



Consiglio Regionale della Campania

Consiglio Regionale della Campania

Prot. Gen. 2014.0003487/A

Del 14/02/2014 09 57 56

Da CR A SERASS

IX LEGISLATURA

**PROPOSTA DI LEGGE AD INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI
CARMINE MOCERINO, ANGELO CONSOLI,
LUIGI COBELLIS e BIAGIO IACOLARE**

***SENSIBILIZZAZIONE, ANALISI DELLE CAUSE,
DIAGNOSI E CURA DELL'OBESITÀ INFANTILE ED
ADOLESCENZIALE,
ISTITUZIONE DI UN OSSERVATORIO E REGISTRO
REGIONALE SULL'OBESITÀ***



Consiglio Regionale della Campania

Art. 1

Principi e finalità

La presente proposta di legge detta i principi fondamentali in materia di prevenzione, cura e monitoraggio dell'obesità infantile e adolescenziale, al fine di contenere i numeri già elevati di casi presenti sul territorio, garantire la tutela della salute correlata a patologie conseguenti obesità e sovrappeso, l'attenzione con scopo terapeutico agli aspetti di carattere psicosociale quali cause ed effetto di cattiva alimentazione.

La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, riconosce la rilevanza sociale e sanitaria dell'obesità nell'età della crescita:

- a) favorendone la prevenzione mediante sensibilizzazione e informazione, la diagnosi e la cura;
- b) promuovendone la conoscenza in ambito sanitario e sociale, prioritariamente nel e attraverso il contesto scolastico;
- c) sostenendo le attività di volontariato finalizzate al supporto dei soggetti direttamente già interessati e promuovendo progetti volti all'attuazione di campagne informative di educazione alimentare, ambientale, prodotti biologici e tipici del territorio.

Art. 2

Attività di Informazione e sensibilizzazione

1. L'Assessorato regionale alla sanità o la direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, si impegna a promuovere campagne informative e di sensibilizzazione inerenti l'obesità infantile e/o adolescenziale principalmente messe in atto dalle Aziende Sanitarie Locali dipartimento di prevenzione, con personale specializzato e formato alla comunicazione e ai contenuti:

- a) inserendo nell'attività scolastica informazione sull'alimentazione, e corretti stili di vita, nonché informazione sui prodotti alimentari, provenienza e trasformazione degli stessi;
- b) promuovendo politiche di informazione ed ascolto attraverso l'istituzione in ambito scolastico, di sportelli di ascolto ed incontro, quale faro d'attenzione all'aspetto psicologico del soggetto, riconducendo lo stesso ad un percorso assistenziale, educativo e di integrazione sociale;



Consiglio Regionale della Campania

- c) promuovendo politiche che incoraggino l'attività fisica anche all'interno dell'istituto scolastico del soggetto interessato;
- d) promuovendo le attività specifiche adeguate all'attività motoria dei soggetti obesi ed evidentemente l'abbattimento delle barriere architettoniche anche nei mezzi pubblici di trasporto ed ambienti medico sanitari;
- e) promuovendo campagne di informazione, anche all'interno dell'istituto scolastico, rivolte alle famiglie, con incontri relativi a stili di vita scorretti ed abitudini familiari di supporto, aspetti psicosociali relativi alla condizione del soggetto obeso o in interessante sovrappeso; progetti di prevenzione e sorveglianza di abitudini scorrette dei genitori, quali cause di scorretto rapporto con il cibo dei figli;
- f) operando in linea con la già monitorata proposta alimentare degli istituti scolastici, relativa alle mense secondo le tabelle ASL attuali;
- g) scoraggiando l'utilizzo dei distributori automatici di snack e bevande gassate nelle scuole.

