesità nell'UE15 sono stati stimati a €32,8 mld. all'anno. Uno studio realizzato nel 2005 ha stimato i costi diretti e indiretti dell'obesità ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) allo 0,3 % del PIL per l'UE15. Estrapolando questo dato per adattarlo all'UE25¹, utilizzando i dati del PIL per il 2005, il costo dell'obesità ammonta a €40,5 mld. all'anno e supponendo che (basandosi sui dati del Regno Unito) sommando i costi del sovrappeso risulti raddoppiato il costo dell'obesità, ne deriva un costo complessivo di €81 mld. per il sovrappeso e l'obesità nell'UE 25.

Questi dati sottovalutano i costi di un'alimentazione scorretta e di un'attività fisica insufficiente dal momento che 1) l'aumento di peso è soltanto una delle conseguenze di un'alimentazione scorretta e di una scarsa attività fisica, 2) gli studi realizzati non prendono in considerazione il costo delle conseguenze dell'aumento di peso nei bambini, 3) anche prendendo in considerazione il costo dell'obesità, le stime non comprendono i costi aggiuntivi connessi ad altre patologie quali le lombalgie e la depressione che vengono aggravate dall'aumento di peso e 4) occorre aggiungere i costi non quantificabili connessi a sofferenze personali, perdita di qualità della vita e decesso prematuro, che sono difficili da calcolare.

Impatto delle azioni sull'industria alimentare

L'analisi dell'impatto sull'industria si concentra principalmente sull'industria degli alimenti e delle bevande, in quanto secondo maggiore settore manifatturiero dopo l'industria metallurgica nel 2001, dal momento che rappresenta rispettivamente l'11 % e il 13 % del valore aggiunto totale del settore manifatturiero e dell'occupazione dell'UE.

La struttura del settore è importante: un certo numero di grandi imprese del settore dell'alimentazione e delle bevande dominano il mercato. L'1 % delle principali imprese occupa il 39 % dei dipendenti e rappresenta il 51 % del fatturato totale del settore.

Alcune azioni (se riescono a modificare le preferenze dei consumatori in materia di prodotti) potrebbero comportare un minore consumo di taluni alimenti, quali gli alimenti a forte tenore energetico, incrementando il consumo di altri tipi di alimenti, come la frutta e le verdure. L'analisi dell'industria individua potenziali costi e vantaggi in questa prospettiva. I costi riguardano un minore aumento delle vendite e un ridotto valore delle marche per gli alimenti che vengono consumati di meno o per i quali si fa meno pubblicità. Tuttavia una relazione della JP Morgan riferisce che "esiste un'opportunità per le marche che realmente sono sinonimi di "salute e benessere" di costruire un vantaggio competitivo a lungo termine che dovrebbe tradursi in un aumento sostenibile delle vendite e in un incremento del margine di guadagno."

L'ipotesi che le imprese che reagiscono alle preoccupazioni in materia di salute verranno compensate a livello di mercato è ulteriormente sostenuta dalla capacità di adattamento alle tendenze da parte del settore di produzione degli alimenti. Globalmente 18 delle 24 categorie a crescita più rapida e 6 delle 7 categorie che registrano un incremento a doppie cifre corrispondono ad una percezione di salute e benessere da parte del consumatore e queste categorie attualmente svolgono un ruolo di principale motore di crescita di tutto il settore.

¹ Non è stato possibile reperire un dato composito del PIL per l'UE27.

Viceversa, la relazione mette in evidenza le categorie che i consumatori ritengono siano meno sane e che registrano attualmente una crescita più lenta o un declino.

Altri impatti importanti a livello industriale comprendono i costi potenziali dei diversi settori mediatici (televisione, pubblicità, ecc.) che sarebbero il risultato di una riduzione della pubblicità dei prodotti alimentari e delle bevande destinati ai bambini, che hanno un elevato tenore di grassi, sale e zucchero.

4.2. Impatto ambientale

Le azioni che promuovono l'attività fisica incoraggiando il "pendolarismo attivo", sia attraverso campagne di sensibilizzazione che utilizzando i finanziamenti della Commissione per migliorare l'infrastruttura dei trasporti per gli spostamenti a piedi e in bicicletta, dovrebbero avere un impatto favorevole sull'ambiente diminuendo la domanda di trasporti motorizzati.

