

ANNO 159°

NUOVA ANTOLOGIA

Rivista di lettere, scienze ed arti

Serie trimestrale fondata da
GIOVANNI SPADOLINI

Aprile-Giugno 2024

Vol. 632 - Fasc. 2310



EDIZIONI POLISTAMPA

La rivista è edita dalla «Fondazione Spadolini Nuova Antologia» – costituita con decreto del Presidente della Repubblica, Sandro Pertini, il 23 luglio 1980, erede universale di Giovanni Spadolini, fondatore e presidente a vita – al fine di «garantire attraverso la continuità della testata, senza fine di lucro, la pubblicazione della rivista Nuova Antologia, che nel suo arco di vita più che secolare riassume la nascita, l'evoluzione, le conquiste, il travaglio, le sconfitte e le riprese della nazione italiana, nel suo inscindibile nesso coi liberi ordinamenti» (ex art. 2 dello Statuto della Fondazione).

Comitato dei Garanti:

GIULIANO AMATO, PIERLUIGI CIOCCA, GIUSEPPE DE RITA, CLAUDIO MAGRIS

Direttore responsabile: COSIMO CECCUTI

Comitato di redazione:

AGLAIA PAOLETTI LANGÉ (caporedattrice),
MARIA ROMITO, GABRIELE PAOLINI, CATERINA CECCUTI, TERESA PAOLICELLI,
ERIKA BRESCI, ALESSANDRO MONGATTI, GIOVANNI ZANFARINO

Responsabile della redazione romana:

GIORGIO GIOVANNETTI

Registrazione Tribunale di Firenze n. 3117 del 24/3/1983

FONDAZIONE SPADOLINI NUOVA ANTOLOGIA

Via Pian de' Giullari 139 – 50125 Firenze

fondazione@nuovaantologia.it – www.nuovaantologia.it

Prezzo del presente fascicolo € 16,50 – Estero € 21,00

(Arretrato € 20,00 – Estero € 25,00)

Abbonamento 2024: Italia € 59,00 – Estero € 74,00

I versamenti possono essere effettuati

su conto corrente postale n. 1049326208

intestato a: Leonardo libri srl – *causale:* Abbonamento a Nuova Antologia 2024
(con indirizzo completo di chi riceverà i 4 fascicoli)

su conto corrente bancario IBAN: IT09 S030 6902 9141 0000 0006 857

intestato a: Leonardo Libri srl – *causale:* Abbonamento a Nuova Antologia 2024
(con indirizzo completo di chi riceverà i 4 fascicoli)

Garanzia di riservatezza per gli abbonati

Nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 675/96 “norme di tutela della privacy”, l'editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati che potranno richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo al responsabile dati di Leonardo Libri srl. Le informazioni inserite nella banca dati elettronica Leonardo Libri srl verranno utilizzate per inviare agli abbonati aggiornamenti sulle iniziative della Fondazione Spadolini Nuova Antologia.

EDIZIONI POLISTAMPA

Via Livorno, 8/32 – 50142 Firenze – Tel. 055 73787

info@leonardolibri.com – www.leonardolibri.com

ISBN 978-88-596-2429-5

S O M M A R I O

<i>Ai Lettori</i> , di Cosimo Ceccuti	5
Giovanni Spadolini, <i>Firenze, l'Università del Risorgimento</i> , a cura di Gabriele Paolini	8
Valerio Di Porto, Antonio Piana, <i>Giovanni Gronchi: il desiderio di essere protagonista</i>	15
Nell'Italia liberata: Ministro e Presidente della Camera, p. 15; Un Presidente imprevisto, p. 16; Viva Vox Constitutionis, p. 19; L'attuazione della Costituzione, p. 21; Le prime mosse del Presidente, p. 22; Le rivendicazioni del Presidente, p. 24; Il Presidente nel gioco politico, p. 26; La terza legislatura, p. 28; Il governo Tambroni, p. 32; Prove di centrosinistra, p. 40; L'elezione di Segni al Quirinale, p. 43; L'attivismo in politica estera, p. 44; Quirinale e Vaticano, p. 49; Un settennato «interventista fino ai confini della legittimità costituzionale», p. 50.	
Ignazio Visco, <i>Capitale umano e innovazione: difficoltà antiche, sfide di oggi. Note su Europa, Italia, Mezzogiorno</i>	53
Introduzione, p. 53; Ricerca e innovazione, p. 55; Capitale umano e sistema produttivo, p. 58; Considerazioni conclusive, p. 64.	
Antonio Armellini, Andrea Manzella, <i>Quando la storia sembrava volgere al positivo</i>	67
Documenti, p. 71.	
Luigi Cavallo, <i>Felice Carena. Arte dell'immagine, attenersi al vivo delle forme</i> ..	87
Pierluigi Ciocca, <i>Su Giovanni Giolitti</i>	97
Barbara Scaramucci, <i>Settanta anni di televisione in Italia</i>	104
Anni Sessanta: la paleo televisione è già finita. La BBC viene a studiare la Rai e nasce il secondo canale, p. 106; Rivoluzioni studentesche, tecnologiche e politiche, p. 108; Servizio pubblico non più del governo ma del parlamento, p. 110; Il colore dei sogni, anticipo dei rutilanti anni Ottanta, p. 112; La rivoluzione delle TV private: con Fininvest la TV non sarà più la stessa. E arriva Rai 3, p. 114; "L'Italia è il paese che amo...". La stagione del conflitto di interessi e del duopolio, la TV tematica, il satellite, i primi passi di internet, p. 118; Gli ultimi anni analogici: i reality, Fiorello alla Rai, i Sanremo di Fazio, Carrà e Baudo, Montalbano, l'arrivo della pay TV e del digitale terrestre, p. 119; La televisione dei social e del web, l'invasione della politica, la destra al governo e la fine della supremazia della Rai, p. 121.	
Guido Pescosolido, <i>Rosario Romeo "allievo" di Volpe</i>	125
Giacomo Lasorella, <i>Sfide digitali e processi democratici</i>	138
Sergio Bucci, <i>Bagnoli: La Rivoluzione della Libertà</i>	143
Ermanno Paccagnini, <i>Recenti percorsi narrativi al femminile III. Tra continuità, discontinuità e novità</i>	151
Omero Nardini, <i>Curtatone e Montanara nelle lettere di Torello Franchini</i> ...	169
Premessa, p. 169; Gli antefatti buggianesi (e valdinievolini) della "guerra di popolo", p. 169; Il patriota Torello Franchini, p. 172; Torello Franchini volontario alla "guerra di popolo" (maggio-agosto 1848), p. 174; Elementi di interesse dell'epistolario di Torello Franchini, p. 175; Il 1849 a Borgo a Buggiano. La 'reazione' e le persecuzioni che colpirono anche Torello Franchini, p. 176; Appendice: Le lettere del civico volontario Torello Franchini, p. 181.	
Stefano Folli, <i>Diario politico</i>	197
Gloria Giudizi, <i>La questione del neurosessismo</i> , a cura di Caterina Ceccuti ..	212

Andrea Becherucci, <i>L'Europa nelle carte di Alcide De Gasperi</i>	217
Nicola Lupo, <i>Fare buone leggi aiuta la democrazia</i>	224
Ugo De Vita, <i>Alda Merini. Un ritratto</i>	234
Silvana Federici, Pietro Masci, <i>Obesità: un'epidemia complessa. Il ruolo delle Istituzioni e della conoscenza</i>	240
1. Introduzione e sommario, p. 240; 2. Gli aspetti medico-sanitari dell'obesità, p. 241; 3. Diffusione dell'obesità nel mondo, p. 245; 4. Variabili, patologie e fattori causali dell'obesità, p. 250; 5. L'obesità in Italia, p. 258; 6. Considerazioni: il ruolo dello Stato, p. 259; 7. Direzione per la ricerca futura, p. 262; 8. Conclusioni, p. 263.	
Simone Fagioli, <i>Il ratto di Proserpina (1570) di Alessandro Allori</i>	267
Primo movimento: 1570, p. 267; Secondo movimento: 1844-1901, p. 268; Terzo movimento: 1901-1953, p. 270; Quarto movimento: 1953-2024, p. 274; Conclusioni: verso il futuro, p. 275.	
Riccardo Renzi, <i>Cento anni dalla morte di Kafka: cosa ci ha lasciato?</i>	277
Tito Lucrezio Rizzo, <i>L'assassinio dell'on. Matteotti cento anni dopo</i>	283
Franco Miglietta, «Schizzo a Svista», inediti di un "organo di trincea" sul Fronte Macedone: I. Il numero 1 del 12 marzo 1917	300
Introduzione, p. 300; Il primo «Schizzo a Svista» – (nr. 1, 12 marzo 1917), p. 305.	
Paola Paciscopi, <i>Un "Busto di Dante" di Amalia e Giuseppina Duprè per la Casa-museo del Poeta</i>	318
Via Ricciarda 632, p. 318; Due amici, due sorelle e un "Busto di Dante", p. 321; Sulle tracce del "Busto di Dante", p. 326; Un'altra "Testa di Dante" per un'altra Italia, p. 328.	
Massimo Seriacopi, <i>Un fiorentino in Paradiso: Cacciaguida (e il suo nipote Dante)</i>	330
Adriano Bassi, <i>La mancata collaborazione fra Giacomo Puccini e Gabriele D'Annunzio</i>	338
Vincenzo Arnone, <i>Fortunato Pasqualino scrittore, filosofo e puparo</i>	346
Carlo Cesare Montani, <i>Per il ricordo dell'esodo giuliano-dalmata e delle foibe. Auspici e riflessioni attuali</i>	351
Francesco Leoncini, <i>Tomáš G. Masaryk, il fascismo e la recente pubblicistica italiana sul leader ceco</i>	356
Lo spartiacque del delitto Matteotti, p. 356; Masaryk e il fascismo, p. 358; Masaryk anticonformista, p. 359; La Nuova Europa. Il punto di vista slavo, p. 362.	
Antonio Motta, <i>Giuseppe Antonio Borgese e il giovane Tusiani</i>	366
RASSEGNE	372
Ilaria Clara Urciuoli, <i>Arezzo celebra le tante anime del Vasari</i> , p. 372.	
RECENSIONI	375
G. Amato, <i>C'era una volta Cavour. La potenza della grande politica</i> , di Andrea Frangioni, p. 375; Alessandro Roncaglia, <i>Il potere. Una prospettiva riformista</i> , di Pier Francesco Lotito, p. 378; Paolo Bagnoli, <i>Francesco Ciccotti Scozzese – L'Ossessione del Duce</i> , di Giulietta Rovera, p. 381; Giulia Tellini, «Dentro a' dilicati petti». <i>Il volto femminile del Decameron</i> , di Oleksandra Rekut-Liberatore, p. 382; Nevio Casadio, <i>Le stanze dei giardini segreti</i> , di Sauro Mattarelli, p. 388; Valerio di Porto e Manuele Gianfrancesco (a cura di), <i>Senatori ebrei nel Regno d'Italia</i> , di Antonio Piana, p. 390.	
<i>L'avvisatore librario</i> , di Aglaia Paoletti Langé	394

