



**Il ruolo dei SIAN nella prevenzione
dell'obesità: dalle strategie alle azioni**

Roma, 6-7 dicembre 2007

**Diseguaglianze e obesità:
opportunità di contrasto
per i servizi di prevenzione**

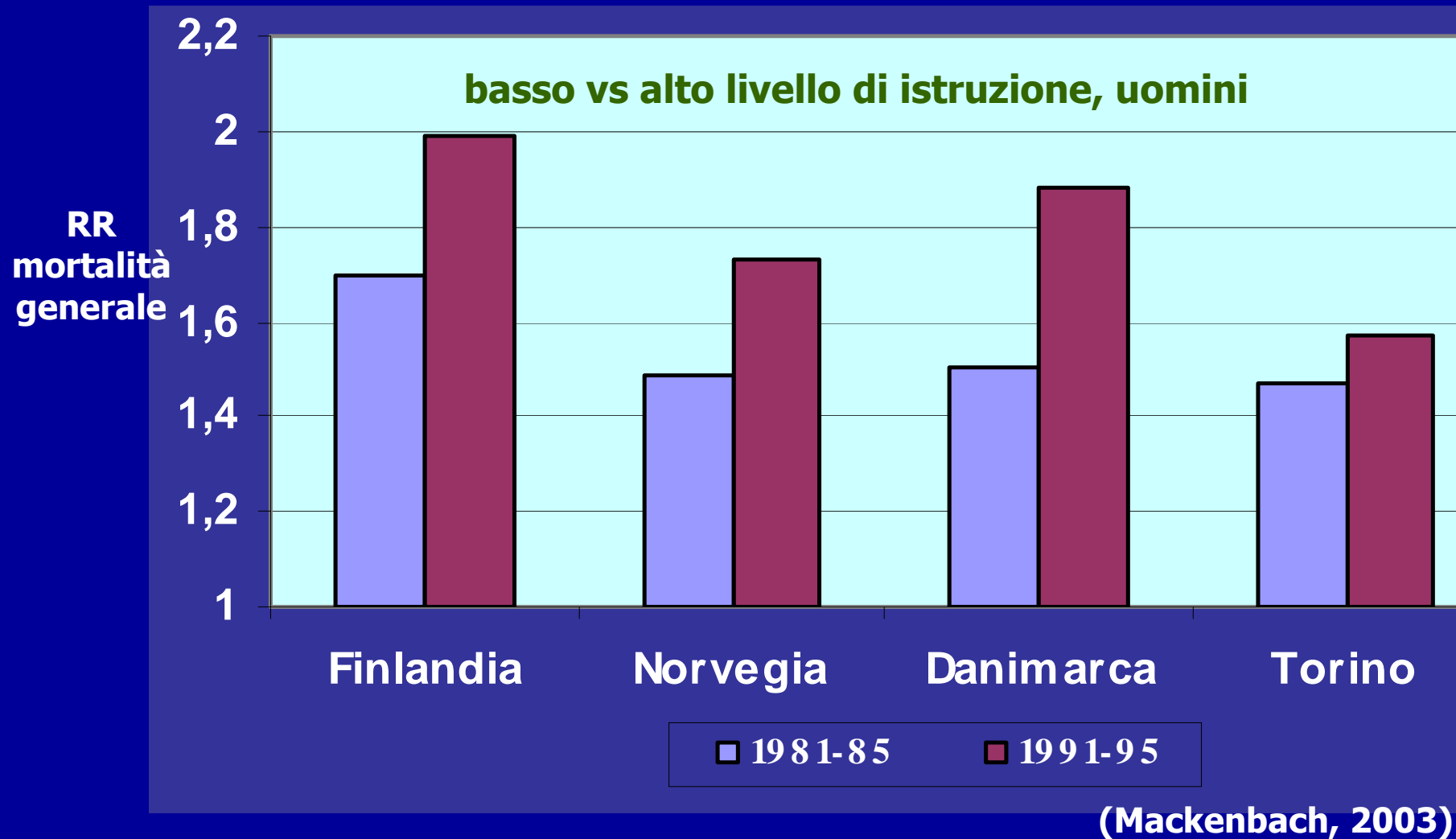
Carlo Mamo

CCM – Centro di riferimento per l'equità

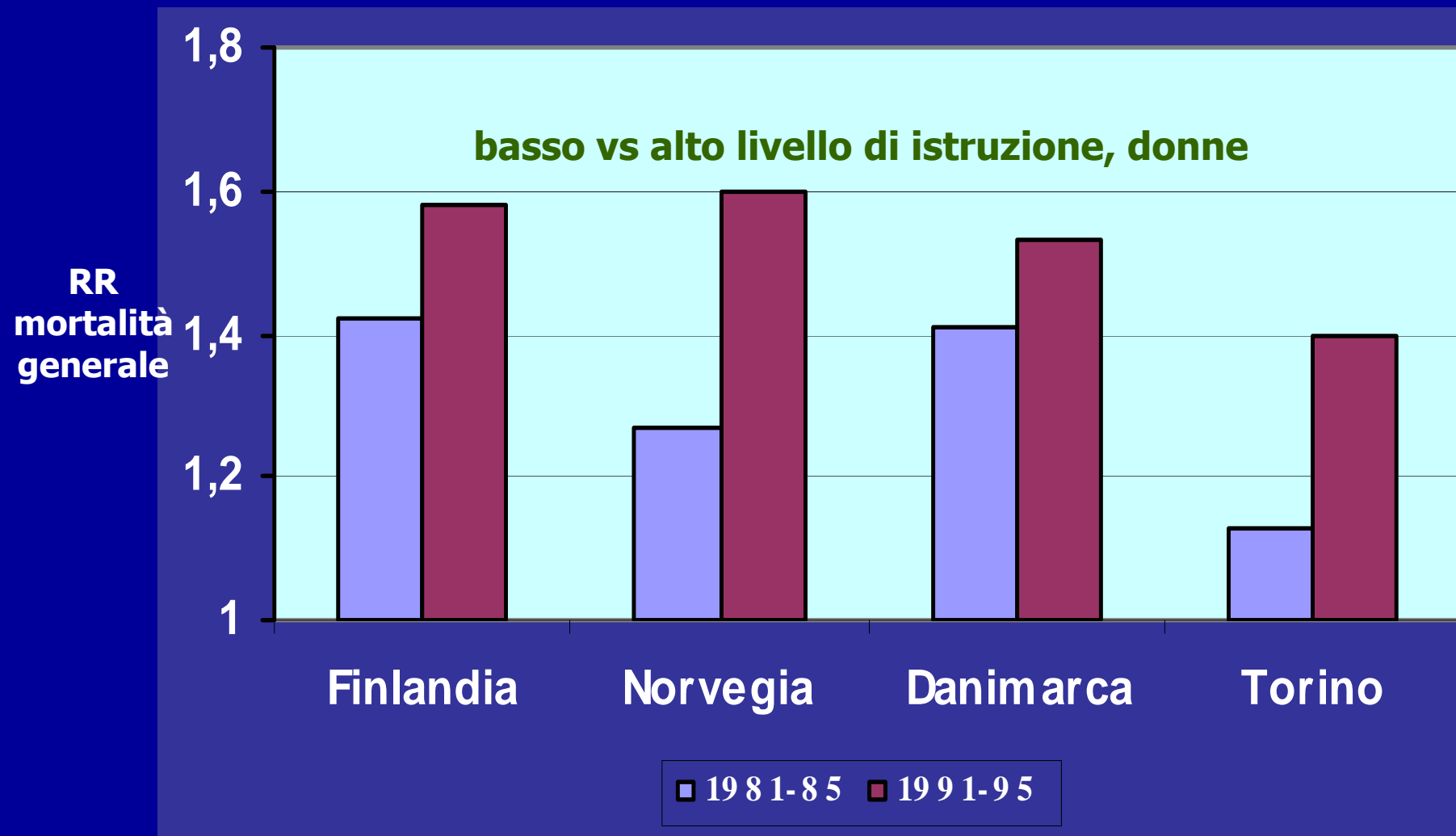
Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte

Perché studiare le diseguaglianze?

in un contesto di miglioramento dello stato di salute...
...le diseguaglianze si accentuano

