

Valutazioni statistico- epidemiologiche sull'obesità.

“L’impatto delle differenze socio-economiche nella condizione di sovrappeso ed obesità tra gli adulti in Italia”

Damiani G.¹, Federico B.², Visca M.¹

(1) Istituto di Igiene – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

(2) Cattedra di Igiene - Facoltà di Scienze Motorie - Università degli Studi di Cassino

Introduzione

L’obesità è la conseguenza di uno squilibrio energetico per cui l’assunzione di energia supera per un periodo di tempo considerevole il dispendio energetico. Si produce pertanto una condizione di anormale o eccessivo accumulo di grasso nel tessuto adiposo, che determina rischi per la salute.

E’ misurata dall’Indice di Massa Corporea (IMC o Body Mass Index - BMI), dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo espresso in Kg, ed il quadrato della sua statura espresso in metri. Un individuo è definito obeso per $IMC >30 \text{ Kg/m}^2$, ma già un $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ indica una situazione di eccesso di peso¹.

L’obesità è associata, come maggiore fattore di rischio, a malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ipertensione, disturbi metabolici, alcune neoplasie, malattie della tiroide, disabilità fisica e depressione^{2,3,4,5}.

In particolare nei paesi dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il sovrappeso e l’obesità tra gli adulti determinano circa l’80% dei casi di diabete di tipo 2, il 35% di malattie ischemiche e il 55% di quelle ipertensive e causano più di un milione di morti ogni anno³.

Inoltre in uno studio condotto in Australia è stato evidenziato che per entrambi i sessi più 4% degli anni di vita in stato di disabilità e perduti dipendono dalla condizione di sovrappeso ed obesità⁶.

L’obesità e le malattie ad esse correlate, ostacolano lo sviluppo economico e limitano le opportunità di miglioramento dello stato socioeconomico individuale; nei paesi europei dell’OMS determinano più del 6% della spesa sanitaria per gli adulti³.

La prevalenza del sovrappeso e dell’obesità ha raggiunto le dimensioni di una vera e propria pandemia, continua ad aumentare rapidamente a tassi di crescita allarmanti in tutto il mondo⁶, sia nei paesi industrializzati, sia in quelli in via di sviluppo⁷.

La prevalenza dell'obesità si è triplicata negli nelle ultime due decadi, tanto che se persistono le condizioni di scenario esistenti, senza attuazione di policy ed interventi di prevenzione attiva, nelle Regioni Europee, così come classificate dall'OMS, circa 150 milioni di adulti (il 20% della popolazione) e 15 milioni di bambini ed adolescenti (il 10% della popolazione) saranno obesi nel 2010³.

Nei paesi sviluppati le stime del sovrappeso ed obesità, considerate nel loro insieme, variano dal 50% al 65%⁸; i paesi dell'Europa orientale hanno una prevalenza di obesità più elevata dei paesi dell'Europa occidentale⁶. Da quanto emerge dai Report-OMS sulle strategie per reagire all'epidemia dell'obesità³ il dato è altrettanto preoccupante nei bambini e negli adolescenti (con ai primi posti l'Italia in cui il 27% dei bambini di età compresa tra i 6-11 anni è in una condizione di eccesso di peso con $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$).

Il tasso annuo di crescita nella prevalenza dell'obesità infantile è dieci volte più alto di quello degli anni '70. Tali stime rinforzano l'epidemia negli adulti e rappresentano una minaccia sempre più seria per le generazioni future³.

In Italia l'entità del problema per gli adulti è più limitata, rispetto ad altri paesi Europei, ma negli ultimi anni si è evidenziata una tendenza all'aumento nella prevalenza dell'obesità.

Dall'analisi dei dati dell'ultima Indagine ISTAT sulle condizioni dello Stato di Salute e ricorso ai servizi sanitari (2005)⁹ è emerso che il Mezzogiorno desta maggiori preoccupazioni in termini sia di prevalenza di obesità, sia di sovrappeso; in generale gli uomini, in tutte le fasce di età e tra le diverse aree geografiche, hanno una maggiore prevalenza di sovrappeso rispetto alle donne.