OBESITÀ: UN'EPIDEMIA COMPLESSA. IL RUOLO DELLE ISTITUZIONI E DELLA CONOSCENZA

1. Introduzione e sommario

L'obesità – e più in generale l'eccesso ponderale che ricomprende il sovrappeso – è un'epidemia che si sta diffondendo nelle società occidentali e nel mondo.

L'obiettivo del saggio è di analizzare, principalmente negli Stati Uniti e in Italia, il complesso fenomeno dell'obesità, la distribuzione tra i diversi gruppi economici e sociali, ed identificare le variabili e i nessi di causalità che influenzano l'obesità.

Il saggio si basa su un'ampia disponibilità di dati e statistiche, osservazioni, ricerca medica, sociale, e politico-economica.

Dopo l'introduzione e sommario, il saggio analizza gli aspetti medico-sanitari dell'obesità; i dati sull'obesità nel mondo, negli Stati Uniti e in Italia; le variabili e patologie che determinano l'obesità (economiche e sociali, alimentazione, istruzione, età, stile di vita, cause iatrogene e genetiche, cultura), e le peculiarità dell'obesità in Italia.

Nelle considerazioni, il saggio sottolinea che i dati mostrano una significativa correlazione – che non è causalità – tra aumento delle disuguaglianze e della povertà, concentrazione della ricchezza, diminuzione dell'istruzione e aumento dell'obesità.

Il saggio evidenzia tre fattori che contengono le variabili e patologie sopra indicate: l'*insicurezza alimentare* (difficoltà d'accesso al cibo, particolarmente per le categorie a basso reddito); l'*insicurezza educativa* (incapacità di esercitare un giudizio critico nel prendere decisioni); e il c.d. *ambiente obesogeno* (ampia disponibilità di cibo, non di qualità, posto sul mercato dall'industria alimentare, ad un prezzo accessibile, soprattutto per le categorie a basso reddito).

Il saggio suggerisce temi per la futura ricerca, tra cui la verifica empirica dei nessi di causalità.

Il saggio conclude che l'insicurezza alimentare, l'insicurezza educativa e l'ambiente obesogeno interagiscono tra di loro e con l'obesità e dirigono gli individui verso un'alimentazione non sana e costituiscono i fattori principali dell'obesità.

Questa situazione non è esogena, ma è direttamente riconducibile – negli Stati Uniti e in Italia – alla logica di un modello di sviluppo basato su individualismo, utilitarismo e profitto, diffuso attraverso i vari mezzi di comunicazione; e al funzionamento del sistema politico-istituzionale allineato con gli interessi economici e finanziari – inclusi quelli dell'industria alimentare.

In ultima analisi, la mancanza di rappresentatività nei corpi politici deliberativi delle componenti presenti nella società comporta la perdita di razionalità nelle decisioni istituzionali e di collegamento delle politiche pubbliche con la tutela dell'interesse generale.

A fronte dell'epidemia dell'obesità, il ruolo dello Stato va rivitalizzato per intraprendere una seria ed aggressiva strategia di riduzione delle disuguaglianze, rafforzamento dell'istruzione e delle capacità critiche dei cittadini, e regolamentazione dell'industria alimentare.

2. Gli aspetti medico-sanitari dell'obesità

Gli aspetti medico-sanitari collegati con l'obesità costituiscono il punto di partenza dell'analisi del fenomeno.

A. DEFINIZIONE DI OBESITÀ

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) definisce l'obesità come una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. L'alimentazione e l'attività fisica sono comportamenti influenzati dalle condizioni sociali, economiche e culturali.

La classificazione della popolazione in base al peso viene fatta utilizzando l'indice di massa corporea ($BMI = \text{Body Mass Index}$), che misura la presenza di grasso corporeo in eccesso, secondo la formula:

$BMI = \text{peso (in kg)} / \text{quadrato dell'altezza (in metri)}$.

Le classi di peso per gli adulti indicate dal BMI sono:

- <18,5 sottopeso

- 18,5 – 24,9 normopeso
- 25 – 29,9 sovrappeso
- >30 obesità
- >40 obesità grave.

Ognuno può calcolare il proprio BMI utilizzando la formula sopra riportata, o inserendo i dati nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (Istituto Superiore Sanità 2017)¹.

L'indice BMI non è sufficiente per una diagnosi di obesità, in quanto non fa distinzione tra massa magra e massa grassa. In casi estremi, un atleta può avere un BMI corrispondente all'obesità, ma non esserne affetto.

Per diagnosticare l'obesità è quindi utile misurare:

- Circonferenza vita (deve essere misurata appena sopra l'ombelico) è considerata “*desiderabile*” se è inferiore a 94 cm negli uomini e 80 cm nelle donne. Se il valore è superiore, si è in presenza di aumento di tessuto adiposo addominale, condizione predisponente a diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemia.
- Pressione del sangue;
- Valori nel sangue di glicemia, emoglobina glicata, colesterolo totale e LDL, trigliceridi e uricemia.

B. LE CONSEGUENZE DELL'OBESITÀ

L'eccesso ponderale comporta una visibile deteriorazione dell'aspetto fisico; fatica anche per piccoli movimenti, cattiva respirazione e disagi del sonno, sofferenza per dolori da sovraccarico alle ginocchia, e alla colonna vertebrale; disturbi metabolici, morbidità e mortalità.

L'obesità deve essere diagnosticata e curata il prima possibile, soprattutto nei bambini, per evitare l'insorgenza di gravi problematiche per la salute². Un BMI eccessivo ha varie conseguenze: depressione; danni sulla salute (nel 2019, ha causato circa 5 milioni di decessi per malattie non trasmissibili – cardiovascolari, diabete, cancro, disturbi neurologici, respiratori cronici e digestivi)³; rilevanti costi finanziari per gli individui e per il sistema sanitario, ed economici in termini di perdita di produttività.

¹ <https://www.epicentro.iss.it/obesita/#:~:text=L'obesit%C3%A0%20%C3%A8%20definita%20come,in%20punti%20precisi%20del%20corpo.>

² Nell'obesità più grave con malattie associate si può intervenire per via chirurgica con lo *sleeve gastrectomy* (riduzione dello stomaco fino al 75% che induce una riduzione del cibo che lo stomaco può detenere) e con il *by pass gastrico* (intervento che riduce l'appetito e aumenta la sazietà: si assume meno cibo con conseguente perdita di peso).

³ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

i. Conseguenze psicologiche: depressione

L'eccesso ponderale è fortemente associato a gravi disturbi psichiatrici.

L'aspetto fisico dell'obeso spesso provoca disfunzioni psicologiche nelle relazioni con altre persone, disturbi emotivi, motivazionali e comportamentali, bassa autostima, disfunzioni alimentari, depressione e scadente qualità della vita⁴.

Gli adulti in eccesso ponderale hanno un rischio del 55% più elevato, rispetto alle persone normali, di sviluppare depressione nel corso della loro vita, e le persone depresse hanno un rischio maggiore di obesità del 58% (Blasco et al. 2020).

La depressione è un fattore di rischio per l'obesità, in particolare la depressione *"atipica"*, che si manifesta con sonnolenza, aumento dell'appetito, ipersensibilità. Di converso, l'obesità è un fattore di rischio per la depressione, soprattutto nelle donne.

L'associazione di depressione e eccesso ponderale costituisce un esempio di bi-direzionalità, vale a dire che l'eccesso ponderale determina depressione e la depressione facilita e accentua l'eccesso ponderale (Blasco et al. 2020). Lo stesso meccanismo bi-direzionale si verifica con altre variabili, patologie e fattori e obesità.

ii. Conseguenze sulla salute: malattie associate all'obesità

L'obesità è causa di malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, infarto, ictus, embolia polmonare), diabete di tipo 2, dislipidemie (alterazione della quantità di grassi nel sangue), vari tipi di cancro, infertilità femminile, disfunzione erettile, incontinenza urinaria da sforzo. Si esaminano più in dettaglio alcune malattie e situazioni più serie associate all'obesità: cardiovascolari, diabete e cancro.

Malattie cardio-vascolari

Negli ultimi dieci anni, numerosi studi associano l'obesità a livelli elevati di colesterolo *"cattivo"* e trigliceridi, e a livelli bassi di colesterolo *"buono"*. L'obesità può portare ad ipertensione arteriosa, diabete e malattie cardiache. L'obesità ha un ruolo importante nell'arteriosclerosi e nella malattia coronarica. L'obesità porta a cambiamenti strutturali e funzionali del cuore, che causano insufficienza cardiaca. La struttura alterata del mio-

⁴ Ai fini della narrazione appare utile fornire un'illustrazione visiva di persone obese, un'immagine vale più di mille parole. Tuttavia, la pubblicazione di foto di persone comporta delicati problemi di protezione della riservatezza. I lettori possono consultare illustrazioni fotografiche disponibili su varie piattaforme per ottenere una rappresentazione visiva del fenomeno dell'obesità ed immaginarne le conseguenze.

cardio aumenta il rischio di fibrillazione atriale e di morte cardiaca improvvisa (Csige et al. 2018).