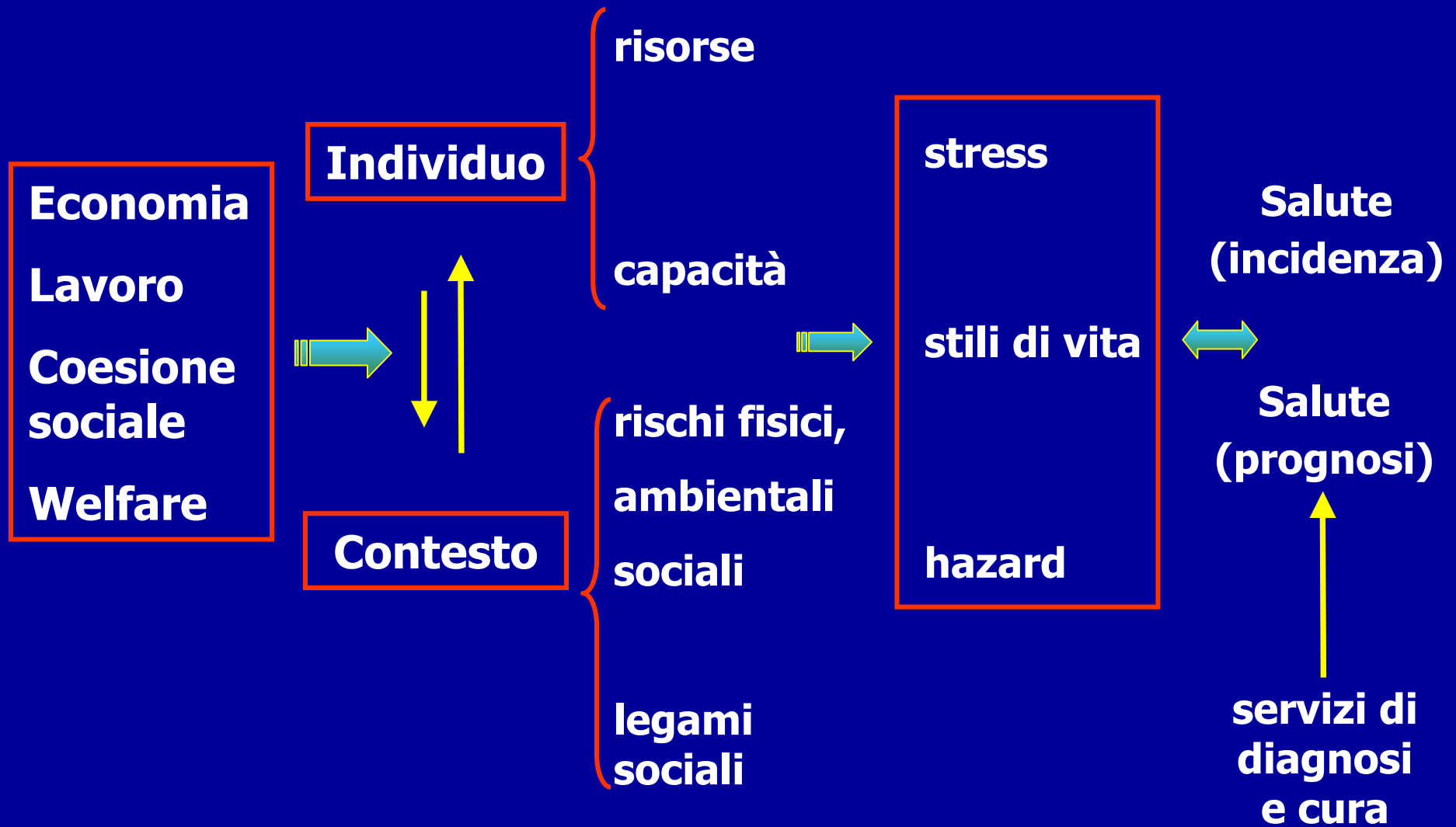


...soprattutto nelle donne



(Mackenbach, 2003)

Come si originano le diseguaglianze di salute?



Il ruolo dell'assistenza sanitaria

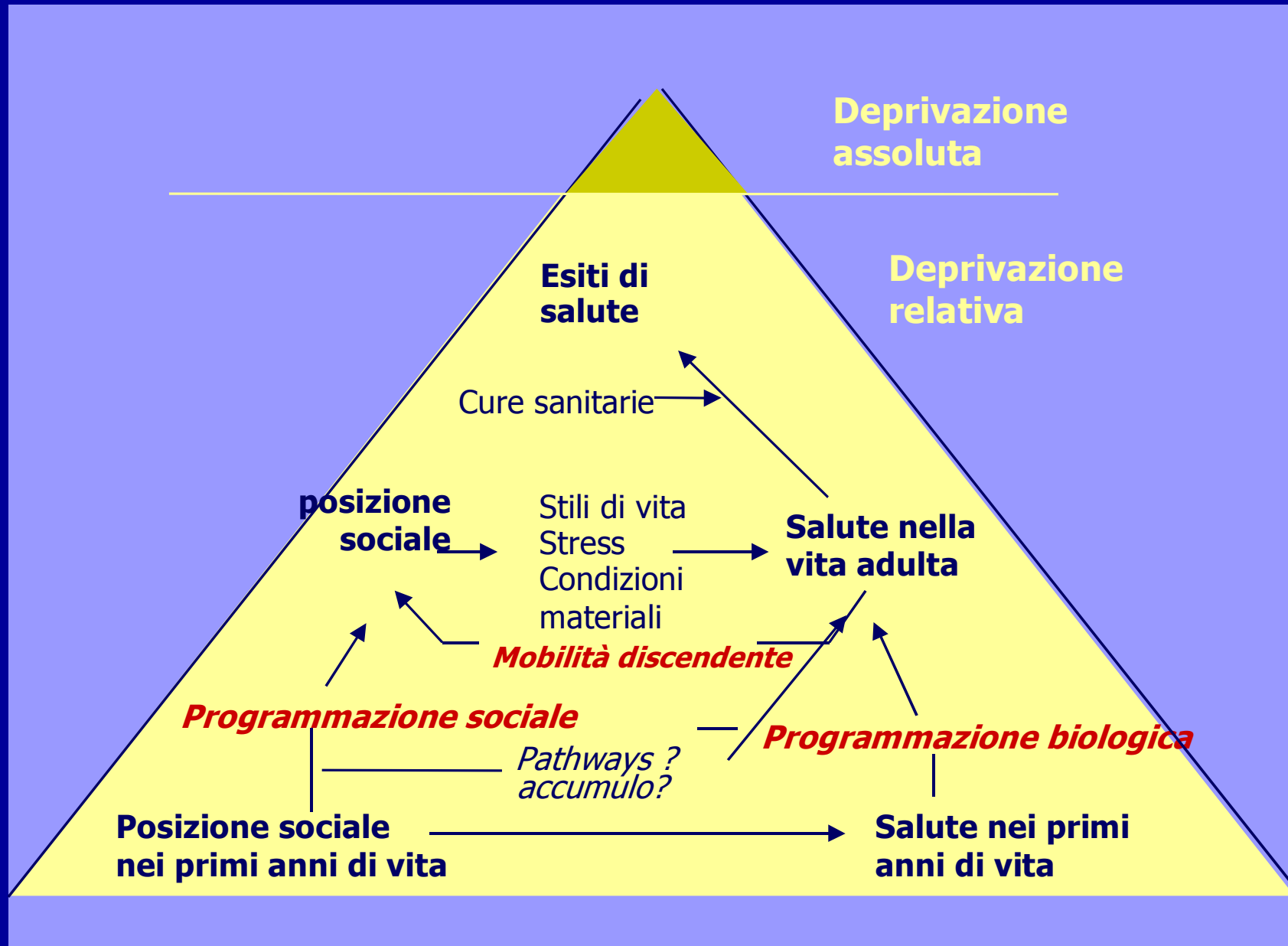
Cancro del colon, Torino 1985-1998

Istruzione	Tasso stand.	RR
Alta	38.3	1.00
Media	40.7	1.06
Bassa	33.3	0.87

Istruzione	HR a 1 anno	HR a 5 anni
Alta	1.00	1.00
Media	1.19	1.15
Bassa	1.35	1.25