Art. 3

Istituzione del registro regionale

1. La Regione Campania, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), e successive modifiche, istituisce il "Registro dell'Obesità Infantile e Adolescenziale della Regione Campania".
2. Il registro è istituito presso la direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale. Raccoglie, ai sensi degli articoli 20, 76 e 85 del decreto legislativo n. 196 del 2003, i dati anagrafici e sanitari relativi con lo scopo di:
 - a) realizzare la raccolta, l'elaborazione e la registrazione di dati statistici validati scientificamente, di tipo sanitario dei casi di obesità infantile che si verificano nella popolazione della Regione Campania;
 - b) rappresentare uno strumento di consultazione per progetti e ricerca sull'obesità infantile e adolescenziale;
 - c) contribuire, secondo i dati prodotti, alla valutazione di attività e progetti di sensibilizzazione, nonché cure e terapie, presso i centri specializzati, di interventi di prevenzione;



Consiglio Regionale della Campania

- d) essere strumento di monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening operativi presso le Aziende Sanitarie Locali della Regione Campania;
 - e) essere strumento per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi delle cause di obesità, attraverso uno studio integrato tra le diverse matrici;
 - f) realizzare un'informazione continua e completa nei confronti della popolazione della Regione Campania;
3. Le informazioni che provengono dalla rete del Registro Regionale dell' Obesità Infantile, rappresentano il presupposto fondamentale per la programmazione sanitaria regionale in merito. Il registro ha la funzione di una banca dati costituita da cartelle cliniche elettroniche.
4. La cartella clinica elettronica sarà condivisa fra le diverse strutture ospedaliere di riferimento e Azienda Sanitaria Locale (ASL), con lo scopo di creare una rete clinica e di condivisione per la cura delle persone affette da obesità. La cartella clinica avrà la seguente struttura: redazione, realizzazione elettronica e sperimentazione, il cui inserimento nel registro e aggiornamento, è affidato direttamente ai medici con pazienti obesi nella fascia d'età prevista. Il Dipartimento regionale della sanità è titolare del trattamento dei dati del registro, responsabile della diffusione in rete dei dati evidentemente in forma anonima.
5. I medici pediatri, medici di medicina generale e i soggetti pubblici e privati accreditati dal servizio sanitario regionale che hanno in carico soggetti affetti da obesità, sono tenuti alla raccolta, all'aggiornamento ed all'invio al Dipartimento dei dati di cui al comma 2, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 2003 , secondo quanto definito dall'Assessorato regionale alla sanità .

Art. 4

Istituzione di un Osservatorio Regionale

1. Presso l'Assessorato regionale alla sanità e/o la direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale è istituito un Osservatorio Regionale sull'Obesità Infantile e Adolescenziale che prevede:
- a) di svolgere attività di monitoraggio regionale sull'obesità, diagnosi e cura promosse dal Servizio sanitario regionale, istituendo Centri per i disturbi alimentari nei Dipartimenti di Salute Mentale;
 - b) di monitorare il fenomeno con la raccolta di dati e statistiche inerenti, su azioni in sede nazionale ed europea;



Consiglio Regionale della Campania

- c) di predisporre linee guida per il percorso diagnostico-terapeutico sulla base delle evidenze cliniche nazionali e internazionali e per il follow-up dei pazienti affetti da obesità;
- d) di proporre l'attuazione di campagne di informazione e formazione per il personale sanitario in accordo con lo stesso e attività di sensibilizzazione per la popolazione potenzialmente a rischio;
- e) di predisporre campagne di sensibilizzazione di educazione alimentare e promuovere il diffondersi di corretti stili di vita per prevenire l'obesità;
- f) di trasmettere, con cadenza annuale, alla Giunta regionale e alla Commissione consiliare competente una relazione relativa all'attività svolta;
- g) di aggiornare i costi diretti dell'obesità e delle patologie ad essa correlate sul Sistema sanitario regionale;
- h) di monitorare l' emigrazione sanitaria verso altre regioni per la cura dell'obesità patologica.
- i) di diffondere informazioni rispetto alle attività dei centri terapeutici esistenti in campo nazionale, specializzati nella cura dell'obesità.