Diabete

L'accumulo di grasso corporeo in eccesso può causare il diabete di tipo 2, e il rischio di diabete di tipo 2 aumenta linearmente con l'aumento dell'indice di massa corporea.

I meccanismi cellulari e fisiologici responsabili del legame tra obesità e diabete di tipo 2 sono complessi e coinvolgono alterazioni indotte dall'adiposità nella funzione delle cellule β , nella biologia del tessuto adiposo e nella resistenza all'insulina multiorgano, che spesso migliorano e possono anche essere normalizzate con adeguata perdita di peso (Klein et al. 2022).

Cancro

Il Center for Disease Control and Prevention (CDC) riporta che l'eccesso ponderale aumenta il rischio di contrarre tredici tipi di cancro, che costituiscono il 40% di tutti i tumori diagnosticati ogni anno negli Stati Uniti (CDC 2023).

Molti fattori sono associati al cancro, ma mantenere un peso sano ed evitare l'uso del tabacco sono due dei passi più importanti per ridurre il rischio di contrarre il cancro.

Gli adulti obesi corrono un rischio elevato di molte malattie gravi, compreso il cancro, rispetto alle persone con un peso sano.

Dal 2005 al 2014, negli Stati Uniti, la maggior parte dei tumori associati ad eccesso ponderale sono aumentati, mentre i tumori associati ad altri fattori sono diminuiti.

Durante questo periodo, il tasso di nuovi tumori associati a sovrappeso e obesità (eccetto il cancro del colon-retto) è aumentato del 7%, mentre il tasso di nuovi tumori non associati a sovrappeso e obesità è diminuito del 13% (il tasso di nuovi casi di cancro del colon-retto è sceso del 23% durante questo periodo) (CDC 2023).

Dati sui tumori associati all'obesità tra uomini e donne indicano che ogni anno, negli Stati Uniti, si verificano più di 684.000 tumori associati all'obesità, di cui più di 210.000 tra gli uomini e 470.000 tra le donne.

Il cancro al seno, dopo la menopausa, tra le donne, è il cancro più comune associato all'obesità. Il cancro del colon-retto è associato all'obesità più comune tra gli uomini.

Oltre il 90% dei nuovi tumori legati all'obesità si verifica in uomini e donne di età pari o superiore a 50 anni.

Uno studio pubblicato nel settembre 2023 su *BMJ Oncology* riporta

che, nel mondo, il cancro nelle persone di età inferiore ai 50 anni è aumentato drasticamente.

La ricerca esamina i dati di 204 paesi tra il 1990 e il 2019 e riporta che, nel 2019, risultano più di 3,26 milioni casi di cancro, rispetto a 1,82 milioni nel 1990, con un aumento del 79,1%.

Secondo lo studio, contribuiscono all'aumento i fattori genetici, la cattiva alimentazione, l'uso di alcol e tabacco, l'inattività fisica e l'obesità (Zhao et al. 2023).

iii. Conseguenze economiche e sociali

L'impatto finanziario ed economico dell'eccesso ponderale comporta un onere che si ripercuote sugli individui e sulle famiglie, sul sistema sanitario, sull'economia e sulla società.

Un rapporto pubblicato dal Milken Institute mostra che – nel 2016 – il costo annuale e l'impatto economico dell'obesità negli Stati Uniti supera 1,4 miliardi di miliardi di dollari per i costi associati al trattamento sanitario dell'obesità⁵, alle condizioni correlate all'obesità, e alla produttività del lavoro. Il rapporto suggerisce come combattere l'obesità e il crescente impatto economico (Waters e Graf 2019; Lopez, Bendix, e Sagynbekov 2020).

Sotto il profilo sociale, l'obesità produce una cattiva qualità della vita, accentua aggressività e violenza, soprattutto da parte di bambini e adolescenti (Tso et al. 2018).

Le conseguenze economiche, finanziarie e sociali dell'obesità sono rilevanti e, senza opportuni interventi, si prevede che i costi globali del sovrappeso e dell'obesità raggiungeranno i 3 mila miliardi di dollari all'anno entro il 2030, e oltre i 18 mila miliardi di dollari entro il 2060.

3. Diffusione dell'obesità nel mondo

Il fenomeno dell'obesità si è sviluppato, negli ultimi cinquant'anni, principalmente negli Stati Uniti, e si è diffuso in altri paesi, tra cui l'Italia (Ritchie and Roser 2024).

i. Statistiche globali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) riporta che, nel

⁵ I costi associati all'obesità comportano circa 147 miliardi di dollari di costi sanitari annuali (dati Center for Disease Control and Prevention-CDC - Centro per il Controllo e Prevenzione delle Malattie).

2022, una persona su otto nel mondo convive con l'obesità. L'obesità degli adulti è più che raddoppiata nel 2022, rispetto al 1990, mentre quella degli adolescenti è quadruplicata. Nel 2022,

- 2,5 miliardi di adulti (di età pari o superiore a 18 anni) sono in sovrappeso, di cui 890 milioni vivono con l'obesità;
- il 43% degli adulti di età pari o superiore a 18 anni è in sovrappeso e il 16% convive con l'obesità;
- 37 milioni di bambini sotto i 5 anni sono in sovrappeso;
- oltre 390 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni sono in sovrappeso, inclusi 160 milioni che convivono con l'obesità (World Health Organization 2022).

Uno studio pubblicato sulla rivista scientifica «Lancet» (Phelps et al. 2024) approfondisce ulteriormente il significativo aumento dell'obesità nel mondo riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel periodo 1990-2022, la prevalenza di sovrappeso e obesità è aumentata in 162 paesi (81%) per le donne e in 140 paesi (70%) per gli uomini con una probabilità a posteriori di almeno 0,80⁶ che i cambiamenti osservati siano veri aumenti.

Nello stesso periodo, la prevalenza combinata di sottopeso e obesità negli adulti è diminuita in 11 paesi per le donne (6%) e per gli uomini (17%) con una probabilità a posteriori di almeno 0,80 che i cambiamenti osservati siano vere diminuzioni.

Nel 2022, la prevalenza combinata di sottopeso e obesità è più alta nei paesi dei Caraibi, in Polinesia e Micronesia, e nei paesi del Medio Oriente e del Nord Africa.

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e lo studio pubblicato sulla rivista «Lancet» evidenziano la crescita di sovrappeso e soprattutto obesità nella maggior parte dei paesi, mentre il sottopeso rimane prevalente nell'Asia meridionale e in alcune parti dell'Africa.

ii. Stati Uniti

Secondo il Rapporto della *World Population Review* del 2024, gli Stati Uniti occupano il 15° posto per tasso di obesità più alto al mondo, pari al 42.7% per la popolazione maschile e 41.8% per la popolazione femminile. Il 77.1% della popolazione è in eccesso ponderale, di cui circa il

⁶ Nella statistica bayesiana, la probabilità a posteriori di un evento aleatorio o di una proposizione incerta, è la probabilità condizionata che è assegnata dopo che si è tenuto conto dell'informazione rilevante o degli antefatti relativi a tale evento aleatorio o a tale proposizione incerta.

42.7% è obeso e il 34.4% è in sovrappeso (dati riferiti al 2023)⁷. Il 42.7% degli adulti (100,1 milioni di persone) e il 19.7% dei bambini (14,7 milioni) soffrono di obesità.

I tassi di obesità negli Stati Uniti variano a seconda delle aree, in dipendenza a vari fattori economici, sociali, dietetici, ambientali e culturali⁸.

L'obesità è passata dal 30.5% della popolazione nel 1990 al 42.7% nel 2023, di cui il 10% è affetto da obesità grave (*severe obesity*), vale a dire con un BMI superiore a 40⁹.

Le prime posizioni della graduatoria mondiale di obesità sono occupate da piccoli paesi delle isole della Polinesia (American Samoa, Tonga, Isole Cook, Tokelau, Tuvalu, Niue, Kiribati), dove il sovrappeso e l'obesità hanno radici religiose e culturali, con una percentuale della popolazione obesa che va dal 45% (Saint Kitts and Nevis) all'80.2% (American Samoa) (World Population Review 2024b).

iii. Italia

L'Italia occupa il posto 145, con un tasso di obesità pari al 10.40% per la popolazione maschile e al 9.70% per la popolazione femminile (World Population Review 2024b).

Nel World Obesity Report, nel 2022, l'Italia figura al posto 119 della graduatoria, con un tasso di obesità pari al 17.97%.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – nel biennio 2020-21 – il 42.7% della popolazione adulta è in eccesso ponderale: il 32.8% è in sovrappeso e il 10.37% è obeso.

L'Italia è uno dei paesi dell'Unione Europea (UE) in cui l'obesità incide di meno, ma registra il più alto tasso di bambini obesi tra i 2 e i 4 anni, analogamente ad altri paesi del sud Europa (Grecia e Spagna): 39% di sovrappeso (inclusa l'obesità) e 17% di obesità.

Secondo l'ultimo rapporto dell'*Obesità Barometer*, in Italia sono 18 milioni gli adulti in sovrappeso (circa il 35,5% della popolazione adulta) e

⁷ Secondo il World Obesity Report, nel 2022, gli Stati Uniti occupano, il 10° posto della graduatoria mondiale con un tasso di obesità del 41.64%. Nello stesso Rapporto, l'Italia figura al 119 posto della graduatoria con un tasso di obesità pari al 17.97% (World Obesity 2023). <https://data.worldobesity.org/tables/ranking-obesity-by-country-adults-1.pdf?>

⁸ West Virginia, Louisiana and Oklahoma sono gli stati con l'obesità più elevata, circa il 45% della popolazione adulta. Circa il 7.7% della popolazione adulta negli Stati Uniti è "gravemente obeso", vale a dire ha un BMI superiore a 40.