**diagnosi tardiva, scarsa appropriatezza terapeutica,
difficoltà nel follow up?**

Gli svantaggi generano svantaggi



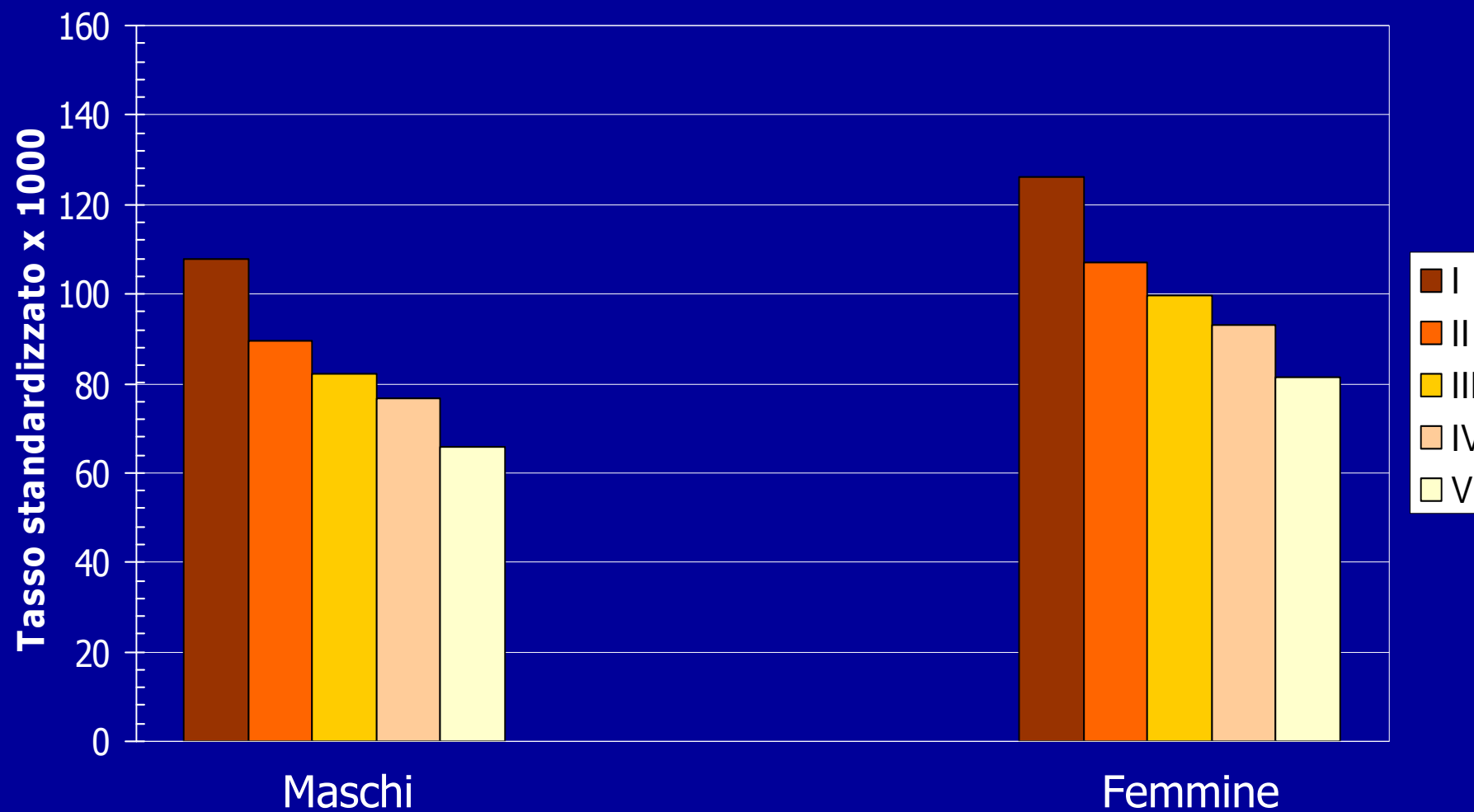
Misurare le diseguaglianze

Indicatori di livello sociale → mediatori di svantaggi

- **grado di istruzione** → stili di vita
- **istruzione genitori** → status iniziale
- **reddito (tipologia abitativa)** → condizioni materiali
- **attività lavorativa** → rischi chimici, fisici
- **fattori psicosociali (posiz. profes.)** → stress
- **classe socio-economica** → capitale sociale
- **area di nascita/tipo famiglia/stato civile** → supporto sociale

Ospedalizzazione per reddito

(quintile per sezione di censimento) (BO, MI, RM, TO)

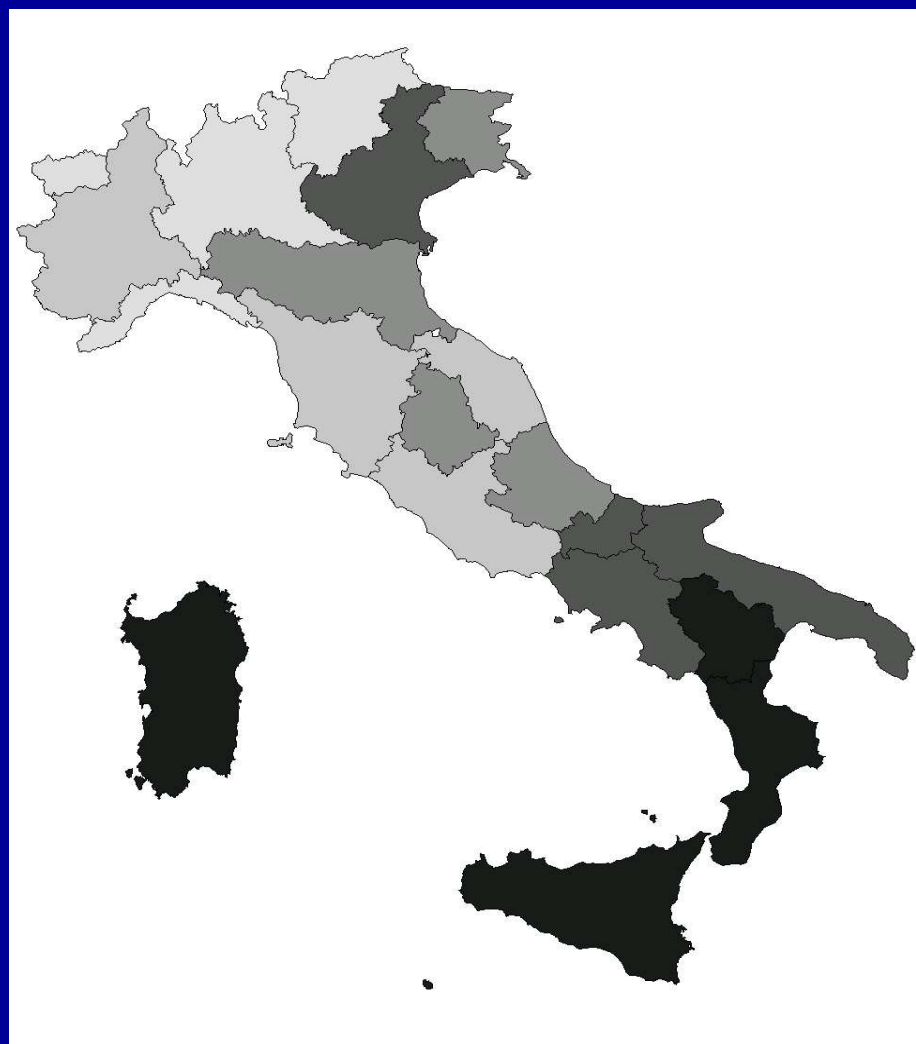


RR: 1.64 (I vs. V quintile)

RR: 1.55 (I vs. V quintile)

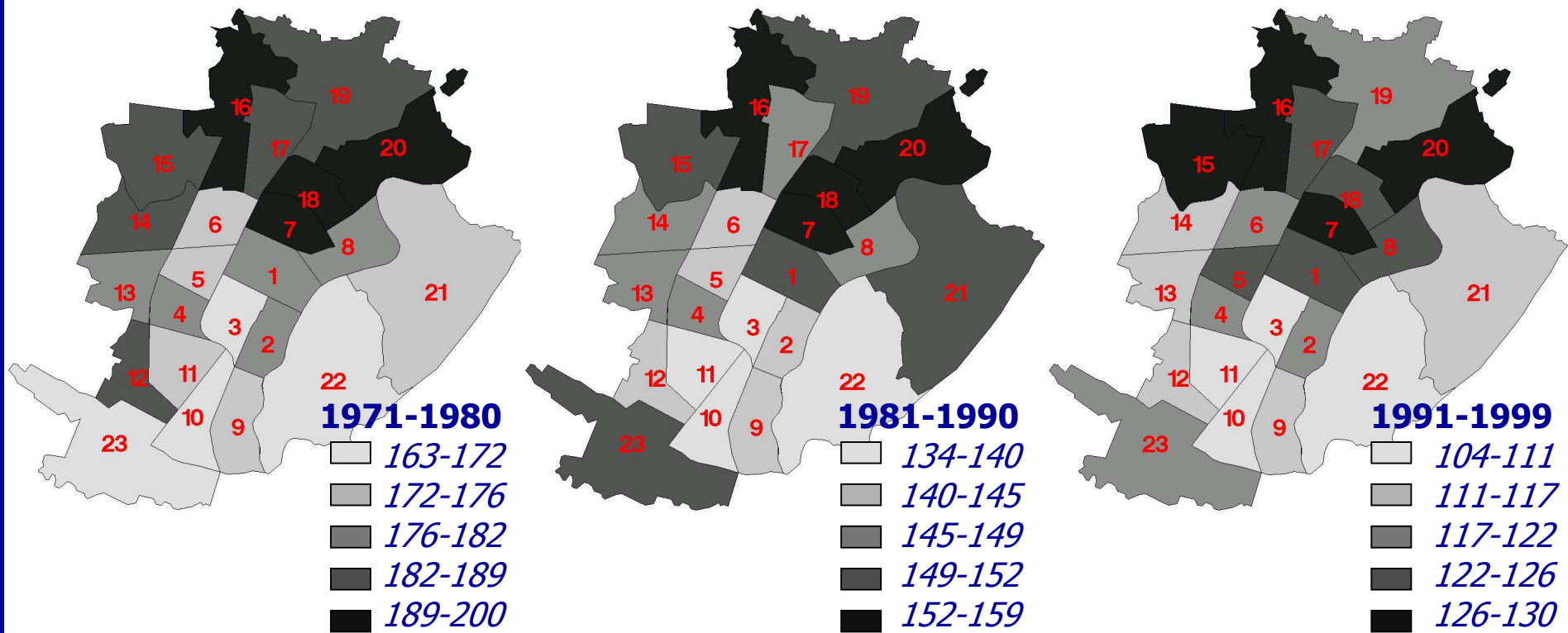
Il contesto sociale geografico: macroarea

Indice sintetico di salute fisica (SF12). Donne



Il contesto sociale geografico: microarea

Variazioni di mortalità per quartiere a Torino (tassi standardizzati)