In altri settori, se le azioni future comportano modifiche della politica agricola comune in settori quali quelli della frutta e delle verdure, o del latte, vi potrebbero essere impatti ambientali legati all'utilizzazione dei terreni. Non sono previsti impatti negativi a livello ambientale relativi ad azioni quali lo sviluppo di partenariati, campagne di sensibilizzazione, riformulazione o modifiche delle prassi in materia di pubblicità.

4.3. Impatto sociale

I dati indicano inoltre che le cattive abitudini alimentari e la scarsa attività fisica, se comportano l'obesità, sono un problema specifico di alcuni gruppi, in particolare coloro che hanno un livello d'istruzione inferiore, che appartengono a ceti sociali più bassi, che hanno minore autostima. Dalla letteratura esistente risulta che:

- esiste una correlazione inversa tra IMC e livello d'istruzione in quasi tutti i gruppi della popolazione femminile, mentre soltanto in circa metà dei gruppi della popolazione maschile;
- sia l'obesità che il diabete sono fortemente collegati agli indicatori di disuguaglianza (ad esempio coefficienti di Gini sul reddito) rispetto alla media di reddito nazionale;
- il livello sociale percepito e l'autostima sono anch'essi correlati in modo da suggerire un legame con il comportamento in materia di salute, a conferma di studi che dimostrano che la maggior parte dei risultati in materia di salute sono collegati a livello sociale.

Pertanto l'impatto sociale delle strategie destinate a ridurre il sovrappeso e l'obesità riguarda sia l'inclusione sociale che la non-discriminazione. La discriminazione e una situazione sociale svantaggiata associata all'obesità, si aggiungono alla correlazione tra l'obesità e il sovrappeso e la situazione socioeconomica.

5. Paragonare le opzioni

5.1. Paragone sintetico delle opzioni

Come indicato nella tabella che figura qui di seguito, la Commissione dispone di una serie di opzioni strategiche che possono presentare un valore aggiunto per le azioni degli Stati membri e che favoriscono il raggiungimento dell'obiettivo consistente nel migliorare l'alimentazione e

i livelli di attività fisica riducendo l'obesità e il sovrappeso. La tabella qui di seguito riassume i punti forti e i punti deboli relativi alle quattro opzioni.

Tabella 1: Sintesi dei punti forti / punti deboli relativi alle quattro opzioni

Opzione	Punti forti	Punti deboli
A (abbandono)	Si liberano risorse da destinare ad altre priorità di sanità pubblica dell'UE	<p>Nessun contributo a livello europeo per un certo numero di settori che influiscono sul regime alimentare e sull'attività fisica</p> <p>Si ignorano le richieste del Consiglio e del Parlamento</p> <p>Nessun coordinamento delle parti in causa, gli Stati membri sono liberi di agire a titolo indipendente</p>
B (statu quo)	<p>Proseguono le azioni attualmente realizzate dalle parti in causa (in genere ritenute positive)</p> <p>Nessun nuovo rischio</p>	<p>Nessun orientamento strategico comune per tutti gli attori a livello europeo</p> <p>Nessuna promozione di forum per riunire le parti in causa a livello di Stati membri e a livello locale</p> <p>La Commissione perde l'occasione di aiutare gli Stati membri ad affrontare il problema</p>
C (approccio volontario)	<p>Contesto comune per tutti gli attori</p> <p>Può rivelarsi più facile rafforzare la coerenza delle politiche a livello europeo nel contesto di una strategia europea globale</p> <p>Possibilità di identificare azioni "vincenti". Partecipazione facoltativa degli attori industriali basati sugli interessi delle imprese e pertanto i costi sono limitati a poche imprese.</p>	<p>Costi della partecipazione a ulteriori riunioni/reti per le parti in causa (Stati membri e attori privati)</p> <p>Maggiori oneri in materia di monitoraggio per le parti in causa partecipanti, associati alla necessità di dimostrare l'attuazione delle azioni.</p>

	Possibilità di una risposta più rapida	
D (rafforzamento del quadro legislativo)	Risposta uniforme su scala europea e da parte di tutti gli attori	<p>Costi per un maggior numero di attori privati</p> <p>Possono essere sproporzionati se le azioni volontarie "vincenti" sono sufficienti da sole ad affrontare il problema.</p> <p>Maggiore lasso di tempo necessario per una risposta</p> <p>La legislazione può diventare obsoleta in un mercato in continuo mutamento.</p>

Aspetti relativi ai limiti

Nell'UE i costi relativi ad una mancata azione sono enormi: €80 mld. all'anno rappresentano una stima prudente. Questo dato è notevolmente superiore ai costi delle opzioni prese in considerazione.