2. L'Osservatorio è composto da:

- a) un consigliere regionale , con funzioni di presidente;
- b) il dirigente preposto alla direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, o suo delegato, con funzioni di coordinatore;
- c) due rappresentanti del mondo accademico delle università campane;
- d) tre medici esperti in materia scelti tra il personale dipendente o convenzionato con il servizio sanitario regionale;
- e) uno psicologo esperto in materia;
- f) un sociologo esperto in materia ;
- g) due rappresentanti di associazioni che prevedono nel proprio atto costitutivo o nel proprio statuto finalità prettamente connesse alle attività dell'Osservatorio;
- h) un funzionario regionale in qualità di segretario.



Consiglio Regionale della Campania

3. La partecipazione ai lavori dell'osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza o rimborsi spese.
4. L'osservatorio è costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale.

Art. 5

Formazione nel servizio sanitario regionale

1. La Giunta regionale, nell'ambito della programmazione della formazione del personale sanitario e socio-sanitario presso i dipartimenti di prevenzione, su indicazione dell'Osservatorio promuove interventi per la formazione dei professionisti affinché agiscano come formatori in tema di:

a) interventi di prevenzione e cura dell'obesità infantile attraverso:

1) attivazione di meccanismi di verifica, specie nella scuola, per una corretta informazione sulle metodiche preventive e di cura;

2) promozione di un modello di alimentazione salutare secondo tabelle asl;

3) promozione di una attività fisica utile alla salute cardiovascolare e muscolo-scheletrica, in grado di sostenere un dispendio energetico adeguato al mantenimento di un peso ragionevole;

b) buone pratiche che includano supporto personalizzato per assicurare ciò che serve per mantenere un peso salutare a lungo termine.

Art. 6

Associazioni e attività di volontariato

La Regione riconosce il rilevante apporto delle associazioni che si occupano della patologia sul territorio regionale e sostiene le attività delle stesse aventi come obiettivo il perseguimento di finalità di solidarietà, diretta a sostenere ed aiutare le persone affette da obesità, nonché progetti di formazione ed informazione, anche in collaborazione con gli istituti scolastici e le università, rivolti alla collettività regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 7
Norma finanziaria

1. Alle spese di cui alla presente legge si provvede, per l'esercizio 2014, utilizzando la disponibilità economica di euro 300.000,00 (trecentomila/00) del fondo denominato 5.3 (obiettivo Operativo – Sanità) – missione 13 (Tutela della Salute) – Programma 08 (Politica Regionale Unitaria per la Tutela della Salute).

Luigi Cobellis

Angelo Consoli

Biagio Iacolare

Carmino Mocerino



Consiglio Regionale della Campania

RELAZIONE

L'obesità ha natura multifattoriale, ancor più negli anni compresi tra l'infanzia e l'adolescenza. Le gravi patologie ad essa annesse, conferiscono grande interesse al tema, in ambito mondiale, non meno che nazionale e regionale. I dati statistici sono a supporto di un allarme che ha interessato ed interessa sempre più numerosi territori, operativi a riguardo, con lo scopo di contenere ed arginare, comprendere curare e misurare un fenomeno, sì dilagante, dalle gravi ripercussioni in ambito medico, finanziario sanitario, sociale, quale causa e conseguenza di cattive abitudini alimentari, dai complessi aspetti psicologici su fronte conscio ed inconscio, ove il cibo diventa involontariamente sinonimo di soluzione infallibile ad ogni richiesta per la madre, o rifugio da incomprendimento per l'adolescente, causa ed effetto di emarginazione dai coetanei. Rari i casi dove la causa è rappresentata da alterazioni ormonali quali ipotiroidismo o disfunzioni surrenali. Più spesso un'alimentazione scorretta dovuta al consumo di cibi di scarsa qualità scelti per superficialità, poca conoscenza del prodotto e dei suoi ingredienti, vantaggio economico, è rintracciata come colpevole di problemi di peso, unita strettamente ad abitudini sedentarie, poca o nessuna attività fisica, tipologia di giochi da schermo in alternativa a quelli più tradizionali.