In Italia il tasso standardizzato per il sovrappeso (utilizzando la classificazione di Quetelet 1868 - IMC compreso tra 25 e $29,9 \text{ Kg/m}^2$) è pari al 35,17%, di cui il 26,56% nelle donne ed il 44,17% negli uomini di età >18 anni. Entrando nel dettaglio delle diverse aree geografiche e diverse fasce di età si vede che al Nord la prevalenza del sovrappeso passa dal 25,29% nella I fascia di età (25-44 anni) al 40,75% nell'ultima fascia di età 65 e oltre; al Centro, la prevalenza del sovrappeso va dal 26,41% nella prima fascia di età (25-44 anni) al 44,55% nell'ultima (≥ 65 anni); nel Mezzogiorno la prevalenza del sovrappeso è più elevata rispetto al resto dell'Italia ed assume valori del 33,10% nella fascia di età 25-44 anni fino a raggiungere il 46,90 % nella fascia di età degli ultrasessantacinquenni.

Nella popolazione italiana > 18 anni, il tasso standardizzato dell'obesità (utilizzando la classificazione di Quetelet 1868 - $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) è pari al 10,38%, di cui il 10,13% nelle

donne ed il 10,59% negli uomini. Anche qui, entrando nel dettaglio delle diverse aree geografiche e diverse fasce di età si rileva che al Nord la prevalenza dell'obesità è pari al 5,08% nella fascia di età più giovane (25-44 anni) e al 12,64% negli anziani (≥ 65 anni); al Centro la prevalenza dell'obesità oscilla dal 4,99% nella prima fascia di età al 12,53% negli ultrasessantacinquenni; nel Mezzogiorno la prevalenza dell'obesità è superiore rispetto a quella del resto della penisola ed assume valori pari al 6,98% nella fascia di età 25-44 anni ed al 17,88% nella fascia 65 anni e oltre.

Considerato che in letteratura emerge che i tassi più elevati di obesità e sovrappeso sono associati a popolazioni che hanno condizioni socioeconomiche più svantaggiate^{10,11,12,13,14}, il nostro studio si propone di valutare l'entità delle differenze socioeconomiche nella prevalenza di obesità e sovrappeso tra gli adulti italiani, a seconda del sesso e della provenienza geografica (Nord, Centro e Sud Italia), nel periodo 1999-2005.

Materiali e Metodi

Sono stati utilizzati i dati elementari delle due più recenti indagini Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (1999-2000 e 2004-2005), ciascuna basata su di un campione di circa 100.000 individui.

L'analisi è stata ristretta a soggetti di età compresa tra 25 e 64 anni, classificando ogni individuo in base al livello d'istruzione (classificato in Alto, Medio-Alto, Medio-Basso, Basso), all'occupazione lavorativa (classificata in Non- Manuale, Manuale, e di Pensione/Disoccupazione).

L'informazione auto-riferita sul peso e sull'altezza ha consentito di calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) espresso in kg/m^2 . Valori di IMC rispettivamente superiori a 25 e 30 kg/m^2 sono stati utilizzati per definire le condizioni di sovrappeso ed obesità.

Risultati

La prevalenza dell'obesità è aumentata nel periodo considerato per tutti i gruppi socioeconomici. In termini assoluti, le differenze tra gruppi sociali estremi (basso ed alto livello di istruzione) sono rimaste pressoché costanti negli uomini risultando pari al 8% ed 8.2% mentre aumentate nelle donne passando dal 10.6% al 11.4%, rispettivamente nel periodo 1999/00 e 2004/05. Inoltre, la prevalenza dell'obesità è aumentata per ogni gruppo di istruzione. In particolare nelle donne è cresciuta in media del 1,15% ma l'aumento per i soggetti più istruiti è risultato inferiore alla media e pari allo 0,7%.

Similmente se si considera la condizione lavorativa, in termini assoluti, le differenze socioeconomiche tra il gruppo di coloro che svolgono un lavoro non manuale ed i

disoccupati/pensionati, tanto negli uomini quanto nelle donne sono rimaste costanti nel periodo 1999-2005, assumendo valori per gli uomini del 3% circa e per le donne 5,5%.

L'aumento della prevalenza dell'obesità, seppur lieve, si rileva in ogni gruppo socioeconomico considerato, in particolare, degno di menzione è l'aumento della prevalenza dell'obesità negli uomini e nelle donne che svolgono un lavoro manuale, passando rispettivamente dal 10,9% al 12,1% e dal 7,8% al 9,2%, dal 1999 al 2005.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle disuguaglianze, dall'analisi effettuata sui dati del 2005, emerge l'effetto del contesto ambientale per cui al Centro e al Sud la prevalenza dell'obesità è più elevata che al Nord, sebbene il gradiente socio-economico sia pressoché simile tra le varie aree geografiche.

Inoltre nelle regioni dell'Italia Meridionale, il differenziale della prevalenza, standardizzata per età, dell'obesità tra le classi estreme del livello di istruzione è apprezzabile tra le donne con valore pari al 13,6%, rispetto a quello degli uomini il cui valore è pari al 6,6%.