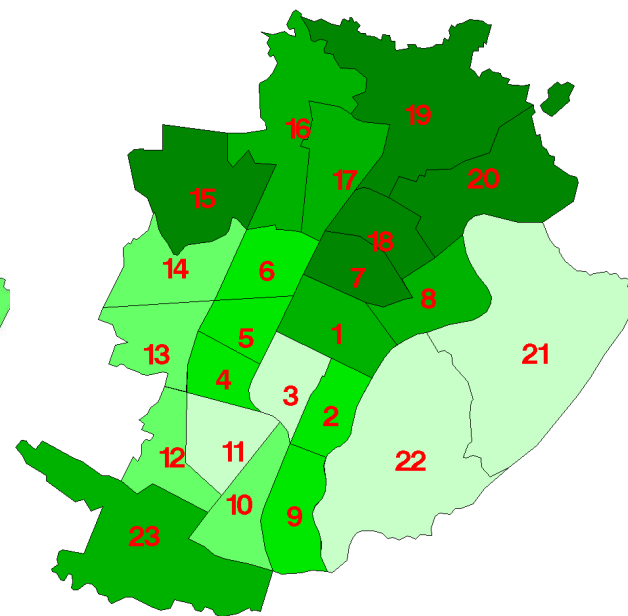
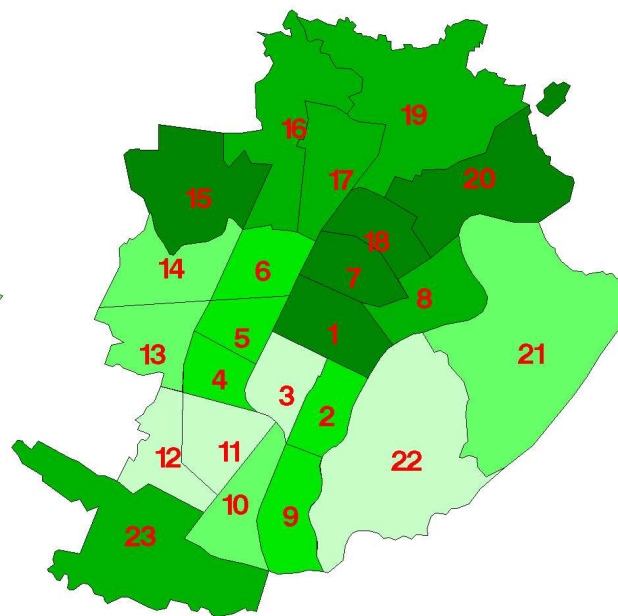
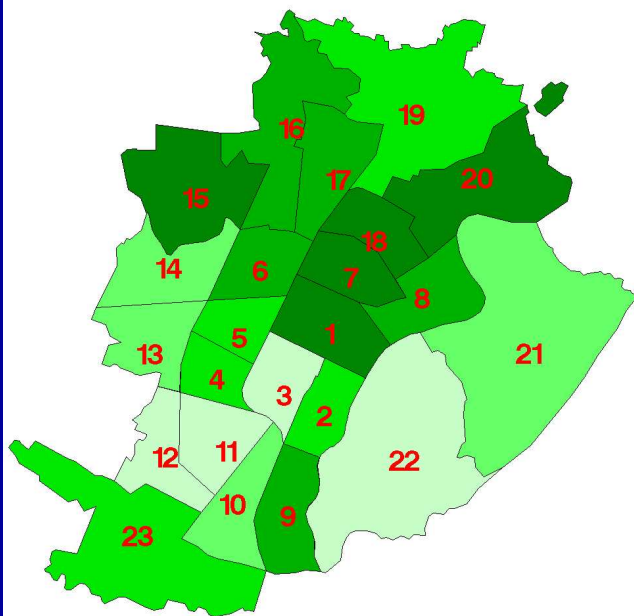
Variazioni di deprivazione per quartiere a Torino

(disoccupati, bassa istruzione, in affitto, senza bagno, famiglie di genitore solo con figli a carico, indice di affollamento)

1971

1981

1991



Più vantaggiati

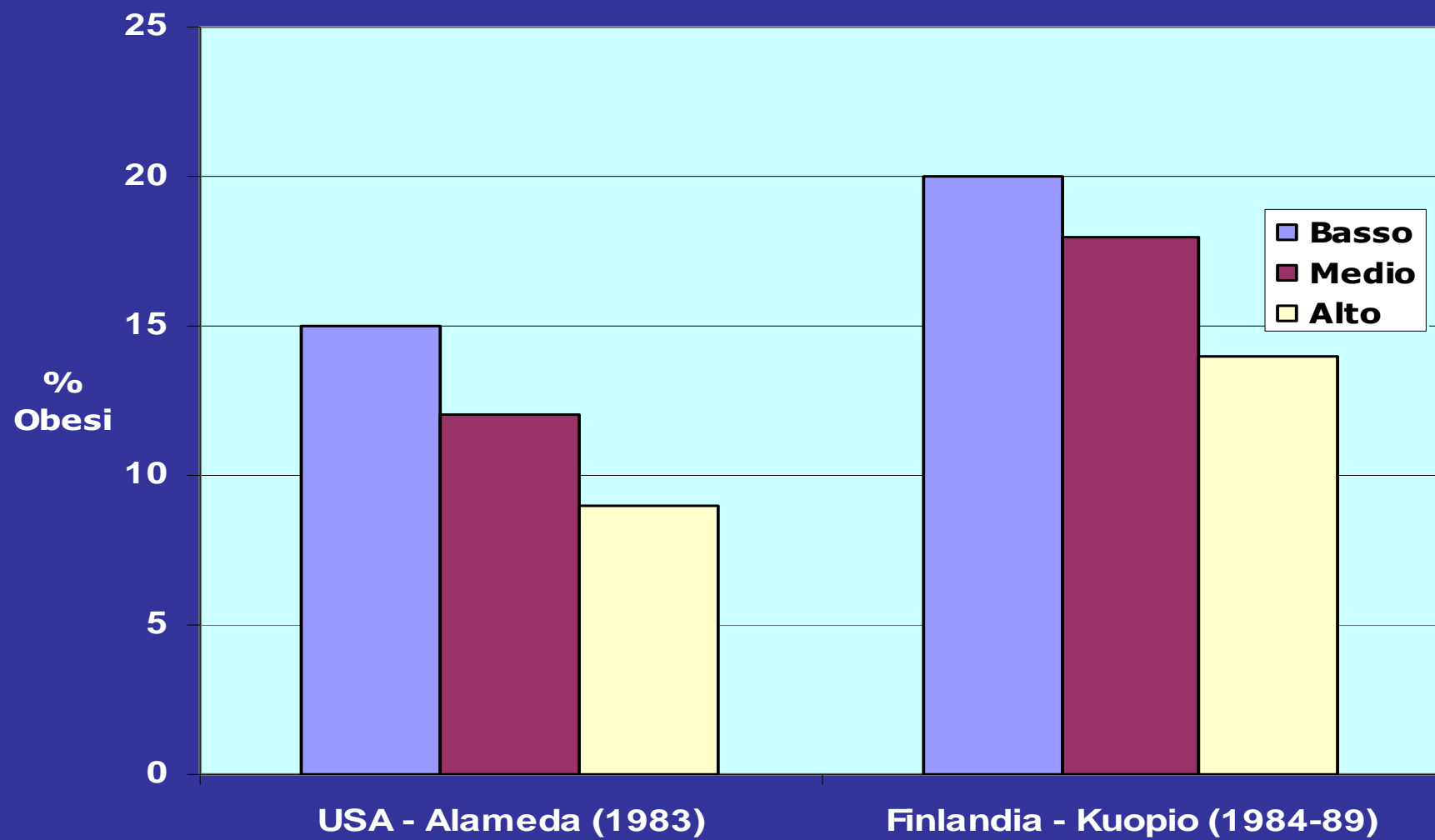


Più deprivati

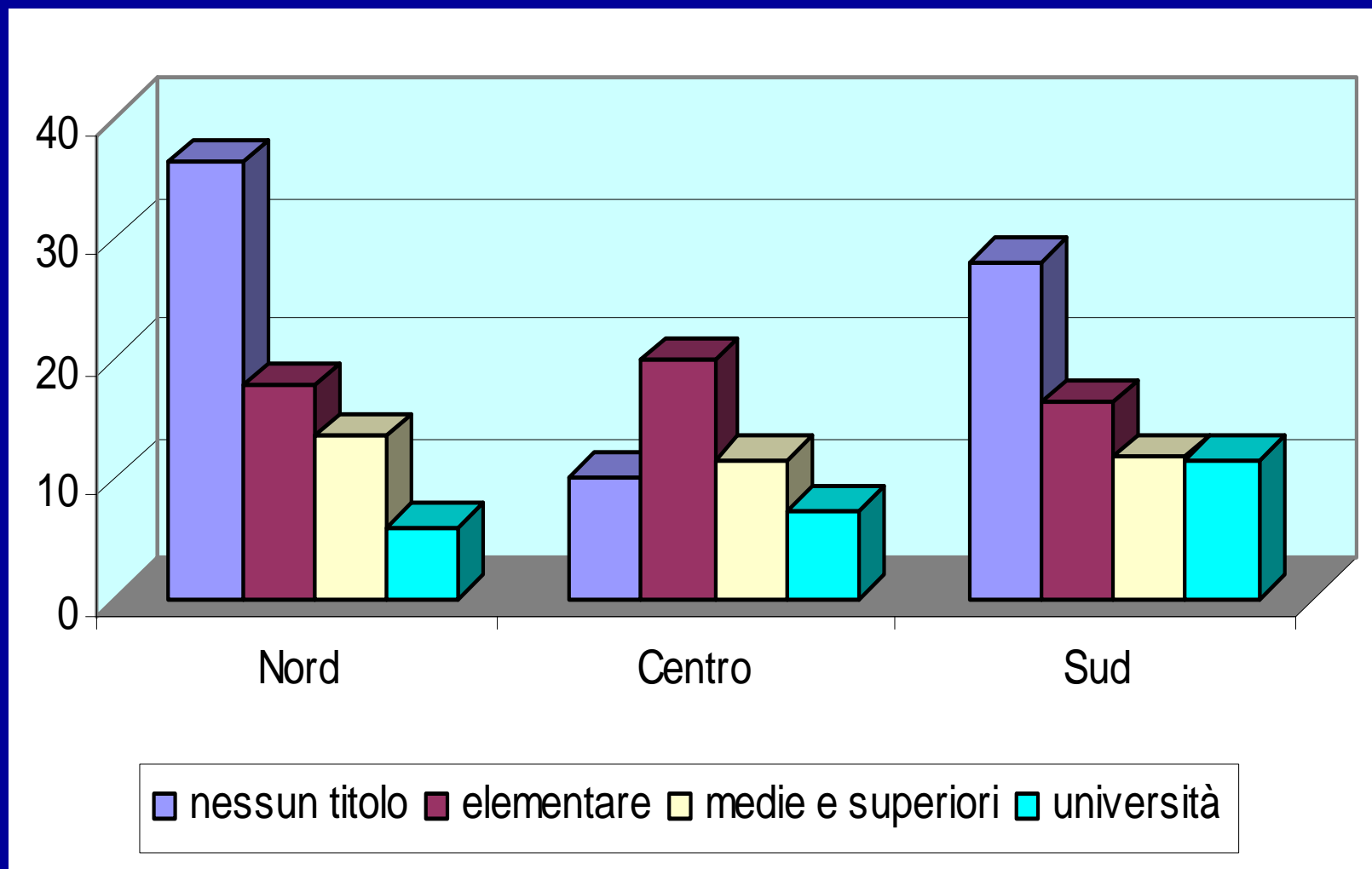


**L'obesità è un esempio paradigmatico
di condizione (pre)patologica,
correlata a stili di vita, più diffusa
tra i gruppi socialmente sfavoriti**