6. Opzioni preferite

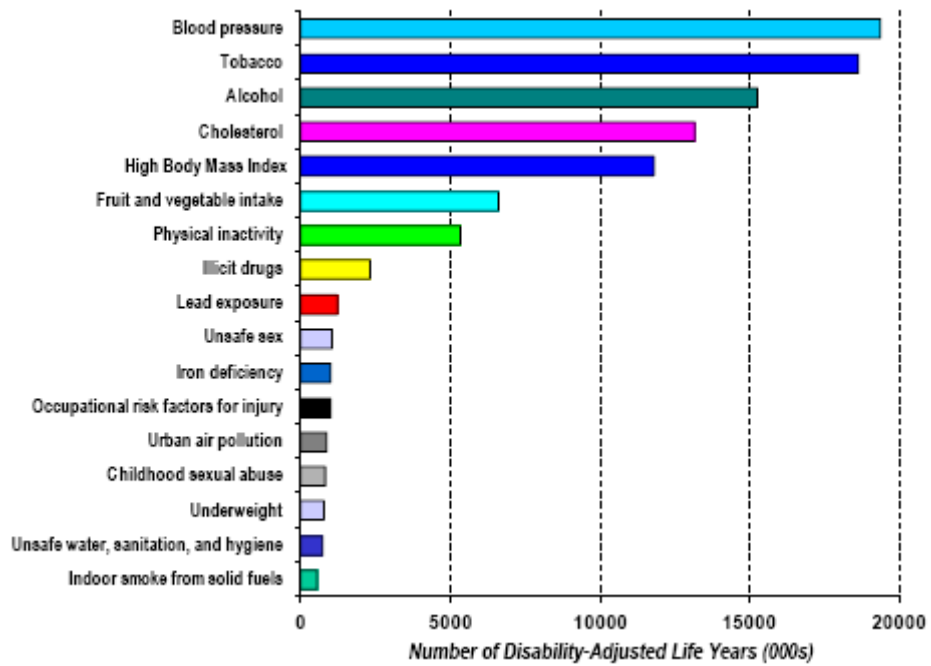
Una risposta più incisiva da parte della Comunità si giustifica in maniera evidente, il che significa una scelta dell'opzione C o D. L'opzione C viene preferita dal momento che i) potrebbe rivelarsi altrettanto efficace, ii) in qualità di approccio volontario potrebbe determinare risultati più rapidi, iii) a causa della struttura dell'industria alimentare, nella quale poche e grandi imprese dominano il settore e i dati indicano che le imprese in questione trarranno vantaggio dalla realizzazione di azioni in questo campo.

7. Monitoraggio e valutazione

Il Libro bianco che la Commissione intende pubblicare comprenderà proposte per migliorare il monitoraggio dello stato di salute connesso all'alimentazione e all'attività fisica e delle azioni a tutti i livelli, in particolare in relazione all'obesità e al sovrappeso. La prevalenza dell'obesità sarà un indicatore chiave dei progressi compiuti nell'UE, ma verranno identificati altri indicatori relativi ai progressi compiuti nel perseguire l'attuazione di sistemi volontari nell'ambito della scelta dell'opzione C.