L'obesità è un problema variegato in ogni sua fase, molto numerose le variabili che possono intervenire supportandosi l'un l'altro, come fattori genetici predisponenti o ambientali di tipo sociale (micro e macro) e/o familiare: lo stile di vita conseguente l'organizzazione familiare (vita sedentaria, abuso di tv e video giochi, cattive abitudini alimentari, prodotti di pessima qualità fuori pasto) e quello dei genitori stessi, (tabagismo, disturbi alimentari, uso di alcol, disordine alimentare), ed ancora utilizzo da parte dei genitori del cibo quale soluzione ad ogni richiesta del piccolo già nella prima infanzia, interruzione anticipata o mancato allattamento al seno (AS).

La scuola, quale famiglia secondaria e per molti oggi, soggetto di primaria presenza nella vita degli adolescenti, si fa veicolo d'ascolto ed informazione, sede di introspezione alla famiglia e al soggetto stesso, promotore di attività fisica ed analisi psicologia, primo esempio ed informatore di corretta alimentazione e stili di vita.

CONSEGUENZE SULLA SALUTE

Il problema dell'obesità giovanile si fa sempre più pressante: in Italia un bambino su tre è sovrappeso mentre più di uno su dieci è obeso e rischia la morte in giovane età.

L'obesità è responsabile di diverse gravi patologie cardiovascolari, tumorali, osteoarticolari, metaboliche e respiratorie che forniscono una prospettiva di vita più breve nonché di scarsa qualità, oltre che un pesante aggravio per il Servizio Sanitario. I soggetti



Consiglio Regionale della Campania

che vivono da questa condizione, presentano altresì ipertensione, problemi ortopedici, difficoltà psico-sociali, sindrome metabolica, tra i più frequenti le difficoltà respiratorie, con apnea notturna, asma e difficoltà ortopediche, dovute, evidentemente al carico eccessivo per le articolazioni e le ossa. Ne conseguono diversi problemi, quali varismo e valgismo, dolori articolari, riduzione della mobilità, distorsioni e fratture.

Evidentemente alle difficoltà immediate dell'obesità, e quindi tutte quelle che possono sopraggiungere già nel periodo dell'infanzia/adolescenza obesa o in sovrappeso, si sommano quelle tardive, altri problemi o vere e proprie patologie che raggiungono negli anni il giovane o già adulto obeso. Sono tipiche le conseguenze di natura cardiocircolatoria, l'ipertensione arteriosa e la dislipidemia, l'aumento di trigliceridi e colesterolo nel sangue, il diabete 2, l'ipersurrenalismo.

Senza sottovalutare le conseguenze di tipo psicologico e sociale, il colpo inevitabilmente inflitto all'autostima dei soggetti interessati, particolarmente sensibile nella fase dell'adolescenza, spesso determinato, se non da una presa di coscienza diretta del bambino, di una indiretta fornita dai coetanei, tra cui l'obeso è vittima perenne di derisione e mortificazione, altre conseguenze di tipo più strettamente medico sono anomalie mestruali nelle ragazze, con policistosi ovarica e menarca anticipati, affiancati da ritardi per i ragazzi.

