

L. ARSENIO

Perché l'Obesity Week?

PROGRESS IN NUTRITION
VOL. 12, N. 4, 275-277, 2010

L'obesità è considerato il problema sanitario numero 1 nei paesi industrializzati. Globalmente l'indice di massa corporea (BMI) è aumentato a partire dal 1980, con una sostanziale varietà tra le nazioni. Secondo un'analisi sistematica su scala mondiale effettuata dal Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group, guidati da Mariel M. Finucane, del Dipartimento di Biostatistica dell'Harvard School of Public Health di Boston, su soggetti adulti di età ≥ 20 anni e residenti in 199 Paesi e 9,1 milioni di partecipanti, tra il 1980 e il 2008, la media mondiale del BMI è aumentata di 0,4 kg/m² per decade negli uomini e di 0,5 kg/m² per decade nelle donne. La modificazione media del BMI, nelle donne, appare compresa da un decremento non significativo in 19 nazioni ad aumenti di oltre 2,0 kg/m² per decade in nove Paesi dell'Oceania. Il BMI negli uomini è cresciuto in tutti i Paesi tranne in otto, con picchi di oltre 2 kg/m² per decade a Nauru e nelle Isole Cook (Oceania). Nel 2008, i BMI più elevati di uomini e donne considerati complessivamente si sono registrati in alcuni Paesi oceanici, raggiungendo i valori di 33,9 kg/m² nei maschi e 35,0 kg/m² nelle fem-

mine a Nauru. Il BMI più basso nelle donne si è riscontrato in Bangladesh (20,5 kg/m²), nei maschi invece nella Repubblica democratica del Congo (19,9 kg/m²), mentre valori inferiori a 21,5 kg/m² in entrambi i sessi si sono rilevati in poche nazioni dell'Africa subsahariana e del Sud, Est e Sud-Est asiatico. Gli Usa presentano il BMI più elevato tra i Paesi a reddito elevato. Nel complesso, si calcola che, nel 2008, in tutto il mondo vi siano 1,46 miliardi di adulti con BMI ≥ 25 kg/m², dei quali obesi 205 milioni di uomini e 297 milioni di donne (1).

Analogamente la colesterolemia totale si è ridotta nelle regioni a elevato reddito, ossia Australasia, Nord America, Europa occidentale, centrale e orientale, mentre è aumentata nell'Asia Orientale, nel Sud-Est asiatico e nell'Area del Pacifico (2).

Secondo il report "Health at a Glance Europe 2010", messo a punto dall'OCSE e dalla Commissione europea oltre la metà degli abitanti del Vecchio Continente è in sovrappeso, con un tasso di obesità che è addirittura raddoppiato negli ultimi 20 anni nella maggior parte degli Stati membri dell'UE. L'Italia è tra i Paesi più

Istituto Malattie del Ricambio e
Diabetologia, Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Parma

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof. Leone Arsenio
E-mail: larsenio@ao.pr.it

snelli, con un tasso di obesità che si attesta al 9,9% della popolazione, preceduta solo da Romania (7,9%) e Svizzera (8,1%). La “maglia nera”, invece, va alla Gran Bretagna (24,5%), seguita da Irlanda (23%) e, a sorpresa, Malta (22,3%) e Islanda (20,1%). A preoccupare sono soprattutto i più piccoli: è tra i bambini, infatti, che l'obesità si configura come una vera e propria epidemia. Un bambino su 7 in Europa è sovrappeso o obeso, e la situazione sembra peggiorare di anno in anno. È necessario invertire la rotta, proprio partendo dai bambini, incoraggiando i piccoli ad adottare abitudini sane. Gli errori non sono commessi soltanto a tavola: solo 1 bimbo europeo su 5, ad esempio, fa costantemente attività fisica, con un'ulteriore netta riduzione a 11 anni.

In Europa il dibattito sui fattori causali di questo fenomeno è intenso. Per valutare il contributo della dieta e dello stile di vita sull'aumento del peso corporeo registrato nel Regno Unito tra il 1986 e il 2000, sono stati raccolti i dati relativi ai parametri antropometrici di adulti con età compresa tra 19 e 64 anni, reclutati negli studi condotti nel Regno Unito negli anni 1986-7 e 2000-1 su campioni rappresentativi della popolazione. I dati rilevati sono stati confrontati con quelli stimati, per gli anni 1986 e 2000, utilizzando un'equa-

zione che correla il peso corporeo con l'apporto calorico totale nei due sessi. Mentre l'incremento ponderale previsto per il periodo considerato, sulla base delle variazioni dell'apporto calorico totale, risultava essere di 4,7 kg per gli uomini e 6,4 kg per le donne, il peso corporeo reale è invece aumentato di 7,7 e 5,4 kg per uomini e per le donne rispettivamente. Mentre per le donne i maggiori livelli di assunzione calorica lo giustificano totalmente, per gli uomini la differenza tra i valori calcolati e quelli osservati indica che l'incremento ponderale può essere attribuito solo in parte all'aumentato apporto calorico con la dieta, e che la riduzione dei livelli di attività fisica nella popolazione maschile può avere svolto un ruolo importante in questo senso. Altri fattori intervengono certamente, come ad esempio il dato che i figli di mamme, che lavorano fuori casa, tendono ad ingrassare più degli altri e l'effetto è cumulativo: per ogni anno di lavoro sulle spalle di mamma, i figli mettono su una piccola quantità di grasso in più (3). Un altro fattore assolutamente non considerato in passato è il sonno: negli ultimi quarant'anni è aumentato il numero di adolescenti che dorme un numero di ore insufficiente, tanto che solo il 33% dei teenager raggiunge le raccomandate 9 ore di sonno. In uno studio sono stati reclutati 240 ra-