⁹ Un rapporto del Dipartimento della Difesa (DOD) del 2016 rileva che l'obesità è uno dei principali impedimenti all'arruolamento nell'esercito americano. Questi dati sono confermati in ulteriori analisi del CDC: il 71% dei cittadini americani non è in grado di prestare il servizio militare.

5 milioni quelli obesi (il 10.3% della popolazione adulta) (SIEDP 2022). Il sovrappeso e l'obesità sono passati da circa l'8% della popolazione nel 1975 al 17.97% nel 2022; negli ultimi anni sovrappeso e obesità sono sostanzialmente stabili, con una tendenza in aumento nel Sud-Italia. L'obesità nelle regioni centrali risulta in lenta riduzione (dal 10% al 9% fra il 2008 e il 2021); aumenta nelle regioni settentrionali (dal 9% all'11%); e mostra un andamento peculiare nelle regioni meridionali, dove sale dal 12% al 14% tra il 2008 e il 2015 e successivamente si riduce al 10% nel 2021; il risultato finale si traduce in una sostanziale stabilità del fenomeno. L'obesità mostra una tendenza all'aumento fra i più giovani (18-34enni) ed è in riduzione fra le persone più mature (50-69enni) (Masocco et al. 2023).

In Europa, tra il 1975 e il 2021, l'obesità nella popolazione adulta registra un aumento del 161% (OpenPolis 2021). Nell'aprile 2021, il Parlamento europeo invita gli stati membri ad agire concretamente per contrastare la diffusione dell'obesità.

iv. Obesità, reddito ed etnia

L'eccesso ponderale è maggiormente associato a povertà e a livelli bassi di reddito, ed è presente nelle etnie che prevalentemente occupano le fasce della popolazione più povere e a basso reddito (neri e ispanici)¹⁰.

Ameye e Swinnen esaminano l'associazione tra obesità, reddito e genere all'interno dei paesi e tra i paesi. L'obesità cambia con il reddito, ma in modo non lineare.

L'obesità aumenta con il reddito nei paesi poveri, non ha alcuna relazione con il reddito nei paesi a reddito medio e diminuisce con il reddito nei paesi ricchi. All'interno dei paesi, l'obesità è concentrata tra i gruppi più ricchi nei paesi a basso reddito, ed equamente distribuita nei paesi a medio reddito. Nei paesi ad alto reddito, i poveri sono i più obesi.

Il rapporto è diverso per uomini e donne. Le donne sono più obese nei paesi a basso reddito e molto più obese nei paesi a medio reddito. Il divario di obesità di genere scompare nelle economie ad alto reddito.

La concentrazione geografica dell'obesità cambia con la crescita del reddito: dalle aree urbane dei paesi poveri alle aree rurali dei paesi ricchi. L'obesità totale continua ad aumentare in tutti i paesi e nel mondo nel suo complesso (Ameye and Swinnen 2019).

¹⁰ Prevalenza degli obesi nei servizi, sanità, ristorazione, vale a dire nei lavori meno retribuiti.

Negli Stati Uniti, il sovrappeso e l'obesità sono maggiormente associati con alcune etnie – neri, ispanici – che costituiscono le fasce a livello di reddito più basso e più povere, rispetto ad altre etnie.

- Per quanto riguarda la popolazione adulta secondo l'etnia:
 - Più di 2 adulti bianchi non ispanici su 5 (42,2%) soffrono di obesità.
 - Quasi 1 adulto nero non ispanico su 2 (49,6%) soffre di obesità.
 - Più di 1 adulto asiatico non ispanico su 6 (17,4%) soffre di obesità.
 - Quasi 1 adulto ispanico su 2 (44,8%) soffre di obesità.
- Per quanto riguarda la popolazione adulta le distinzioni secondo il genere:
 - L'obesità colpisce più di 2 uomini bianchi non ispanici su 5 (44,7%), più di 2 uomini neri non ispanici su 5 (41,1%), più di 1 uomo asiatico non ispanico su 6 (17,5%) e più di 2 uomini ispanici su 5 (45,7%).
 - Quasi 2 donne bianche non ispaniche su 5 (39,8%), più della metà delle donne nere non ispaniche (56,9%), più di 1 donna asiatica non ispanica su 6 (17,2%) e più di 2 donne ispaniche su 5 (43,7%) soffrono di obesità (National Institute of Health -NIH 2019).
 - Le donne nere non ispaniche hanno i più alti tassi di obesità: quasi il 57%, rispetto al 44% delle donne messicane americane, al 41% delle donne ispaniche e al 33% delle donne bianche non ispaniche (NIH 2020).

v. Obesità infantile

L'obesità infantile è in crescente diffusione.

Nel 2022, nel mondo, oltre 390 milioni di bambini e adolescenti, di età compresa tra 5 e 19 anni, sono in sovrappeso (World Health Organization 2022).

L'indice del sovrappeso e dell'obesità, tra i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni è passato dall'8% nel 1990 al 20% nel 2022. L'aumento si è verificato in modo simile tra i bambini e bambine: nel 2022, il 19% delle bambine e il 21% dei bambini erano in sovrappeso.

L'eccesso ponderale nell'infanzia e nell'adolescenza influisce sulla salute immediata dei bambini e degli adolescenti, costituisce un fattore fondamentale per lo sviluppo, in età adulta, dell'obesità; è associato ad un rischio maggiore d'insorgenza precoce di varie malattie non trasmissibili, come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari.

L'obesità infantile e adolescenziale ha conseguenze psico-sociali negative: influisce sul rendimento scolastico e sulla qualità della vita, aggravata da stigma, discriminazione e bullismo.

L'obesità infantile deriva dalla situazione economico-sociale familiare, dall'alimentazione, dallo stile di vita, e da fattori genetici.

L'analisi complessiva dei dati nei vari paesi mostra che l'obesità si sta diffondendo dagli Stati Uniti nei paesi occidentali – paesi ad alto reddito – e nei paesi a basso e medio reddito.

L'analisi dei dati pone le basi per discutere le variabili, le cause patologiche e i fattori associati all'obesità.

4. Variabili, patologie e fattori causali dell'obesità

Il sovrappeso e l'obesità derivano da uno squilibrio tra l'apporto energetico (alimentazione) e il dispendio energetico (attività fisica) (World Health Organization 2022).

Tale sintetica definizione nasconde la complessità del fenomeno dell'obesità, costituita da una molteplicità di variabili, patologie e fattori che in vario modo influenzano e interagiscono tra di loro e con l'obesità e determinano l'apporto e il dispendio di energia.

L'obesità è una malattia multifattoriale, le variabili e le patologie si possono ricondurre a 7 categorie:

- a. economiche e sociali, che limitano la disponibilità di cibo sano e sostenibile a prezzi accessibili;
- b. alimentazione e ambiente obesogeno, vale a dire l'ampia disponibilità di alimenti ricchi di grassi saturi e zuccheri;
- c. istruzione;
- d. età;
- e. stile di vita e mancanza di mobilità fisica;
- f. cause iatrogene (obesità provocata dall'uso improprio o eccessivo di uno o più farmaci, malattie);
- g. cause genetiche¹¹;
- h. cultura.

¹¹ Si stima che il 20% delle persone obese presentano predisposizioni genetiche e particolari sindromi (Prader - Willi syndrome - PWS), per cui non riescono a metabolizzare il grasso corporeo.

Qui di seguito si analizzano variabili, patologie, e fattori che interagiscono con l'eccesso ponderale.

a. Variabili economiche e sociali: povertà e livello di reddito

Tra le variabili economiche e sociali spiccano quelle che limitano la disponibilità di cibo sano e sostenibile a prezzi accessibili, vale a dire la povertà e il livello di reddito.

Negli ultimi cinquant'anni, negli Stati Uniti, si verifica un aumento della popolazione che vive sotto il livello di povertà (pari all'11.5% della popolazione nel 2022, 37,9 milioni di persone al di sotto del livello ufficiale di povertà); aumenta la quota degli individui che vivono con un basso reddito (29% della popolazione nel 2022); si è ridotta la c.d. classe media; crescono gli individui nella categoria di alto reddito; si è ristretta la categoria degli ultra-ricchi; emerge il gruppo dei c.d. *working poor*, lavoratori poveri che hanno trascorso almeno 27 settimane nella forza lavoro, ma con redditi al di sotto del livello ufficiale di povertà.

In tale situazione, il coefficiente di Gini – che misura la concentrazione del reddito – negli Stati Uniti è pari a 0.398, tra i più elevati dei Paesi dell'OCSE (World Population Review 2024a)¹².

Nel terzo trimestre del 2023, il 66,6% della ricchezza totale negli Stati Uniti è posseduto dal 10% dei percettori più ricchi. In confronto, il 50% dei redditi più bassi possiede solo il 2,6% della ricchezza totale. Né il tasso, né il numero di povertà sono significativamente diversi rispetto al 2021 (Shrider and Creamer 2023)¹³. Il tasso di povertà è pari all'11.5% nel 2022, e i senza casa – *homeless* – nel 2023 sono pari ad oltre 650 mila unità.

In Italia si riscontrano tendenze analoghe. Secondo l'ISTAT, nel 2023, le famiglie in povertà assoluta si attestano all'8.5% del totale delle famiglie residenti (l'8,3% nel 2022), corrispondenti a circa 5,7 milioni di individui. Il peggioramento è imputabile in larga misura alla forte accelerazione dell'inflazione.

¹² Il coefficiente di Gini, introdotto dallo statistico italiano Corrado Gini, è una misura della disuguaglianza di una distribuzione. È spesso usato come indice di concentrazione per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito o della ricchezza. È un numero compreso tra 0 ed 1. Valori bassi del coefficiente indicano una distribuzione abbastanza omogenea, con il valore 0 che corrisponde alla pura equidistribuzione, ad esempio la situazione in cui tutti percepiscono esattamente lo stesso reddito; valori alti del coefficiente indicano una distribuzione più diseguale, con il valore 1 che corrisponde alla massima concentrazione, ovvero la situazione dove una persona percepisca tutto il reddito del paese mentre tutti gli altri hanno un reddito nullo.