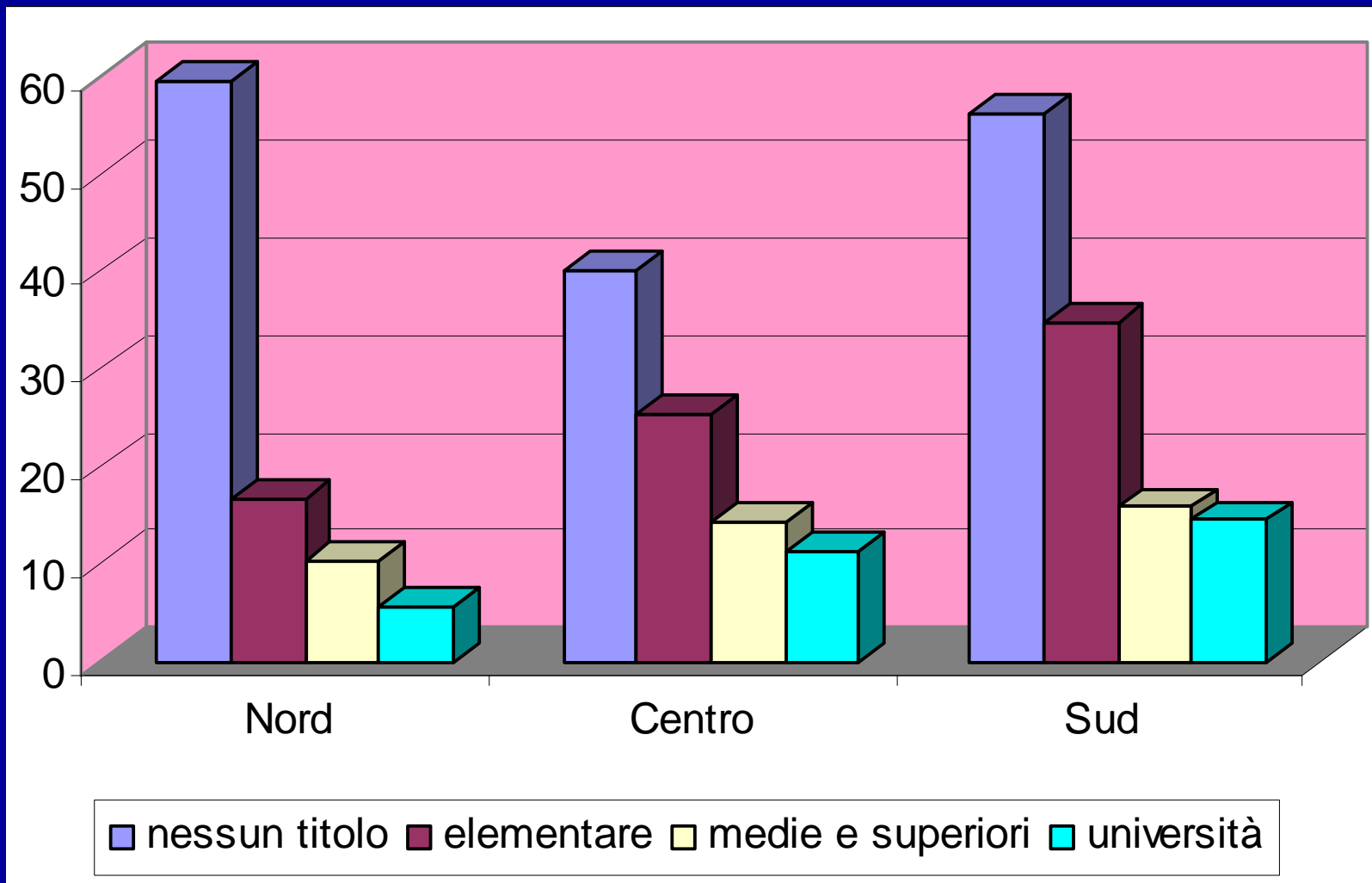
L'obesità si associa al livello di istruzione



Obesità: prevalenza % per livello di istruzione e area geografica; uomini. 1998



Obesità: prevalenza % per livello di istruzione e area geografica; donne. 1998

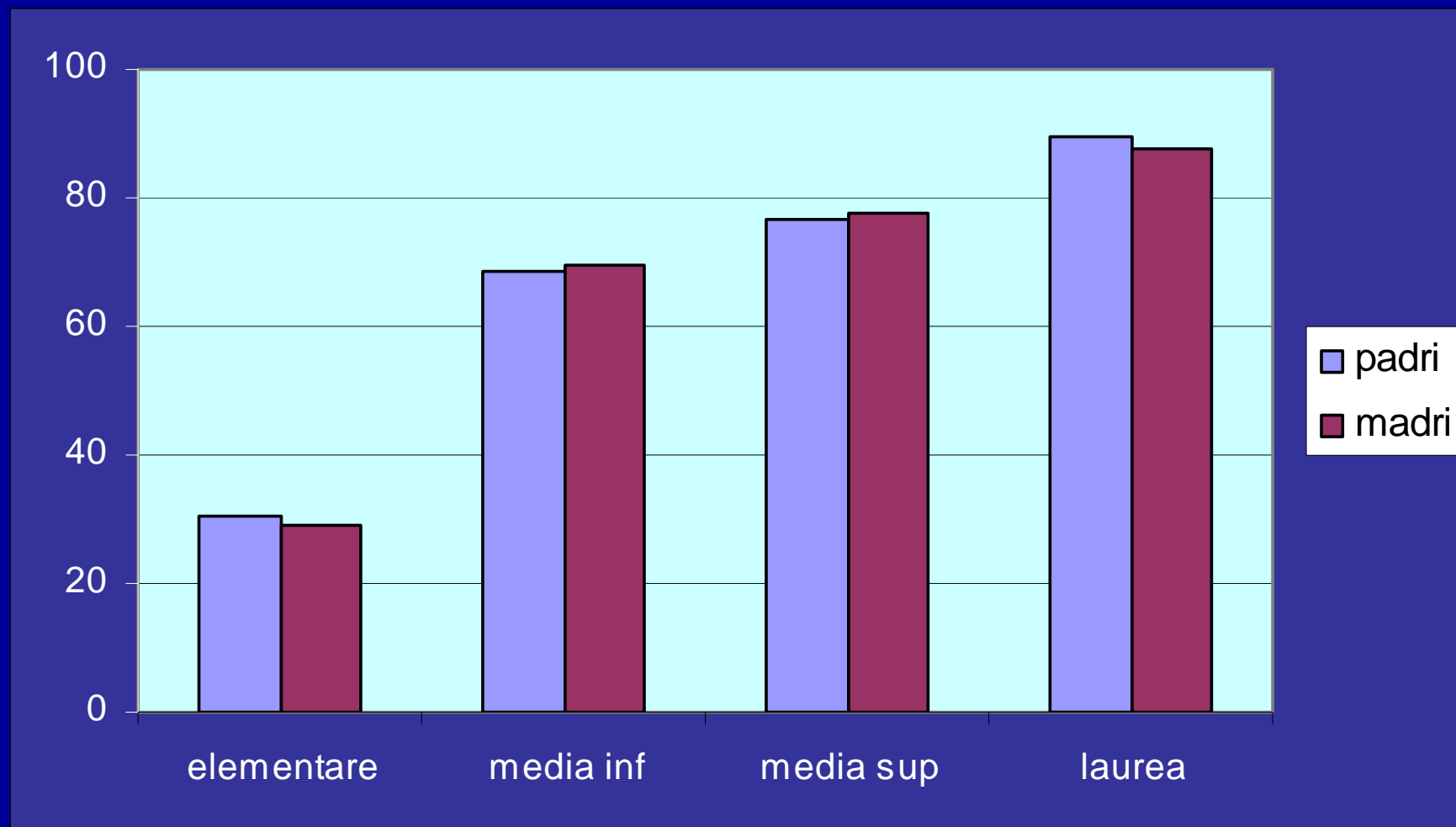


Indagine Istat 2005 su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Età > 18.