Calcoli nelle vie biliari e cistifellea (colelitiasi), steatosi epatica (danni al fegato per la presenza eccessiva di tessuto adiposo), tumori nella zona gastroenterica, sono altre conseguenze interessanti che sollecitano la necessità di operare per il contrasto all'obesità già dai primi anni di vita, considerando inevitabilmente il peso economico che ne consegue in ambito sanitario, il cui calcolo effettivo è assai complesso da effettuare, per via delle conseguenze indirette (costi per i disturbi associati, conseguenze lavorative, riduzione dei guadagni, aspetti psicologici, morti premature etc) di difficile monitoraggio, ma che tuttavia sembrano essere di incidenza raddoppiata rispetto alle conseguenze dirette MARI

ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI

L'obesità in età evolutiva è una condizione complessa in cui interagiscono fattori biologici e psicologici individuali e sociali: lo studio dell'obesità in età evolutiva è, a tale proposito, di fondamentale importanza, poiché è stato possibile sottolineare frequentemente come un bambino o un adolescente obeso possano diventare con maggiore probabilità degli adulti obesi.

Per ciò che concerne gli aspetti psicologici e sociali, risulta opportuno rilevare che l'aumentata prevalenza dell'obesità infantile è legata agli importanti cambiamenti nelle



Consiglio Regionale della Campania

abitudini e nei consumi alimentari delle società occidentali: sono aumentati, ad esempio, i consumi di alimenti pronti e dei cosiddetti “*junk food*” (“cibi spazzatura”), nei quali si associano un alto contenuto di grassi e zuccheri e basso contenuto di vitamine, proteine e minerali.

La frequenza dei pasti in famiglia si è molto ridotta rispetto al passato, a discapito della possibilità di consumare pasti insieme ai familiari svolti nel tempo necessario: spesso si mangia in fretta, fuori casa, mentre si sta facendo qualcos'altro, ed il pasto non viene vissuto come importante momento sociale di aggregazione e condivisione.

Si è visto inoltre che la restrizione degli alimenti consumati e l'abitudine di saltare frequentemente i pasti (soprattutto la colazione) hanno un effetto paradossale di aumentare il rischio di obesità: in questi casi, il soggetto è portato a mangiare porzioni più grandi ai pasti principali, in modo più veloce e vorace.

Nelle ricche società occidentali è frequente la correlazione tra obesità infantile/adolescenziale e problemi psicologici: i bambini e gli adolescenti obesi possono andare incontro a forme di discriminazione perché diversi, ed essere emarginati dai coetanei, specie nella fase adolescenziale, durante la quale un'immagine corporea sana ed esteticamente apprezzabile rappresenta un mezzo di inclusione sociale e di riflesso di una personalità attraente e vincente.

Emerge così il dato per cui la compromissione della qualità della vita del bambino obeso rappresenta una delle più importanti conseguenze negative, legata non solo, evidentemente, ad aspetti fisici, ma anche psicologici: in particolare, si osserva una significativa riduzione del funzionamento psicosociale, del benessere psicologico e, in generale, della salute mentale dell'individuo.

Accanto alle conseguenze dell'obesità infantile e adolescenziale sul piano psichico, bisogna sottolineare anche quelli che vanno a configurarsi come fattori psicologici di rischio rispetto all'insorgenza di tale patologia, considerata sempre più secondo un approccio multidisciplinare e biopsicosociale: si sottolinea, a tale proposito, l'importanza delle dinamiche familiari nel favorire sia la comparsa e il mantenimento di tale patologia fino all'età adolescenziale, sia l'eventuale fallimento di una pur corretta terapia dietetica.

Certo è il dato della familiarità, intesa come espressione di comportamenti alimentari ed atteggiamenti culturali ed emotivi che i genitori trasmettono in ambito educativo: in alcuni casi sono le abitudini alimentari nel nucleo familiare ad essere in primo piano, ma spesso si tratta di variabili meno evidenti, relative al modello di comunicazione ed interazione psicologica che i genitori adottano nei confronti del bambino.



Consiglio Regionale della Campania

La nutrizione, accanto al valore meramente fisiologico di apporto nutritivo per la sopravvivenza, rappresenta anche un'attività fondamentale per il processo di acquisizione della comprensione dei bisogni del bambino da parte del *caregiver* fin dai primi momenti di vita del neonato e del suo accudimento: a tale riguardo, nei casi di obesità infantile viene sottolineata una difficoltà delle madri a riconoscere i bisogni e gli stati emozionali del bambino e la tendenza a placare con il cibo ogni segnale di disagio del bambino.