¹³ La deindustrializzazione – fenomeno che ha caratterizzato l'industria manifatturiera americana a partire dagli anni Novanta – che consiste nello spostamento di attività produttive fuori dagli Stati Uniti per ridurre i costi di produzione – ha portato alla perdita di milioni di posti di lavoro e all'impoverimento di varie zone industriali e manifatturiere degli Stati Uniti.

Nel Nord, nel 2023, le persone povere sono quasi 136mila in più rispetto al 2022; l'incidenza della povertà assoluta a livello familiare è sostanzialmente stabile. Il Mezzogiorno mostra valori stabili e più elevati delle altre ripartizioni (10,3%, dal 10,7 del 2022), anche a livello individuale (12,1%, dal 12,7% del 2022) (ISTAT 2024). Il coefficiente Gini per l'Italia è 0.35.

L'aumento della povertà e l'ineguale distribuzione del reddito, negli Stati Uniti, come in Italia, sono alla base della c.d. *insicurezza alimentare*.

Il Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti fornisce un'articolata definizione con diversi livelli d'insicurezza. Sostanzialmente, l'*insicurezza alimentare* è definita come una condizione economica e sociale a livello familiare di accesso limitato, o incerto, a cibo adeguato (USDA Economic Research Center 2023).

Nel 2022, il 12,8% delle famiglie americane (17,0 milioni di famiglie) soffre di insicurezza alimentare almeno per un certo periodo dell'anno, vale a dire che hanno difficoltà a fornire cibo sufficiente a tutti i suoi membri a causa della mancanza di risorse finanziarie. Tale dato comprende il 5,1% (6,8 milioni di famiglie) con una sicurezza alimentare molto bassa, in cui l'assunzione di cibo di alcuni membri della famiglia è stata ridotta (USDA Economic Research Center 2023).

L'insicurezza alimentare in Italia riguarda, nel 2023, oltre 3,4 milioni di persone e determina il ricorso a cibo non sano e nocivo che conduce all'obesità.

I dati mostrano disuguaglianze etniche nell'insicurezza alimentare che persistono da decenni.

Nel 2022, negli Stati Uniti, l'insicurezza alimentare per le famiglie di indiani d'America o nativi dell'Alaska, neri, ispanici o multirazziali (rispettivamente 23,0%, 22,4%, 20,8% e 22,7%) è più del doppio di quella delle famiglie bianche (9,3%).

È del 6,4% per le famiglie asiatiche, native hawaiane o isolane del Pacifico, il cui raggruppamento potrebbe nascondere tassi di disagio più elevati per alcuni sottogruppi (Center for Budget and Policy Priorities 2023).

La ricerca evidenzia il legame tra insicurezza alimentare ed eccesso ponderale (Food Research and Action Center 2015).

Attualmente, un adulto su tre con insicurezza alimentare è obeso. Gli adulti con insicurezza alimentare hanno il 32% in più di probabilità di essere obesi rispetto agli adulti con sicurezza alimentare. Rispetto agli adulti con sicurezza alimentare, gli adulti con insicurezza alimentare hanno

un'obesità significativamente più elevata nei sottogruppi della popolazione caratterizzati da basso reddito e particolari etnie (neri, ispanici).

Il c.d. *paradosso povertà-obesità* lega l'insicurezza alimentare all'eccesso ponderale, nel senso che gli adulti nelle categorie a basso reddito che soffrono di insicurezza alimentare – a causa delle limitate disponibilità finanziarie e di tempo (in quanto hanno due-tre lavori) – si alimentano – spesso in grandi porzioni – con cibi processati, confezionati, rapidi, e ad alto contenuto calorico ed energetico, alla portata in termini di prezzo, ma che generano eccesso ponderale¹⁴. Poi, interviene l'assuefazione a tale cibo e l'impossibilità finanziaria, di tempo e d'istruzione di accedere a cibo sano (Christopher et al. 2023; Poti, Braga, e Qin 2017).

Ricercatori della NYU School of Global Public Health riportano che il consumo di alimenti ultra-processati è aumentato negli ultimi due decenni in quasi tutti i segmenti della popolazione statunitense.

La composizione complessiva della dieta media degli Stati Uniti si è spostata verso una dieta più elaborata. Ciò è preoccupante, poiché mangiare più alimenti ultra-processati è associato a una scarsa qualità della dieta e a un rischio più elevato di diverse malattie croniche. L'elevato e crescente consumo di alimenti ultra-processati nel 21° secolo potrebbe essere un fattore chiave dell'epidemia di obesità (Juul et al. 2022).

Negli ultimi quarant'anni, l'industria alimentare ha contribuito a creare il c.d. *ambiente obesogeno* – larga disponibilità di cibi grassi, saturi, trattati che generano eccesso ponderale.

b. Alimentazione e ambiente obesogeno

L'industria alimentare crea e mantiene il c.d. *ambiente obesogeno* – disponibilità di un'ampia quantità di alimenti ricchi di grassi saturi e zuccheri – che esacerba la probabilità di acquisizione dell'obesità negli individui¹⁵.

L'abbondante alimentazione è offerta a prezzi alla portata delle categorie a basso reddito.

Le concentrazioni, fusioni e acquisizioni nell'industria alimentare, negli Stati Uniti – nel settore produttivo, in quello distributivo, in quello della ristorazione e nella catena produttiva (*food supply chain*) – mirate a

¹⁴ Alimenti ricchi di grassi, calorie e sodio e poveri di vitamine e sostanze nutritive.

¹⁵ Nestlé, la più grande azienda mondiale del settore alimentare, aggiunge zucchero e miele al latte e ai cereali destinati ai bambini e venduti in molti Paesi in via di sviluppo. Una pratica che va contro le linee guida internazionali, volte a prevenire obesità e malattie croniche. Gli stessi prodotti venduti in Svizzera (paese originario di Nestlé) e in Europa sono senza zucchero (Abebe 2024).

generare la riduzione dei costi di produzione, efficienza e standardizzazione, ed aumento dei profitti d'impresa – contribuiscono a generare *l'ambiente obesogeno* (Saitone and Sexton 2017).

Negli Stati Uniti, nel settore produttivo, circa il 53% del mercato totale della lavorazione della carne è controllato dalle quattro principali aziende, con quattro aziende che lavorano l'85% della carne bovina americana e il 65% del pollo. Quattro società possiedono l'80% del mercato della birra; altri quattro controllano l'83% del mercato dei cereali pronti. Per alcuni prodotti specifici la concentrazione è ancora più accentuata: JM Smucker detiene il 45% del mercato statunitense delle gelatine; Frito-Lay, il 60% di patatine (Food Processing 2021).

Nel settore distributivo, nel periodo 1998-2022, si registra una sostanziale concentrazione e un cambiamento strutturale a livello nazionale, statale, di area statistica metropolitana (MSA) e di contea (Zeballos 2023).

Il settore della ristorazione attraversa una trasformazione significativa. L'infusione di capitale privato (*private equity*), insieme ai grandi gruppi di ristorazione, e attraverso la tecnica del *franchising*¹⁶, domina il mercato, rimodellando il settore attraverso il consolidamento.

I piccoli produttori indipendenti non riescono ad essere competitivi ed escono dal mercato; analogamente, i ristoranti familiari, se non escono dal mercato, ricorrono alle pratiche efficientistiche del cibo processato proveniente da catene alimentari (Allen 2017).

La crescente concentrazione dell'industria alimentare punta sull'uniformità del cibo per ridurre i costi di produzione ed aumentare i profitti e utilizza cibo trattato (o processato), subito pronto e con additivi, standardizzato (*fast food e cibo spazzatura*) che – se acquisito in forma continuativa – è dannoso per la salute (Mandal 2013).

L'esempio viene dai modelli di McDonald's e Starbucks degli anni Settanta e Ottanta, intesi a vendere lo stesso prodotto, uguale, in ogni parte del mondo, riducendo i costi e puntando sulla standardizzazione globale.

In queste circostanze, le imprese alimentari creano esternalità negative in termini di salute e costi medico-sanitari dell'obesità e di altre malattie a carico di consumatori e contribuenti (Nobbs 2020).

A proposito dell'industria alimentare, un recente film-documentario, – *Food For Profit* – focalizza principalmente sul tema degli allevamenti di animali e mostra i legami tra agricoltura e politica che, come accade in altri

¹⁶ Il *franchising* è un rapporto contrattuale tra un licenziante (*franchisor*) e un licenziatario (*franchisee*) che consente al *franchisee* (imprenditore) di utilizzare il marchio e il metodo del licenziante per distribuire prodotti o servizi ai consumatori.

settori, comporta finanziamenti da parte dell'industria alimentare a politici e partiti per averne benefici legislativi e di politiche pubbliche ("Food For Profit" 2024). L'industria alimentare riesce – attraverso i collegamenti con i politici e le politiche pubbliche adottate – a nutrire l'ambiente obesogeno e ad incrementare i profitti: l'alimentazione dannosa per i consumatori consente di continuare ad arricchire chi è già ricco, con i politici che non rappresentano – grazie all'esistente sistema politico-istituzionale – gli interessi generali (Paarlberg 2023).

c. Istruzione

La maggior parte degli studi riporta un'associazione tra livello di istruzione e obesità. L'associazione tra istruzione e obesità differisce a seconda del genere: un basso livello di istruzione è associato all'obesità, più per le donne che per gli uomini.

Negli Stati Uniti, secondo la CDC, uomini e donne con titoli universitari hanno una prevalenza all'obesità inferiore rispetto a quelli con un livello di istruzione inferiore.

Analoga associazione tra obesità e istruzione si verifica tra le donne bianche non ispaniche, nere non ispaniche, ispaniche, e tra gli uomini bianchi non ispanici.