	% Sovrappeso (BMI=25-29)		% Obesità (BMI ≥ 30)	
	uomini	donne	uomini	donne
Istruzione				
<i>Bassa</i>	49	39	16	16
<i>Intermedia</i>	43	27	11	9
<i>Alta</i>	38	17	7	4

Il ruolo del contesto sociale e familiare

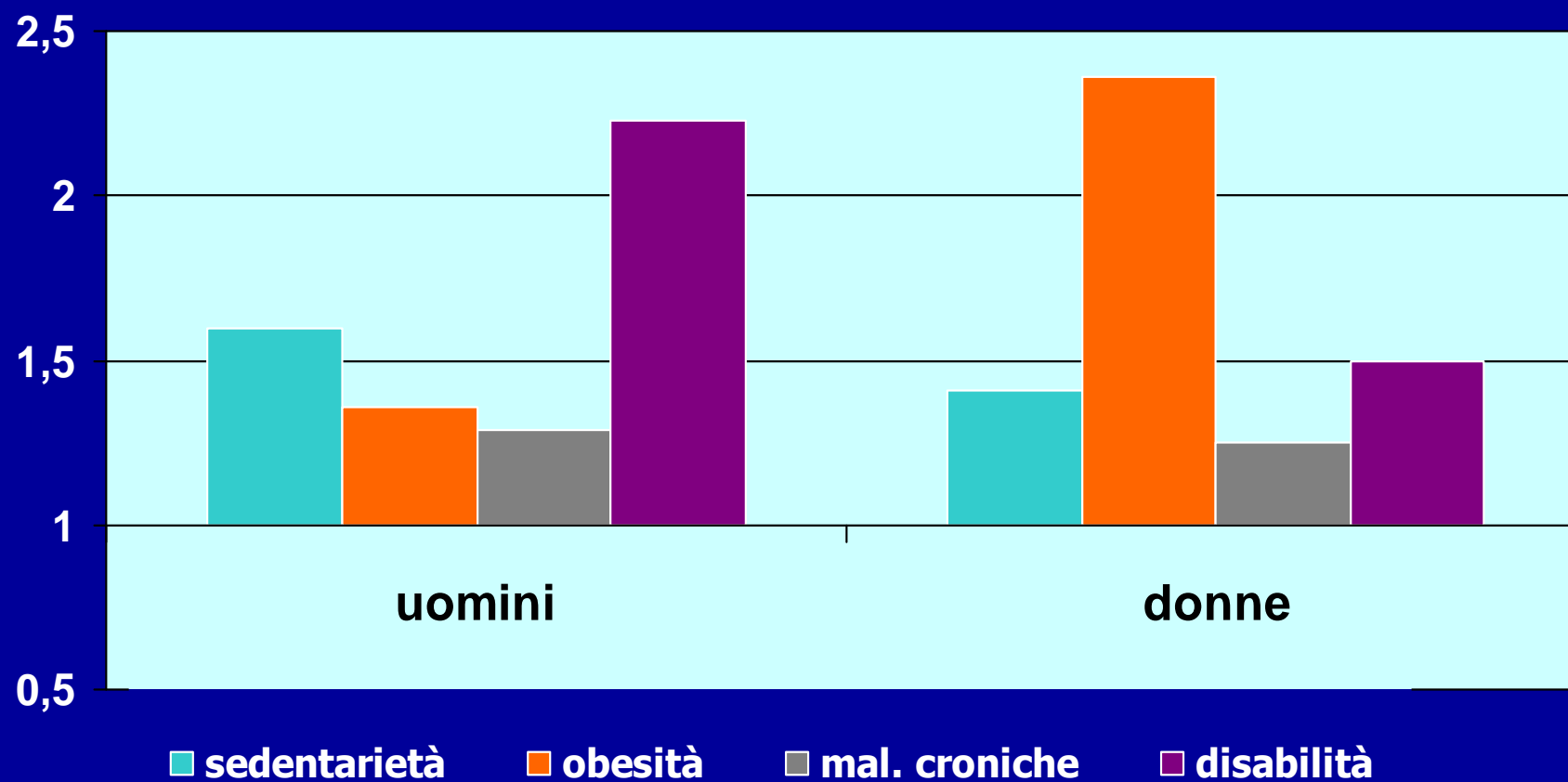
Attività fisica in adolescenti per livello di istruzione dei genitori



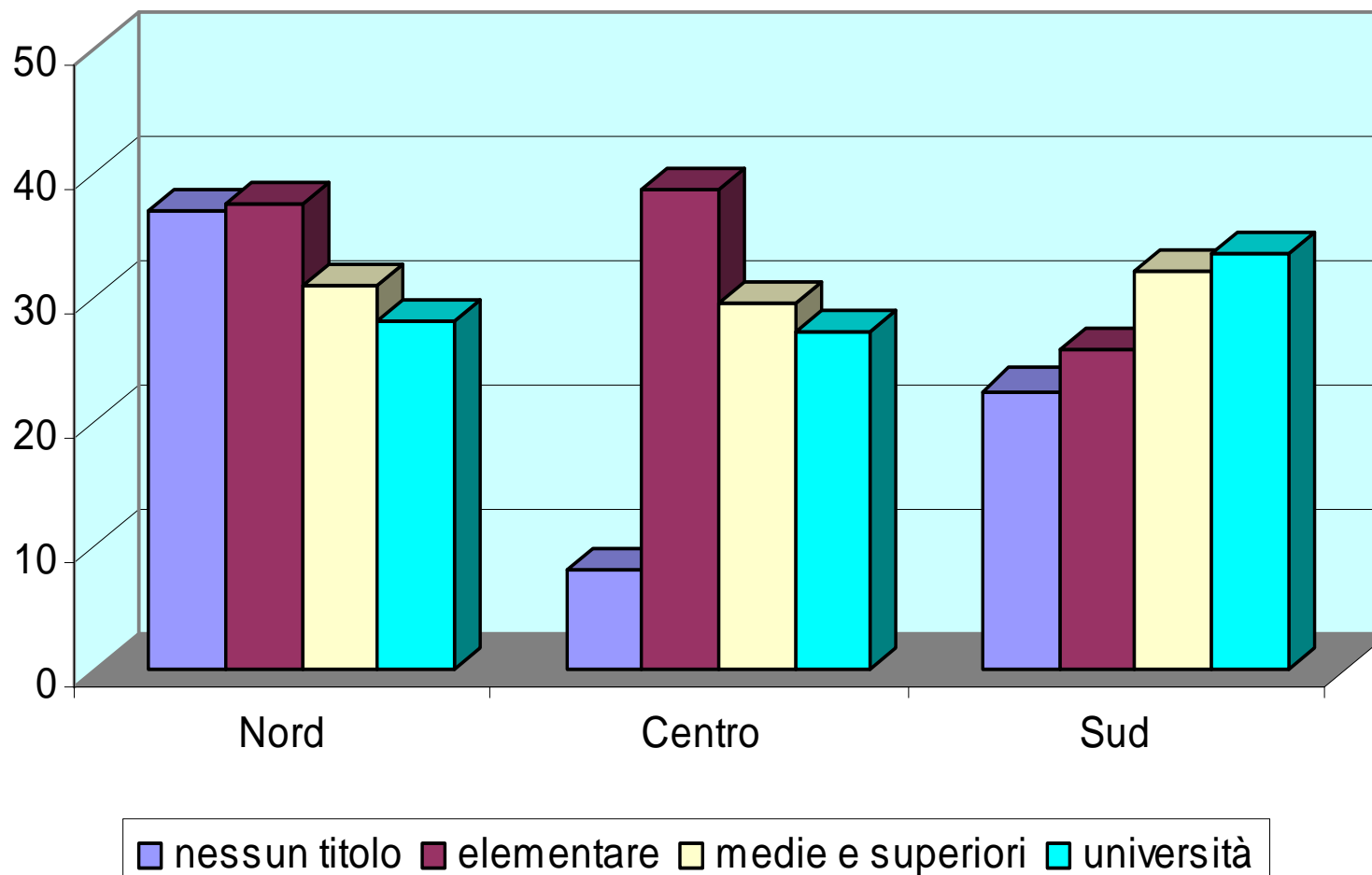
(La Torre, 2006)