gazzi con un'età media di 17,7 anni ed è stato riscontrato che, rispetto ai loro coetanei che dormivano 8 o più ore in media nei giorni feriali, gli adolescenti che dormivano meno consumavano una maggiore proporzione di calorie dai grassi (35,9% contro il 33,2%) e una minore proporzione dai carboidrati (49,6% contro il 53,3%), con una probabilità 2 volte superiore di consumare 475 kcal o più da snack (4). L'obesità infantile è un problema in crescita ma i genitori rimangono spesso sorpresi, anche arrabbiati, quando il medico dice che il loro figlio è troppo pesante. Una survey nazionale inglese che ha coinvolto più di 1.000 genitori di bambini di età compresa tra i 4 e i 7 anni ha dimostrato che solo il 14% dei genitori che hanno un bambino obeso ritiene che il loro figlio sia in sovrappeso. Il governo britannico ha annunciato un piano di 250 milioni di sterline (390 milioni di dollari) finanziato dall'industria, per promuovere un'alimentazione corretta, grazie al quale milioni di cittadini riceveranno buoni sconto sull'acquisto di cibi sani. Anche uno studio australiano rivela che gli adulti obesi sono favorevoli a interventi di sanità pubblica, non giudicanti, non stigmatizzanti, che puntino a migliorare lo stile di vita piuttosto che la perdita di peso (5). Le contromisure nascono da alcuni assiomi di economia sanita-

ria, tra i quali: una strategia basata su più interventi genera guadagni di salute sostanzialmente maggiori di azioni individuali, e spesso con un profilo costo/efficacia più favorevole; gli interventi regolatori sui prezzi possono produrre i più ampi guadagni di salute nel più breve tempo possibile; i guadagni di salute ottenuti da interventi mirati ai bambini necessitano di tempi lunghi, per questo la regolamentazione della pubblicità degli alimenti rivolta ai più piccoli può essere molto più efficace della promozione della salute su base scolastica. Le politiche di prevenzione dell'obesità che si ritiene possano generare sostanziali guadagni di salute per una popolazione, potendosi ripagare da sole in modo totale attraverso future riduzioni della spesa sanitaria sono: 1) strategie di comunicazione e di informazione sanitaria volte a migliorare la consapevolezza della popolazione riguardo ai benefici di un'alimentazione sana e di una regolare attività fisica; 2) misure fiscali per determinare, da un lato, l'aumento dei prezzi dei cibi con ingredienti non salutari e, dall'altro, ridurre il costo di alimenti sani ricchi di fi-

bre; 3) normative atte a potenziare l'informazione nutrizionale o limitare il mercato degli alimenti non salutari per i bambini. Se, infatti la patogenesi dell'obesità è connessa a scorrette abitudini di vita, la patologia a sua volta è connessa alle quattro più diffuse patologie croniche: cancro, diabete, malattie respiratorie e cardiovascolari (6). Risulta quindi evidente la necessità d'intervenire soprattutto nella prevenzione dell'obesità, incidendo sullo stile di vita, ma anche utilizzando, quando necessario, nuove terapie farmacologiche e chirurgiche. Soltanto un intervento multifattoriale, che coinvolga numerose figure professionali, come nutrizionisti, pediatri, dietisti, infermieri, psicologi, psichiatri, fisiatristi, medici dello sport, chirurghi, ma anche il mondo della scuola e del sociale, può sperare di affrontare con successo questa "epidemia". Un'intera settimana dedicata al "pianeta" cibo e a tutto quello che è collegato, coinvolgendo oltre al mondo sanitario, quello economico, sociale, culturale e religioso, può rappresentare una risposta adeguata, anche se non sufficiente, e questo è l'Obesity Week.

Bibliografia

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011; 377 (9765): 557-67.
2. Farzadfar F, Finucane MM, Danaei G, et al. National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *Lancet*; 377 (9765): 578-86.
3. Morrissey TW, Dunifon RE, Kalil A. Maternal Employment, Work Schedules, and Children's Body Mass Index. *Child Dev* 2011; 82 (1): 66-81.
4. Weiss A, Xu F, Storfer-Isser A, Thomas A, Ievers-Landis CE, Redline S. The association of sleep duration with adolescents' fat and carbohydrate consumption. *Sleep* 2010; 33 (9): 1201-9.
5. Thomas SL, Lewis S, Hyde J, Castle D, Komesaroff P. "The solution needs to be complex". Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity. *BMC Public Health*. 2010; 10: 420.
6. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 2010; 376 (9754): 1775-84.