Sebbene la differenza non sia statisticamente significativa, per gli uomini neri non ispanici, la prevalenza dell'obesità aumenta con il livello di istruzione.

Non si registrano differenze nella prevalenza dell'obesità in base al livello di istruzione tra donne e uomini asiatici non ispanici e tra uomini ispanici.

La relazione tra basso livello di istruzione e obesità è meno forte nelle donne del Nord Europa rispetto a quelle del Sud Europa, ma non tra gli uomini (Witkam et al. 2021).

In definitiva, esiste un'*insicurezza educativa*, vale a dire l'incapacità di larga parte degli individui di esercitare un giudizio critico e di valutazione nel prendere decisioni che, nel caso specifico dell'alimentazione, dirige l'individuo verso cibo che fornisce una soddisfazione e un "*guadagno*" di breve periodo e danni di medio e lungo periodo, particolarmente in termini di obesità e malattie collegate. Molti individui ritengono che il tempo speso a ricercare cibo sano, e cucinarlo, possa essere invece impiegato in attività che hanno un ritorno finanziario più elevato, senza considerare le implicazioni negative a lungo termine.

Tale insicurezza educativa rientra nel più ampio problema del declino del livello d'educazione negli Stati Uniti – come anche in Italia – e della

riduzione dello studio delle discipline umanistiche (storia, filosofia, arte, letteratura) che aiutano a sviluppare lo spirito critico e la capacità di ragionare (Newman 2023).

d. Età

L'obesità è correlata con l'età, e tende a manifestarsi con l'età.

In questa fase storica, la circostanza anormale è che il fenomeno dell'obesità si sta sviluppando anche nelle classi d'età più giovani.

e. Stile di vita e mobilità fisica

Come spesso ripetuto, l'obesità è un'epidemia complessa su cui incidono molti fattori, con una causalità bi-direzionale. Tra questi fattori, lo stile di vita – incluso il limitato esercizio fisico e l'utilizzo di mezzi di trasporto privati piuttosto che pubblici – favorisce l'assuefazione alla vita sedentaria e a pratiche “*stanziali*” con uso del computer, video-giochi, e gioco d'azzardo.

Tale stile di vita spinge verso una dieta diretta a generare obesità e crea assuefazione a cibi non sani, in una spirale negativa che conduce e rafforza il sovrappeso e l'obesità.

f. Cause iatrogene

Il termine *iatrogeno* appare nella terminologia medica nelle dizioni di malattia iatrogena o malattia iatrogenica, nel senso di malattia prodotta dall'uso di farmaci, o comunque determinata nell'organismo da un intervento medico. Farmaci comunemente prescritti, usati in eccesso e per un periodo prolungato, così come lunghe degenze, generano eccesso ponderale.

Gli agenti più comuni noti per svolgere questo effetto sono gli antipsicotici, gli antidepressivi e gli antiepilettici, l'insulina, i secretagoghi dell'insulina e i farmaci antipertensivi, nonché i c.d. PFAS (sostanze chimiche artificiali ampiamente utilizzate nei processi industriali).

g. Cause genetiche

Si stima che il 20% delle persone obese presenti predisposizioni genetiche e sindromi (Prader - Willi syndrome - PWS), per cui non riescono a metabolizzare il grasso corporeo.

h. Cultura

La cultura è definita come un costrutto sociale, un'idea creata e accettata dalla società formata da norme, valori e credenze; la cultura viene solitamente insegnata e tramandata da una generazione all'altra. Il ruolo della cultura costituisce un importante fattore nell'obesità.

I dati rivelano che, negli Stati Uniti, il gruppo etnico che presenta minore obesità è quello asiatico. D'altra parte, si nota che in Cina, il livello di individui in sovrappeso e obesi è in aumento, mentre in Giappone l'obesità è relativamente bassa (4.5% della popolazione adulta secondo la World Population Review).

Il ruolo della cultura nello sviluppo e diffusione dell'obesità merita ulteriore analisi.

L'analisi di variabili e patologie rivela che l'eccesso ponderale è significativamente associato allo stato socio-economico, all'identità razziale ed etnica, all'istruzione, alla situazione alimentare, e a varie cause patologiche, determinando complesse inter-azioni tra ciascuna di queste caratteristiche e l'eccesso ponderale.

La linea di causalità tra variabili e patologie ed eccesso ponderale non è uni-direzionale, nel senso che variabili e patologie generano eccesso ponderale che, a sua volta, accresce e rafforza alcune variabili (ad esempio, lo *status* sociale).

Dall'analisi emergono tre fattori – che inglobano le variabili sopra discusse – e interagiscono con l'eccesso ponderale: l'insicurezza alimentare, l'insicurezza educativa e l'ambiente obesogeno.

Si può immaginare che i nessi di causalità operino nel senso che le persone in situazione d'insicurezza alimentare e scarsa capacità di valutazione critica si dirigano verso cibo relativamente a basso prezzo, facilmente disponibile, processato¹⁷, standardizzato, subito pronto, ma nocivo, che genera eccesso ponderale. Acquisito un certo livello di eccesso ponderale, questo stato accentua e facilita il ricorso al cibo *spazzatura* al quale la persona si è assuefatta, rimanendo la limitazione finanziaria, di tempo e d'istruzione per ricercare un'alimentazione migliore.

Nell'ambito di tale meccanismo, la riduzione dell'attività fisica accre-

¹⁷ I cibi trattati (*processed foods*) sono prodotti alimentari e bevande che subiscono vari tipi di trasformazione e alterazioni, allo scopo di aumentare l'attrazione e la conservazione, di solito da parte di grandi aziende multinazionali. La maggioranza degli studi rileva che consumi di alimenti processati sono associati al sovrappeso e all'obesità. Ulteriori studi riportano relazioni tra l'assunzione di cibo processato e aumento della glicemia, la sindrome metabolica, l'aumento del colesterolo totale e LDL (colesterolo "cattivo") e il rischio di ipertensione.

sce il bilancio energetico positivo e duraturo e l'aumento dell'eccesso ponderale, in una spirale che si auto-alimenta.

Il meccanismo dell'eccesso ponderale descritto è facilitato dalla disponibilità di cibo di bassa qualità – il c.d. ambiente obesogeno – al quale si dirigono individui con insicurezza alimentare e insicurezza educativa. Tale meccanismo opera principalmente tra gli individui a basso reddito e scarso livello d'istruzione e determina la prevalenza di obesità osservata tra le aree geografiche e ai tassi più elevati di obesità tra gli individui con basso *status* socio-economico.

Inoltre, deprivazione, disordine o elevata criminalità sono associati a maggiori probabilità di obesità, che può verificarsi più frequentemente in individui di basso *status* sociale.

Sia le misure oggettive che soggettive dello *status* sociale e della disuguaglianza sono associate a un aumento dell'apporto energetico e a una diminuzione del dispendio energetico, che espone gli individui di basso *status* sociale a un rischio maggiore di sviluppo di obesità.

Data la complessità dell'obesità – una malattia a cui contribuiscono molteplici variabili e patologie e fattori che interagiscono tra di loro – una cura efficace e una politica pubblica dell'obesità richiede la conoscenza di queste complesse relazioni e l'integrazione tra i sistemi sanitari e la comunità circostante (Lee, Cardel, e Donahoo 2000).

5. *L'obesità in Italia*

L'esperienza degli ultimi cinquant'anni mostra la graduale diffusione delle pratiche americane in Italia, in molti settori, che poi si sviluppano con caratteristiche peculiari alla cultura italiana. L'obesità si espande anche in Italia – un paese la cui cultura, stile di vita (attenzione all'aspetto e apparenza fisica) e qualità del cibo, dovrebbero costituire gli anticorpi contro l'obesità.

Alcuni esempi identificano le peculiarità dell'allineamento dell'Italia al modello americano, particolarmente rilevanti per la crescita dell'obesità.

- Anche in Italia, l'aumento della povertà e delle difficoltà economiche genera insicurezza alimentare; la diminuzione del livello d'istruzione e della capacità critica procura l'insicurezza educativa. Tali situazioni sono spesso associate a limitato tempo a disposizione (che determina anche la limitata attività fisica), sicché l'individuo è portato ad ottenere soddisfazione da cibo pronto e non di buona

qualità, trascurando i danni che il cibo malsano procura a medio e lungo termine.

- L'esistenza di un ambiente obesogeno (diffusione del cibo processato, dei ristoranti *Fast Food*; deterioramento della qualità del cibo) facilita il ricorso degli individui verso l'alimentazione economica, veloce che favorisce l'obesità.
- Il turismo accentua la distribuzione di cibo processato – ma con la targhetta “*made in Italy*”, che attrae il turista incapace di valutare la qualità del cibo.
- La c.d. “*dieta mediterranea*” diffusa in Italia – basata su cibo sano e uno stile di vita che cura l'aspetto fisico – mitiga l'impatto dell'insicurezza alimentare, dell'insicurezza educativa, della limitatezza del tempo a disposizione e dell'ambiente obesogeno e la diffusione dell'obesità. Tuttavia, la dieta mediterranea è spesso divulgata nel mondo in forme distorte e utilizzata per aumentare e vendere il cibo sotto l'etichetta del “*made in Italy*”, e apre il quesito se la dieta mediterranea, nel tempo del *Fast Food*, costituisca un antidoto contro l'obesità.

I dati storici dell'obesità in Italia non sono comunque confortanti. Al di là delle diverse stime sopra riportate, l'obesità in Italia tra la popolazione adulta è passata dal 7.4% nel 1975 al 17.97% nel 2022; nei giovani, l'Italia è un paese con il livello di obesità più elevato, tra il 31,68% e il 34,85% dei bambini tra i 2 e i 4 anni risulta essere in sovrappeso nel 2017.

Tuttavia, il confronto tra gli Stati Uniti e l'Italia mostra che l'età media negli Stati Uniti è pari a 39, e in Italia è 46 anni; il livello di eccesso ponderale degli americani (77.1% della popolazione è in eccesso ponderale, di cui il 42.7% è obeso) è molto più elevato di quello italiano (42.7% in eccesso ponderale, di cui il 10.37% obeso).