8. Allegato

Grafico 1: Principali fattori di rischio di malattia nella regione europea



Fonte: Relazione 2002 sullo stato della sanità nel mondo

Grafico 2: IMC medio negli Stati membri dell'UE

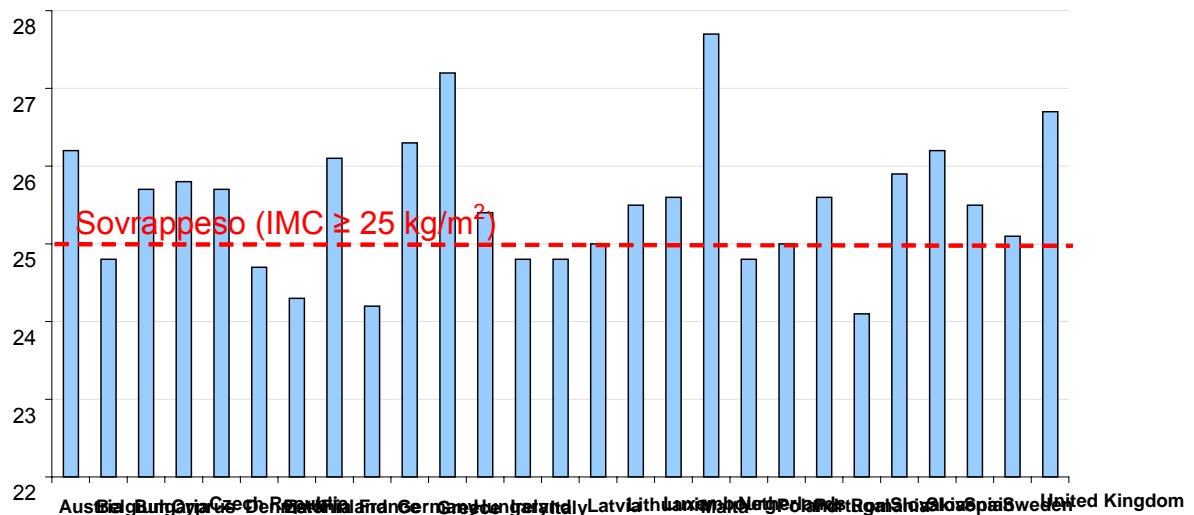
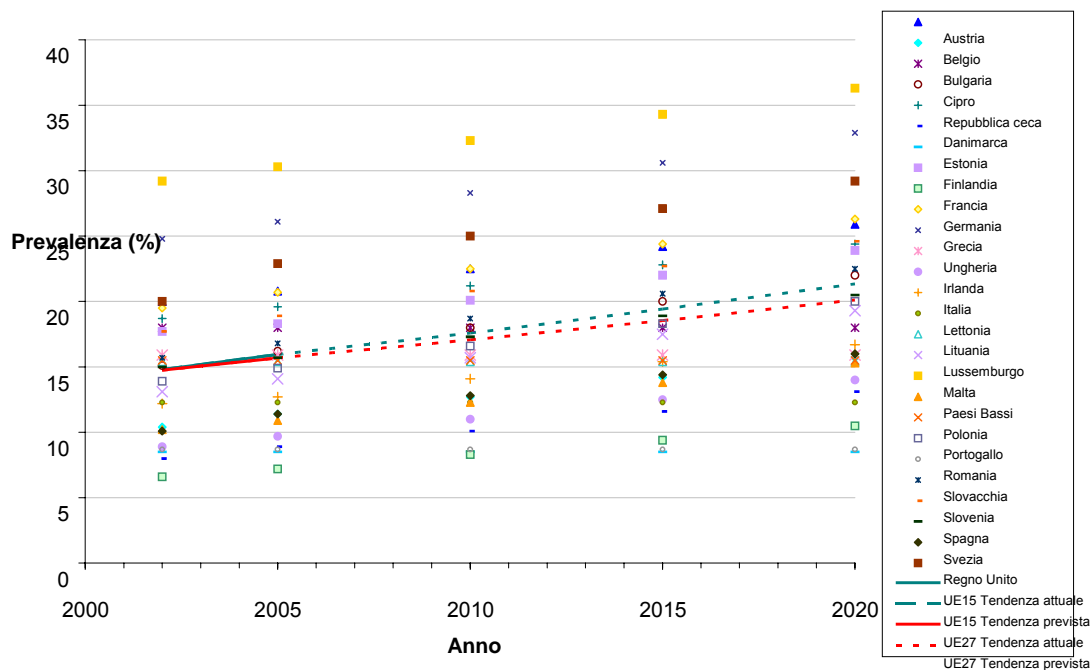
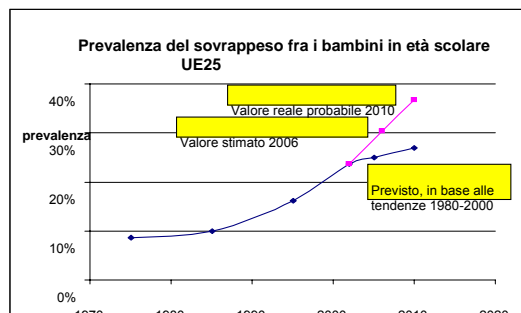


Grafico 3. Obesità in Europa: analisi delle tendenze



Fonte: Infobase OMS e analisi di RAND Europa

Grafico 4: Prevalenza del sovrappeso fra i bambini in età scolare, UE25



Fonte: TaskForce internazionale obesità, relazione sull'obesità infantile 2007

Grafico 5: Prevalenza del sovrappeso nei bambini di età scolare in alcuni paesi dell'UE27, in base a indagini realizzate fra il 1958 e il 2003

Prevalenza del sovrappeso (ivi compresa l'obesità) (%)