Ciò si traduce spesso nella crescita di un individuo che entra nella problematica e conflittuale fase dell'adolescenza con un portato emotivo di disagio superiore (o comunque diverso) rispetto ai coetanei non obesi: in più, rispetto alla predominanza che il corpo acquisisce in adolescenza, avremo un adolescente obeso che si svaluta, e si sente squalificato perché debole, passivo ed insicuro.

ALCUNI DATI

Come ormai noto, in Campania un bambino su tre è in sovrappeso,

il 12% della popolazione regionale è obeso, il 47% ha problemi di peso.

Più nello specifico:

il 21% dei bambini in Campania è obeso, il 28% in sovrappeso:

In Italia:

I dati più recenti risultano essere quelli rilevati nel 2012 dal lavoro su territorio nazionale del progetto "OKkio alla Salute", nella sua terza annualità, con un coinvolgimento diretto regione per regione, che ha permesso di ottenere informazioni utili e dettagliate su abitudini alimentari e attività motoria. Il Ccm (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) del Ministero della salute e le Regioni, hanno affidato al Cnesps (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute), dell'Iss, il coordinamento del progetto.

L'indagine è stata svolta su 2622 classi della scuola primaria, 46.483 bambini e 48.668 genitori, dalla quale si evince essere in lieve e positiva diminuzione il fenomeno obesità e sovrappeso che coinvolge bambini tra gli 8 e i 9 anni di età.

Nonostante il miglioramento lieve rispetto ai dati degli anni precedenti, l'Italia non lascia i primi posti della graduatoria europea in merito. I dati nazionali indicano che il 22,2% dei bambini è in sovrappeso e il 10,6% obeso



Consiglio Regionale della Campania

Nel 2008/09 il 23,2% e nel 2010 il 23,0% per il sovrappeso e rispettivamente negli stessi anni il 12,0% e 11,2% (2010) per l'obesità.

IN TALIA	OBESITA' INFANTILE	SOVRAPPESO INFANTILE
2008/2009	12,0%	23,2%
2010	11,2%	23,0%
2012	10,6%	22,2%

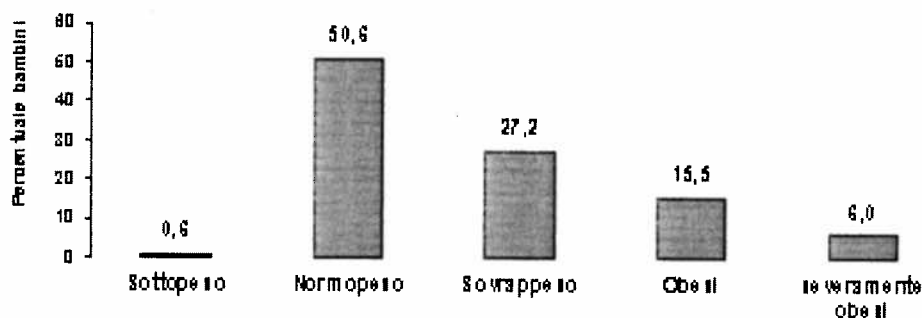
Il 40% del campione si trova in Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Basilicata;

Sardegna, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige hanno una percentuale inferiore al 25%;

Allargando la fascia d'età dai 4 anni agli 11, scopriamo che l'80% dei soggetti con eccesso ponderale ha eccesso di grasso nel fegato, il 30% già soffre di iperinsulinismo e ipertensione arteriosa, mentre tra i 12 e i 18, sfiorando l'età adolescenziale, c'è un buon 30% circa che accusa disturbi del sonno, insulinoresistenza, sindrome metabolica, attesi conseguenze ortopediche e psicologiche.