L'aspettativa di vita negli Stati Uniti è pari a 77 anni, quella dell'Italia è pari a 84.

Tali dati inducono a ritenere che la diversità italiana in alimentazione, cultura, stile di vita abbiano un ruolo significativo nel ritardare lo sviluppo dell'obesità.

6. Considerazioni: il ruolo dello Stato

Negli Stati Uniti, come in Italia, la diffusione dell'obesità è sostanzialmente associata al livello del reddito; all'insicurezza alimentare; al livello

d'istruzione (e alla capacità di ragionare criticamente) e all'ambiente obesogeno. Nei dati si riscontra una correlazione – che non è causalità – tra aumento delle disuguaglianze e della povertà, concentrazione della ricchezza, diminuzione dell'istruzione e aumento dell'obesità.

L'ampia disponibilità del cibo processato – che l'industria alimentare promuove per ridurre i costi di produzione a favore dell'uniformità del prodotto, dei profitti e a discapito della qualità – costituisce il veicolo di trasmissione tra l'insicurezza alimentare ed educativa e l'obesità.

Un ruolo più aggressivo da parte dello Stato è necessario per combattere il fenomeno dell'obesità attraverso: i) la riduzione delle disuguaglianze economiche; ii) il miglioramento dei livelli d'istruzione ed in particolare la capacità critica che costituisce un fondamentale antidoto per riconoscere la qualità del cibo e tenere uno stile di vita sano per evitare l'obesità e le patologie connesse; iii) la regolamentazione e i controlli dell'industria alimentare.

In tale ottica, è altresì auspicabile un coordinamento a livello globale delle azioni e delle politiche dei vari paesi.

IL RUOLO DELLO STATO

L'esame delle variabili e patologie (economiche e sociali, alimentazione, istruzione, età, stile di vita, cause iatrogene e genetiche, cultura) e dei fattori che determinano l'obesità fa emergere che lo sviluppo e la progressione dell'obesità operano anche per la carenza di un efficace ruolo dello Stato, in relazione alle variabili, patologie e fattori.

A fronte di situazioni d'emergenza globale, come l'obesità¹⁸, le autorità politiche dirigono scelte di allocazione delle risorse non verso la risoluzione d'imponenti problemi economico-sociali, ma verso impieghi che presentano un elevato costo-opportunità ed esternalità negative¹⁹.

L'industria alimentare – intenta ad aumentare i profitti piuttosto che tutelare la salute dei cittadini – non solo influenza le decisioni politiche, ma opera per creare un ambiente di disponibilità alimentare nociva alla salute, alla quale si dirigono soprattutto i cittadini nelle fasce più basse e povere della popolazione, che ne pagano le conseguenze (Nestle 2022).

¹⁸ Naturalmente, il cambio climatico è l'emergenza globale prioritaria.

¹⁹ Secondo la Treccani, un'esternalità è *l'insieme degli effetti esterni (detti anche economie o disconomie esterne) che l'attività di un'unità economica (individuo, impresa, pubblica amministrazione) esercita, al di fuori delle transazioni di mercato, sulla produzione o sul benessere di altre unità – che determinano costi per altri che non vengono assorbiti nel costo di produzione.*

Il Costo-opportunità rappresenta l'alternativa a cui si deve rinunciare quando si effettua una scelta economica di allocazione delle risorse scarse.

Sotto il profilo politico-istituzionale, la ragione principale dello sviluppo e diffusione dell'obesità è la dipendenza della politica da interessi economici-finanziari che non permette un'azione attenta alle disparità economiche e sociali (cause primarie dell'obesità), alle concentrazioni e alle pratiche delle imprese alimentari, a tutela della salute del consumatore.

Soprattutto negli Stati Uniti, ma in forma crescente anche in Italia, il sistema politico-istituzionale è allineato con gli interessi economici e finanziari; risponde alla logica di un modello di sviluppo basato su individualismo, utilitarismo e profitto; favorisce interessi particolari; ed ha perso il collegamento con la tutela dell'interesse generale.

Esiste una vasta letteratura sull'influenza di poteri economici e finanziari sulla politica, negli Stati Uniti (Gerstle 2022; Levitsky and Ziblatt 2023; Weschle 2022).

La convergenza di apparati economici e finanziari e sistema politico-istituzionale non permette alle istituzioni statali d'intraprendere una strategia e politiche pubbliche nell'interesse generale.

La situazione dell'obesità negli Stati Uniti, in Italia, e nel mondo, richiede una presa di coscienza del problema, la definizione di una strategia pubblica per abbattere i livelli di sovrappeso e obesità, e interventi con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute dei cittadini.

Lo Stato è in una posizione unica per conoscere l'impatto delle variabili, delle patologie e dei fattori che influenzano l'obesità; considerare il costo-opportunità e le esternalità; e valutare i costi e i benefici sociali a breve, medio e lungo termine connessi con l'alimentazione e lo stile di vita, avendo a mente l'interesse generale, e non quello particolare²⁰.

In tale ottica, nel campo del sovrappeso e dell'obesità, è fondamentale definire quello che nell'economia dell'ottimizzazione è la funzione obiettivo, e non può che essere un'entità di ordine superiore, lo Stato, a definire la funzione obiettivo per la collettività.

Appaiono necessarie politiche pubbliche per combattere la povertà, innalzare i livelli di reddito, ridurre le diseguaglianze, migliorare l'accesso al servizio sanitario pubblico, elevare l'istruzione dei cittadini. Vale a dire sviluppare la capacità critica, la conoscenza e l'informazione, per prendere

²⁰ Uno dei concetti centrali per l'analisi costi-benefici sociali, è il c.d. costo-opportunità, vale a dire il costo di utilizzare certe risorse che non è solo il costo diretto, ma anche il costo di quello che si rinuncia a fare con quelle risorse, l'impiego alternativo. Tale concetto va utilizzato sia in senso positivo, vale a dire che le misure per prevenire il sovrappeso e l'obesità sono sottratte a settori che procurano sovrappeso e obesità, sia in senso negativo, vale a dire risorse che sono dirette ad accentuare l'obesità creano altresì danno in quanto quelle stesse risorse non sono dirette verso interventi che combattono l'obesità.

decisioni razionali – con una prospettiva a breve, medio e lungo termine – particolarmente per quanto riguarda l'alimentazione.

Contemporaneamente, la strategia pubblica dovrà accentuare lo scrutinio di consolidamenti e fusioni nell'industria alimentare a tutela della concorrenza e del consumatore; intensificare i controlli sulla qualità del cibo e disincentivare il consumo di alimenti che stimolano e accentuano l'obesità, come ad esempio le bevande zuccherate, i cibi trattati.

Una tale aggressiva azione dello Stato non può prescindere da una revisione del sistema politico-istituzionale ancorato ad interessi particolari verso un sistema politico-istituzionale dove i corpi deliberativi – Congresso e Governo – siano rappresentativi delle esigenze della società e rispondano a interessi generali e non particolari (Masci e Pappalardo 2023).

Tali cambi richiedono modifiche strutturali importanti, tra cui principalmente: sistema politico pluripartitico, sistema elettorale, divieto di finanziamento privato della politica.

Tale impostazione consente ai corpi deliberativi di essere più rappresentativi della società sottostante e intraprendere politiche dirette ad aumento del reddito disponibile per le fasce di basso reddito, tassazione progressiva, riduzione di spese che hanno un costo-opportunità molto elevato e in settori che producono esternalità negative, dirigendo le risorse verso programmi sociali, tra cui il finanziamento del sistema scolastico ed educativo pubblico e del sistema sanitario.

7. Direzione per la ricerca futura

I dati, le informazioni e considerazioni sviluppate portano a riflettere sulla necessità di ulteriore ricerca empirica – attraverso analisi econometrica – sul fenomeno dell'obesità, particolarmente importante per gli effetti devastanti che l'obesità ha sulla salute fisica e psichica degli individui, sul costo per le spese sanitarie e per l'economia, e il costo sociale dell'obesità.

La complessità dell'obesità è costituita dalla circostanza che esistono una serie di variabili e patologie e fattori che in vario modo influenzano e determinano l'obesità, come pure l'obesità influenza variabili e patologie.

In proposito, appare indispensabile esaminare i tre fattori identificati, che raccolgono diverse variabili – insicurezza alimentare, insicurezza educativa e ambiente obesogeno – e capire come interagiscono con l'obesità e a loro volta sono rafforzati dall'obesità – e comprendere i nessi di causalità

e la bi-direzionalità di variabili, patologie e fattori e la variabile dipendente, l'obesità.

Uno strumento analitico adatto a tale analisi sono i c.d. modelli di equazioni strutturali (*Structural Equation Modeling, SEM*), un'analisi statistica-econometrica dei dati – a livello longitudinale (per diversi paesi e nel tempo) – per comprendere gli effetti di variabili, patologie e fattori identificati nell'evoluzione della obesità, incluso il ruolo della cultura.

Sotto il profilo di politica economica, ulteriori analisi e studi potranno approfondire l'applicazione di concetti fondamentali delle scienze economiche, esternalità e costo-opportunità, al caso dell'obesità.

La ricerca futura potrà altresì valutare in che misura la situazione economica e sociale sia determinata da un abbandono di politiche keynesiane intervenute alla fine degli anni Settanta.

8. Conclusioni

L'insicurezza alimentare, l'insicurezza educativa, la perdita della capacità critica e l'ambiente obesogeno – che interagiscono tra di loro e con l'obesità – non costituiscono elementi esogeni, ma sono direttamente riconducibili al funzionamento del sistema politico-istituzionale catturato da interessi particolari; ai modelli culturali diffusi dalla classe economica, finanziaria e politica dominante, attraverso i vari mezzi di comunicazione.