Dall'obesità alle malattie croniche

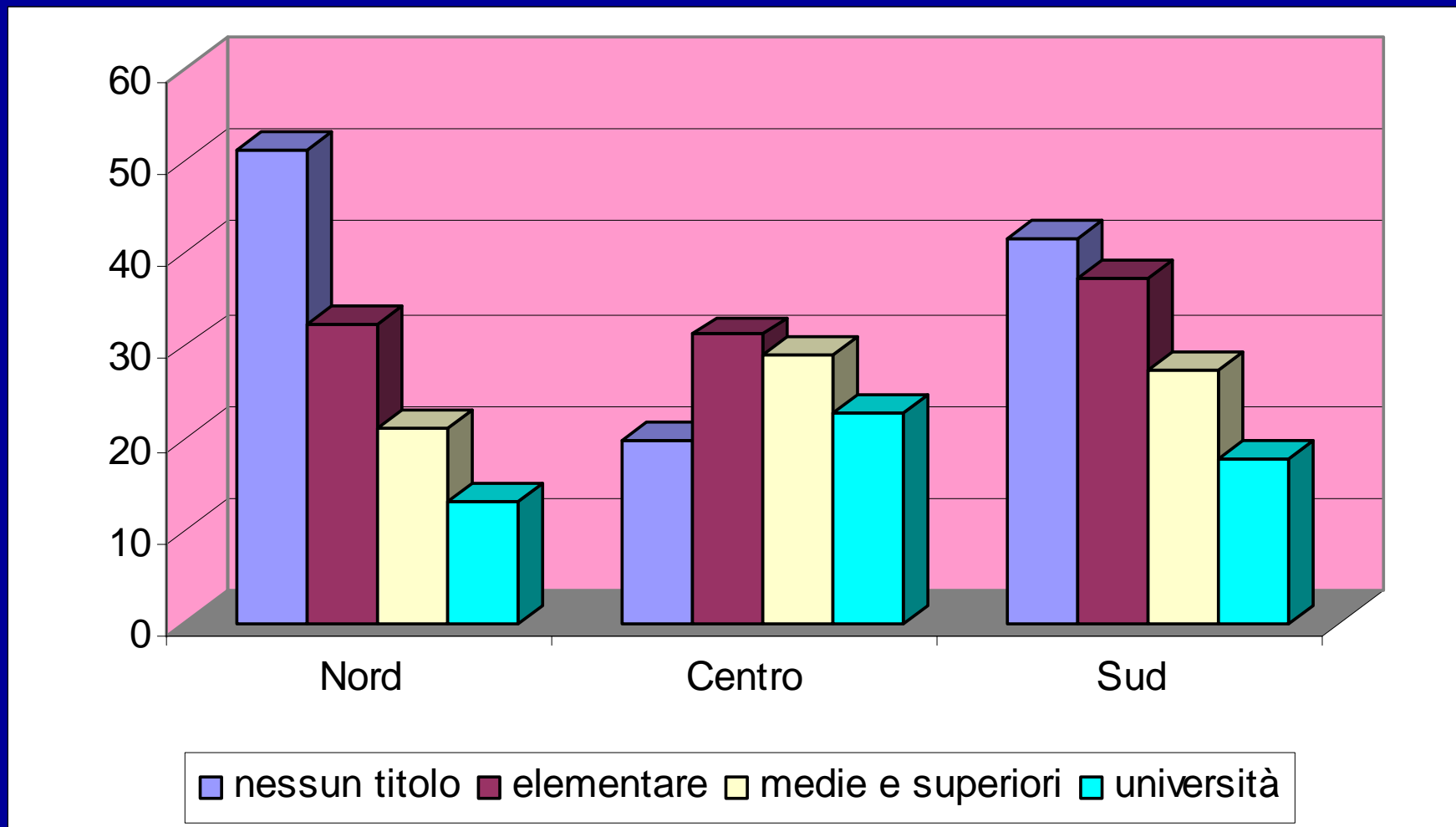
Indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 1999-2000, età >25 aa
RR bassa vs. alta istruzione, aggiustati per età



Ipertensione: prevalenza % per livello di istruzione e area geografica; uomini. 1998



Ipertensione: prevalenza % per livello di istruzione e area geografica; donne. 1998



Dall'obesità alle malattie croniche: il diabete

Uomini 18-64 anni. Torino 1981-1999

CLASSE SOCIALE (classificazione Schizzerotto)	SMR diabete
Imprenditori	0,6
Liberi professionisti	0,6
Dirigenti	0,4
Classe media impiegatizia	0,9
Piccola borghesia con dipendenti	1,1
Piccola borghesia senza dipendenti	1,0
Operai specializzati	0,9
Operai non specializzati	1,2

Contrastare l'obesità: strategie di intervento in bambini

Allo stato attuale:

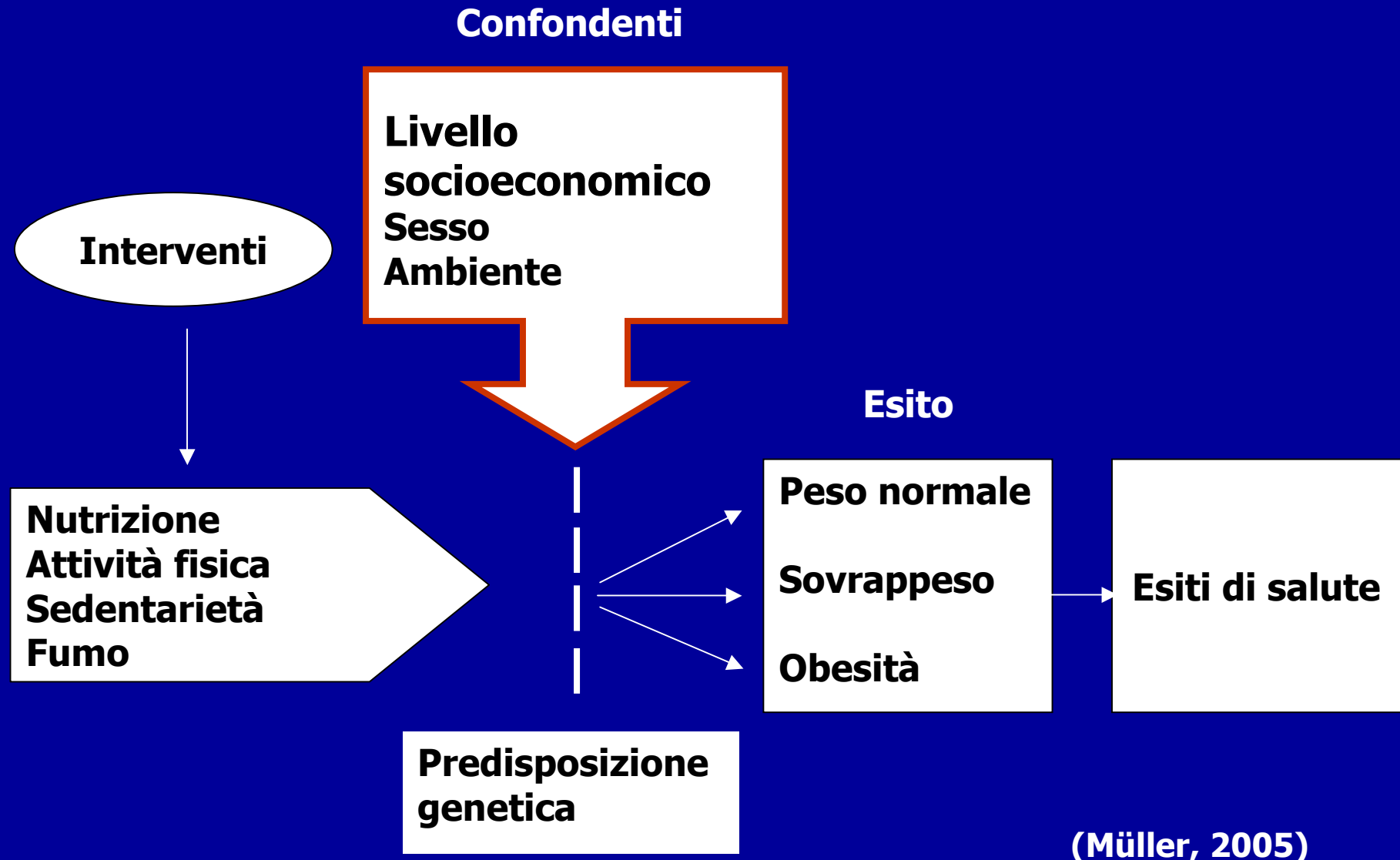
- **Maggiore efficacia in famiglie di alta classe sociale**
- **Maggiori successi di interventi che coinvolgono i genitori**
- **Interventi in singole aree poco efficaci**
- **Tendenza a strategie isolate non coordinate**

Raccomandazioni per strategie di intervento:

- **Agire su setting multipli**
- **Porre come obiettivo il contrasto di diseguaglianze**
- **Migliorare i programmi di educazione a scuola**
- **Counselling per donne incinte**
- **Supporto alle famiglie**

(Müller, 2005)

La valutazione di interventi



L'importanza di valutare il gradiente sociale

Kiel Obesity Prevention Study. Germania. 1996-2009

Interventi educativi

SCUOLA (per studenti, genitori, per /da docenti)
corso di educazione alimentare + serata con i genitori

FAMIGLIA (a figli e a genitori in sovrappeso/obesi)
3-5 visite di un nutrizionista + attività sportive

Risultati a 4 anni

- il 77,4% dei bambini in sovrappeso a 5-7 anni continuano ad esserlo a 10-11 anni

Incidenza sovrappeso ridotta:

- 36,5% nel gruppo di intervento
- 41,7% nel gruppo di controllo

Effetto maggiore nei bambini di elevato livello sociale

(Muller, 2001, 2004) (Danielzik, 2005)

Review di interventi di promozione attività fisica

Interventi valutati efficaci:

Informativi:

- "point-of-decision" prompts per invogliare uso delle scale
- campagne di comunità

Comportamentali:

- educazione fisica a scuola
- cambi comportamentali adattati individualmente

Sociali:

- supporto sociale in setting di comunità

Politiche ambientali:

- accesso facilitato a luoghi per attività fisica

Interventi con insufficiente evidenza di efficacia:

- Interventi educativi scolastici di educazione alla salute
- Interventi educativi scolastici per ridurre uso tv e video
- Supporto sociale family-based
- Campagne di mass-media

(Kahn, 2002)

Gli interventi mirati

The Maryland Women, Infants, and Children Food for Life

Target: donne e figli da 0 a 5 aa a basso reddito e con carenze nutrizionali

Intervento educativo

5 sessioni nutrizionali interattive + invio materiale informativo da parte di peer educators (educatori/trici appartenenti alla comunità)

Messaggi educativi: - ridurre la percentuale di calorie dai grassi
 - aumentare consumo di frutta, verdura

**Outcome correlato al numero di sessioni seguite, ma ...
la percentuale di donne che ha seguito *almeno una sessione*
aumenta al crescere del titolo di studio:**

- **39% basso**
- **43% intermedio**
- **51% alto**

(Havas, 2003)

Intervento in scuole di quartieri deprivati di Londra per aumentare il consumo di frutta e verdura ai pasti

Scuola 1

- per 16 gg video educativi con attori bambini
- per 4 mesi, ricompense per chi consuma porzioni di frutta e verdura