In
Campania

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%)





Consiglio Regionale della Campania

Fonte: Rapporto Okkio alla Salute 2012 Regione Campania

I bambini campani coinvolti nell'indagine, hanno portato a risultati più che interessanti, secondo cui:

6,04% obesità severa

15,5% obesi

27,2% sovrappeso

50,6% normopeso

0,6% sottopeso

Il 48,7% (tra 8-9 anni) presenta un eccesso ponderale (obeso/sovrappeso)

E quindi, allargando l'indagine ai bambini tra i 6 e gli 11 anni residenti in Campania, il numero assoluto degli affetti da eccesso ponderale è di

103.841 in sovrappeso

82.080 obeso (23.059 obesità grave)

Fonte: Rapporto Okkio alla Salute 2012 Regione Campania

OBESITA' INFANTILE E MALNUTRIZIONE: I DATI DEL RAPPORTO UNICEF-ISTAT "BAMBINI E ADOLESCENTI TRA NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE"

I seguenti dati si riferiscono al report pubblicato nel 2013 in collaborazione tra Istat ed Unicef: l'analisi è stata condotta prendendo in considerazione le caratteristiche anagrafiche, sociali e territoriali di bambini e di ragazzi di età compresa tra i 6 e i 17 anni e delle loro famiglie, in modo da restituire un'immagine di questo gruppo di popolazione nella sua complessità e soprattutto riguardo le stime dell'eccesso di peso.

Alla base di questa ricerca si pone una concezione dell'obesità intesa come forma specifica di malnutrizione.



Consiglio Regionale della Campania

Infatti, accanto alla malnutrizione cosiddetta per difetto, conseguenza prolungata nel tempo di difetti di nutrizione (ossia una diminuzione di assunzione o assorbimento di protidi, minerali, vitamine o calorie) esiste una malnutrizione per eccesso, data dalla tendenza, propria dei paesi occidentali cosiddetti ricchi, ad alimentarsi troppo e male, con nuove e conseguenti patologie, prima tra tutte l'aumento del sovrappeso e dell'obesità.

Lo stile alimentare sembra essere insomma un indice fondamentale di correlazione con l'obesità infantile, accanto ad ulteriori fattori di rischio presi in considerazione, quali la sedentarietà e la familiarità: essi vanno a intrecciarsi costituendo le cosiddette variabili ambientali che, accanto a quelle genetiche o comunque riconducibili a patologie fisiche, sembrano porsi alla base dell'emergere dell'obesità infantile.

Secondo la suddetta ricerca, l'obesità infantile e adolescenziale in Italia è maggiormente diffusa tra i maschi, dove arriva al 30,1 %, a fronte delle femmine che si attestano al 23,6 %.

Si tratta inoltre di un fenomeno che colpisce soprattutto coloro che vivono al Sud (34,6 %), rispetto al Nord-Ovest (22,7%), Nord-Est (21,1), Centro (24,6%) ed isole (31,1%).

Dalla panoramica presentata emerge che in Italia e nel mondo l'obesità è un problema che riguarda in particolare chi svolge poca attività fisico-motoria, nonché chi vive in famiglie di basso livello socioculturale: a ciò si affiancano indici quali l'allattamento al seno, una colazione non adeguata, consumo di snack e bibite gassate, nonché consumo giornaliero di alimenti salutari quali frutta, verdura e ortaggi.

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Totale
MASCHI	24,0%	23,3 %	29,3%	38,4%	35,8%	30,1%
FEMMINE	21,5%	18,8%	19,8%	30,7%	25,8%	23,6%



Consiglio Regionale della Campania

RELAZIONE TECNICO - FINANZIARIA

Per le spese di cui alla presente legge si provvede, per l' esercizio 2014, utilizzando la disponibilità economica di euro 300.000,00 (trecentomila/00) del fondo denominato 5.3 (obiettivo Operativo – Sanità) – missione 13 (Tutela della Salute) – Programma 08 (Politica Regionale Unitaria per la Tutela della Salute).