La situazione dell'obesità costituisce un esempio di come – negli Stati Uniti e in Italia – non esista un sistema politico-istituzionale rappresentativo delle forze economiche e sociali della società, in grado di conoscere la complessità del fenomeno dell'obesità, valutare le implicazioni a breve, medio e lungo termine, ed intraprendere azioni a tutela dell'interesse generale.

Occorre agire in base alla ragione e alla conoscenza. La progressiva perdita della ragione – come dicono Goya e de Tocqueville – produce mostri (Helmut 1996; Tocqueville 2004, Capitolo VIII).

E i mostri sono gli obesi e la cattiva qualità della vita.

Il cambio del sistema politico-istituzionale che rifletta gli interessi generali rappresenta un punto chiave per affrancare lo Stato dalla dipendenza di potenti interessi economici e finanziari ed avviare un efficace intervento pubblico.

In tale ottica, gli obiettivi dell'intervento dello Stato sono ridurre le disuguaglianze economiche; aumentare l'istruzione e la capacità critica dei

cittadini di modo che i cittadini svolgano un ruolo attivo di controllo della situazione dell'alimentazione e dei suoi benefici e danni, e che gli stessi cittadini non vengano manipolati dai centri d'informazione; regolare l'industria alimentare e controllare la qualità dell'alimentazione.

Si tratta di interventi che non corrispondono al paradigma neo-liberale, dove il mercato – o quello che si ritiene il mercato – decide l'allocazione delle risorse.

Le iniziative dello Stato delineate in questo saggio s'ispirano ad un modello di c.d. *economia mista*, nel quale lo Stato ha la responsabilità delle scelte di politica economica e della loro realizzazione, che non è lasciata al mercato. È un modello che l'Italia ha con successo seguito nel dopoguerra, fino agli anni Novanta, e poi ha gradualmente abbandonato per affidarsi alle decisioni di politica economica degli apparati economici-finanziari al di fuori dello Stato.

Silvana Federici, Pietro Masci

BIBLIOGRAFIA

- Abebe, Laurent Gaberell, Patti Rundall, Manuel. 2024. *How Nestlé Gets Children Hooked on Sugar in Lower-Income Countries*.
- Allen, Aaron. 2017. *The Most Active Restaurant Private Equity Firms*.
- Ameye, Hannah, and Johan Swinnen. 2019. "Obesity, Income and Gender: The Changing Global Relationship." *Global Food Security* 23: 267-81.
- Blasco, Beatriz Villagrasa, Jesús García-Jiménez, Isabel Bodoano, and Luis Gutiérrez-Rojas. 2020. "Obesity and Depression: Its Prevalence and Influence as a Prognostic Factor: A Systematic Review." *Psychiatry Investigation* 17(8): 715-24.
- CDC. 2023. *Obesity and Cancer* | CDC.
- Center for Budget and Policy Priorities. 2023. *Food Insecurity Increased in 2022, With Severe Impact on Households With Children and Ongoing Racial Inequities* | Center on Budget and Policy Priorities.
- Christopher, Gail, David Fleming, Robert T Harris, Theodore Spencer, Stephanie Mayfield Gibson, Cynthia M Harris, David Lakey, and Octavio Martinez Jr. 2023. "Trust for America's Health." *TFAH*.
- Csige, Imre, Dóra Ujvárosy, Zoltán Szabó, István Lőrincz, György Paragh, Mariann Harangi, and Sándor Somodi. 2018. "The Impact of Obesity on the Cardiovascular System." *Journal of Diabetes Research* 2018: 3407306.
- "'Food For Profit': The New Documentary On Factory Farming In Europe." 2024. *Plant Based News*.
- Food Processing. 2021. *The Food Industry's Market Concentration Problem*.
- Food Research and Action Center. 2015. *Hunger and Health - The Impact of*

- Poverty, Food Insecurity, and Poor Nutrition on Health and Well-Being.*
Gerstle, Gary. 2022. *The Rise and Fall of the Neoliberal Order: America and the World in the Free Market Era.* New York, NY, United States of America: Oxford University Press.
- Helmut, Sparagni Tulliola Friedel. 1996. *Il sonno della ragione genera mostri: Goya e Rainer. Catalogo della mostra.* Milano: Mazzotta.
- ISTAT. 2024. *Rapporto ISTAT Povertà 2023.* ISTAT.
- Istituto Superiore Sanità. 2017. "Obesità - sovrappeso - prevenzione - indice di massa corporea."
- Juul, Filippa, Niyati Parekh, Euridice Martinez-Steele, Carlos Augusto Monteiro, and Virginia W. Chang. 2022. "Ultra-Processed Food Consumption among US Adults from 2001 to 2018." *The American Journal of Clinical Nutrition* 115(1): 211-21.
- Klein, Samuel, Amalia Gastaldelli, Hannele Yki-Järvinen, and Philipp E. Scherer. 2022. "Why Does Obesity Cause Diabetes?" *Cell Metabolism* 34(1): 11-20.
- Lee, Alexandra, Michelle Cardel, and William T. Donahoo. 2000. "Social and Environmental Factors Influencing Obesity." In *Endotext*, eds. Kenneth R. Feingold, Bradley Anawalt, Marc R. Blackman, Alison Boyce, George Chrousos, Emiliano Corpas, Wouter W. de Herder, et al. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
- Levitsky, Steven, and Daniel Ziblatt. 2023. *Tyranny of the Minority: Why American Democracy Reached the Breaking Point.* New York: Crown.
- Lopez, Claude, Joseph Bendix, and Ken Sagynbekov. 2020. *Weighing down America: 2020 Update a Community Approach against Obesity.*
- Mandal, Ananya. 2013. "Obesity and Fast Food." *News-Medical.*
- Masci, Pietro, and Giuseppe Pappalardo. 2023. "Verifica dell'attualità delle affermazioni di de Tocqueville sul sistema americano." *Nuova Antologia* Vol. 631-Fasc. 2308.
- Masocco, Maria, Valentina Minardi, Benedetta Contoli, Giada Minelli, Valerio Manno, Luigi Cobellis, and Donato Greco. 2023. "Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania." *Bollettino epidemiologico nazionale.*
- National Institute of Health-NIH. 2019. *Overweight & Obesity Statistics - NIDDK.*
- Nestle, Marion. 2022. "Regulating the Food Industry: An Aspirational Agenda." *American Journal of Public Health* 112(6): 853-58.
- Newman, Louis E. 2023. "The Beating Heart of Gen Ed." *Inside Higher Ed.*
- NIH. 2020. *Overweight & Obesity Statistics - NIDDK.*
- Nobbs, Jeff. 2020. "Accounting for the Negative Externalities of Food."
- OpenPolis. 2021. *In Europa il tasso di obesità è più che raddoppiato negli ultimi 40 anni.*
- Paarlberg, Robert. 2023. *Food Politics: What Everyone Needs to Know®.* 3rd edition. New York: Oxford University Press.
- Phelps, Nowell H., Rosie K. Singleton, Bin Zhou, Rachel A. Heap, Anu Mishra, James E. Bennett, Christopher J. Paciorek, et al. 2024. "Worldwide Trends in Underweight and Obesity from 1990 to 2022: A Pooled Analysis of 3663 Population-Representative Studies with 222 Million Children, Adolescents, and Adults." *The Lancet* 0(0).

- Piccio, Daniela R. 2018. *Il finanziamento alla politica in Italia. Dal passato alle prospettive future*. Roma: Carocci.
- Poti, Jennifer M., Bianca Braga, and Bo Qin. 2017. "Ultra-Processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health – Processing or Nutrient Content?" *Current obesity reports* 6(4): 420-31.
- Ritchie, Hannah, and Max Roser. 2024. "Obesity." *Our World in Data*.
- Saitone, Tina L, and Richard J Sexton. 2017. "Concentration and Consolidation in the U.S. Food Supply Chain: The Latest Evidence and Implications for Consumers, Farmers, and Policymakers." (2017).
- Shrider, Emily A, and John Creamer. 2023. *Poverty in the United States: 2022*. Census Bureau.
- SIEDP. 2022. *Italian Obesity Barometer Report - Siedp - Società Italiana Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica*.
- Tocqueville, Alexis de. 2004. *Alexis de Tocqueville: Democracy in America*. First Edition. New York: Library of America.
- Trec Alimentazione. 2019. *Depressione e Obesità: cosa hanno in comune?* Trec Alimentazione.
- Tso, Melissa K.W., Bosco Rowland, John W. Toumbourou, and Belinda L. Guadagno. 2018. "Overweight or Obesity Associations with Physical Aggression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis." *International Journal of Behavioral Development* 42(1): 116-31.
- USDA Economic Research Center. 2023. *USDA ERS - Food Security and Nutrition Assistance*.
- Waters, Hugh, and Marlon Graf. 2019. *America's Obesity Crisis. The Health and Economic Cost of Excess Weight*. Milken Institute.
- Weschle, Simon. 2022. *Money in Politics*. New edition. New York: Cambridge University Press.
- Witkam, Rozemarijn, James M. Gwinnutt, Jennifer Humphreys, Julie Gandrup, Rachel Cooper, and Suzanne M.M. Verstappen. 2021. "Do Associations between Education and Obesity Vary Depending on the Measure of Obesity Used? A Systematic Literature Review and Meta-Analysis." *SSM - Population Health* 15: 100884.
- World Health Organization. 2022. *Obesity and Overweight*.
- World Obesity. 2023. "Ranking (% Obesity by Country), Adults."
- World Population Review. 2024a. *Gini Coefficient by Country 2024*.
- World Population Review. 2024b. *Obesity Rates by Country 2024*.
- Zeballos, Eliana. 2023. *A Disaggregated View of Market Concentration in the Food Retail Industry*. USDA.
- Zhao, Jianhui, Liying Xu, Jing Sun, Mingyang Song, Lijuan Wang, Shuai Yuan, Yingshuang Zhu, et al. 2023. "Global Trends in Incidence, Death, Burden and Risk Factors of Early-Onset Cancer from 1990 to 2019." *BMJ Oncology* 2(1).