Scuola 2

- disponibilità di frutta e verdura in mensa e frutta all'intervallo

Risultati

		basale	f-u (4 mesi)
Scuola 1	frutta	36%	61%
	verdura	44%	59%
Scuola 2	frutta	17%	9%
	verdura	28%	18%

(Horne, 2004)

Raccomandazioni per interventi di promozione dell'attività fisica mirati a gruppi svantaggiati

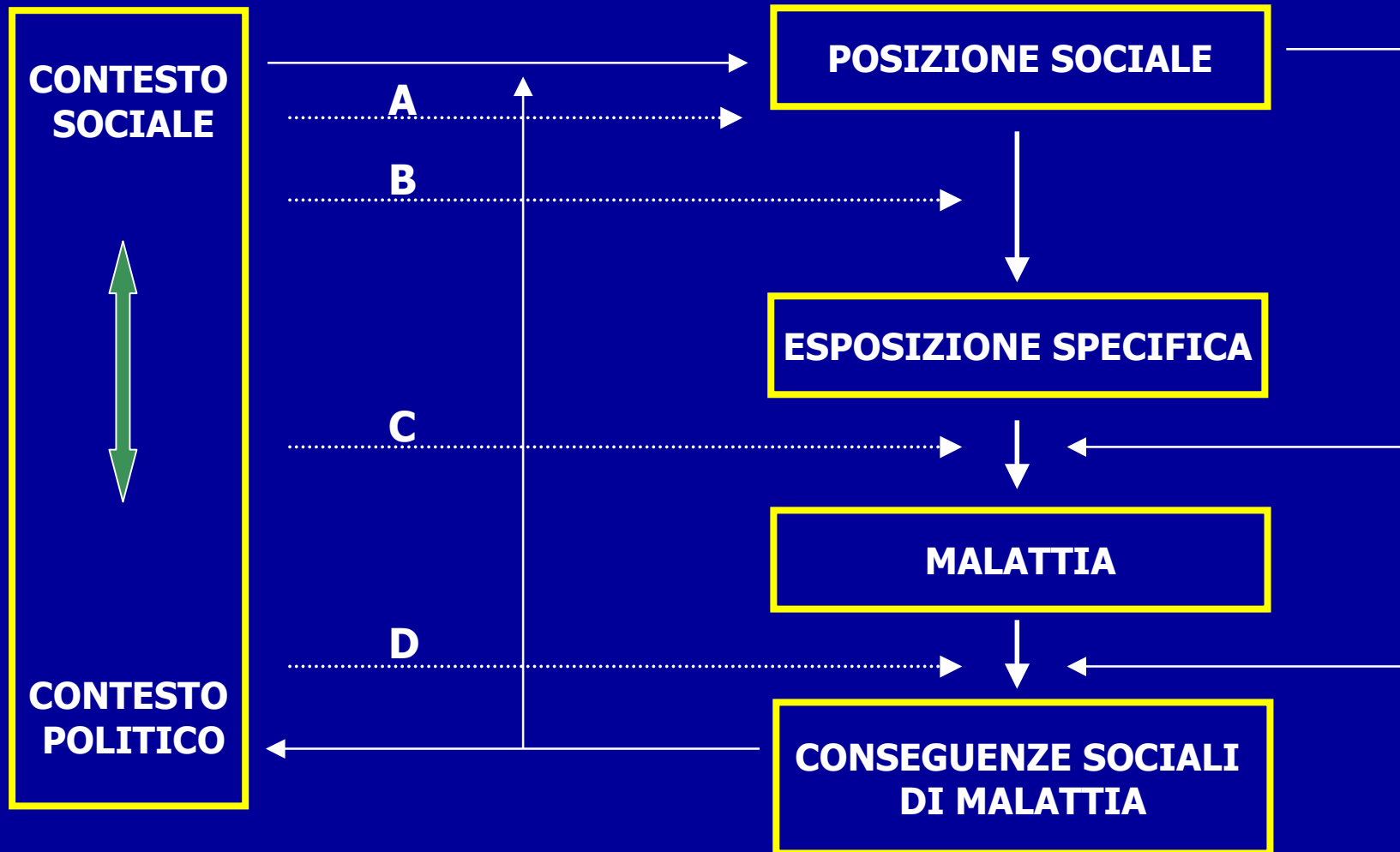
Raccomandazione 1: coinvolgimento della comunità

- **La comunità deve contribuire alla scelta delle priorità, adattare i contenuti al contesto, costituire comitati che supportino le attività, piuttosto che ricevere un pacchetto formativo già confezionato**
- **Preferibile un intervento su un setting di numerosità limitata ma con caratteristiche comuni, piuttosto che un intervento di grandi proporzioni, ma col rischio di una scarsa partecipazione**

Raccomandazione 2: valutazione ex-ante di bisogni e barriere

- **Valutare i bisogni più o meno espressi dai soggetti coinvolti, le preferenze, le inclinazioni e i motivi che potrebbero ostacolare la partecipazione attraverso focus groups, survey o interviste a campione**

(Taylor, 1998)



A = politiche sociali (istruzione, welfare)

B = interventi su stili di vita (alimentazione, alcool ,fumo) ed esposizioni

C = riduzione della vulnerabilità a condizioni dannose (caldo e anziani)

D = attenzione a diagnosi e cura di soggetti svantaggiati

(Diderichsen, 2001)

Piano esplicito

Target

Evidence based

Equity audit



Ricerca
interdisciplinare

Equity
health impact
assessment

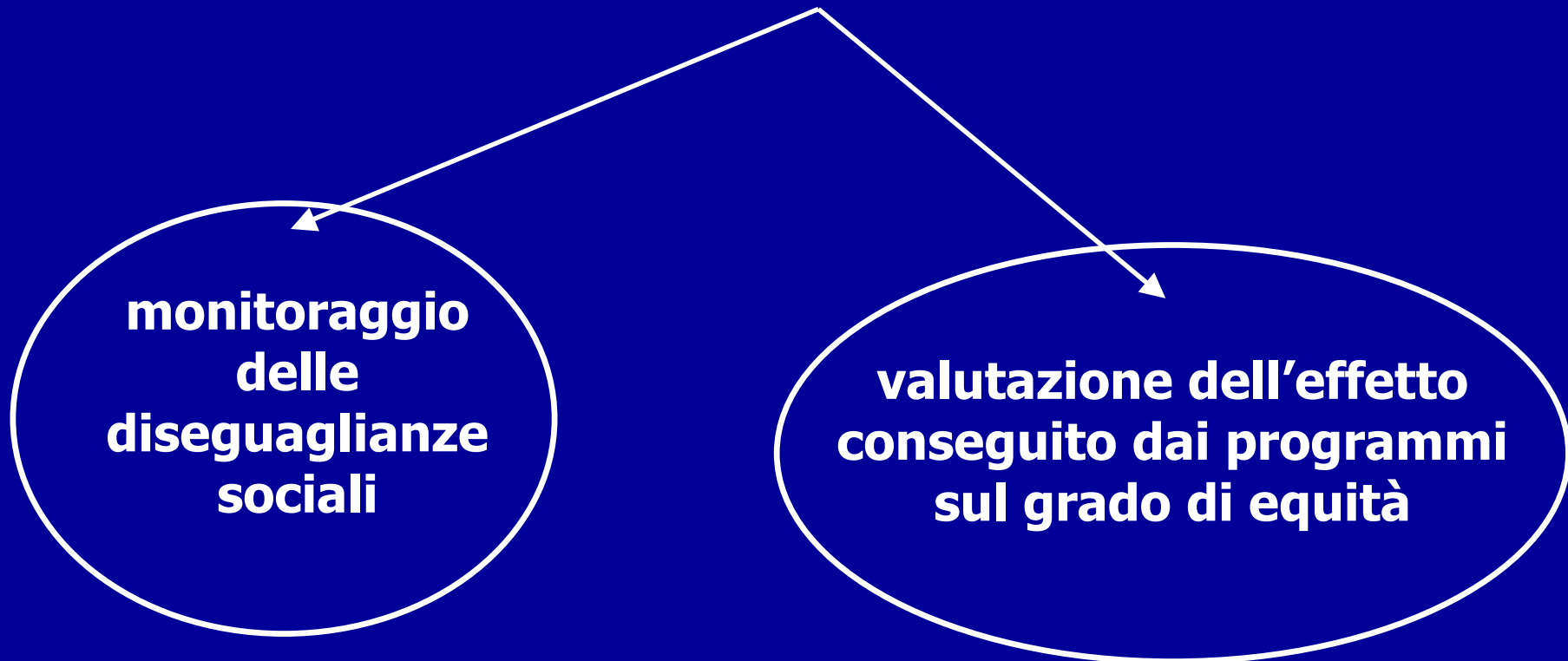
Responsabilità
intersettoriale

Leadership
sanità

Obiettivi del centro CCM per l'equità

- **sviluppare nel SSN capacità di "equity audit": identificare dove sono e come nascono gli svantaggi sociali**
- **esaminare le esperienze di intervento per contrastare le diseguaglianze, valutarne l'efficacia, diffonderli**

Consulenza ai programmi di prevenzione CCM



Per il conseguimento di questi obiettivi si sviluppano tre ambiti di attività strumentali:

- **ricerca e valutazione della documentazione** scientifica su interventi efficaci e buone pratiche per il contrasto delle disuguaglianze nella prevenzione
- **definizione di standard di misura** e di valutazione delle disuguaglianze per i programmi di prevenzione CCM
- **sperimentazione e valutazione di interventi di contrasto** delle disuguaglianze nella prevenzione

Grazie per l'attenzione