Conclusioni

Dallo studio emerge che i gruppi sociali più svantaggiati hanno una prevalenza di obesità e sovrappeso ben più alta rispetto al resto della popolazione.

Esiste un chiaro gradiente socio-economico nella prevalenza di sovrappeso ed obesità in Italia. La tendenza all'aumento nella prevalenza di sovrappeso ed obesità a seconda del sesso, dell'età, ed il persistere delle differenze sociali sono confermati da diversi studi.

È stato evidenziato dalla letteratura che l'aumento nella prevalenza dell'obesità è il risultato di due principali fattori: l'incremento nell'assunzione di calorie con la dieta ed il diminuito dispendio energetico^{15,16,17}. La più alta prevalenza di obesità nei gruppi sociali più svantaggiati può dipendere dalla mancata consapevolezza dell'importanza di una corretta alimentazione e di una regolare attività fisica, malgrado non sia però chiaro quale sia il contributo della dieta e dell'inattività fisica.

Poiché l'aumento nella frequenza di obesità e sovrappeso coinvolge tutti i gruppi socio-economici, per contrastare l'ulteriore diffondersi di tali condizioni sono necessarie nuove strategie di Sanità Pubblica rivolte all'intera popolazione. Il sistema sanitario inoltre può favorire lo sviluppo di azioni coordinate con altri settori economici e sociali.

Occorre agire su setting multipli e a diversi livelli sulle determinanti dell'obesità ponendo come obiettivo il contrasto delle disuguaglianze; migliorare le condizioni ambientali per l'attività fisica diffondere una cultura di una nutrizione equilibrata e considerare l'opportunità dell'uso di strumenti economici per incentivare aziende ed istituzioni alla

promozione di prodotti nutrizionalmente bilanciati e stili alimentari sani, come sottolineato dagli ultimi rapporti sulle strategie per combattere il sovrappeso ed obesità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità³.

Bibliografia

¹ WHO, Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. WHO Obesity Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.

² Stuck A.E., Walthert J.M., Nikolaus T., Bula et al, 1999. Risk factor for functional status decline in community-living elderly people: a systematic review. Soc. Sci. Med. 48, 445-469.

³ WHO, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO Obesity Technical Report Series 61344, Istanbul, Turkey; 2006

⁴ Klein S., Burke L.E., Bray G.A. et al. 2004. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council of Nutrition, Physical Activity and Metabolism. Circulation, 110, pp2952-67.

⁵ Diabetes prevention program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin, 2002. N.Egl. J. Med. 346, pp 393-403.

⁶ James et al. , 2001. Worldwide obesity Epidemic. Obesity Research, Vol.9 s.4, pp.228-233.

⁷ Monteiro C A, Moura E C, Conde W L, Popkin BM Bull World Health Organ vol.82 no.12 Genebra Dec.2004 Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review.

⁸ Ball K, Crawford D, 2005. Socioeconomic status and weight change in adults: a review Soc. Sci. Med. 60,1987–2010.

⁹ ISTAT (2005). Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana', Anno 2003. In: Orsini S (ed) ISTAT: Roma. Available online at: http://www.istat.it/dati/catalogo/20051118_00.

¹⁰ Jacoby, 2003. Social class, family, and life-style factors associated with overweight and obesity among adults in Peruvian cities. Prev. Med.37: pp.396-405.

¹¹ Fernald L C, 2007. Socio-economic status and body mass index in low income Mexican adults. Soc. Sci. Med.

¹² Kark M., Rasmussen F., 2005. Growing social inequalities in the occurrence of overweight and obesità among young men in Sweden. Scand. J. Publ. Health, 33: 472-477.

¹³ Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM, 2004. Obesity and inequities in health in the developing world. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28, pp. 1181- 1186

¹⁴ Sulander T.T., Uutela A.K.. 2007 Preventive medicine doi 10.1016/j.ymed.2007.02.2008.

¹⁵ Fox K R, Hillsdon M, 2007. Physical activity and obesity. *Obesity reviews* 8 (Suppl. 1), 115–121.

¹⁶ Czernichow S, Bertrais S, Preziosi P, Galan P, Hercberg S, Oppert JM, 2004. Indicators of abdominal adiposity in middle-aged participants of the SU.VI.MAX study: relationships with educational level, smoking status and physical inactivity. *Diabetes Metab*, 30, 153-159.

¹⁷ Lindstrom M., Isacsson S.O., Merlo J.,2003. Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity – two population- based studies 1986 and 1994. *Eur Journ Pub Health* 13 :306-312