

2.

ALIMENTAZIONE E SOCIETÀ: ALCUNI DATI EPIDEMIOLOGICI ITALIANI



Il rischio di sviluppo di malattie croniche

Simona Gianpaoli

Le ricerche effettuate in Italia su campioni rappresentativi di popolazione, che descrivono l'andamento delle malattie (tumori, malattie cardiovascolari di origine arteriosclerotica, diabete) e delle condizioni a rischio (obesità, dislipidemia, ipertensione arteriosa) dovute a scorretti stili di vita e in particolare a errata alimentazione, non sono molte. Forniamo qui una descrizione generale della variazione che si è verificata in questi ultimi anni per valutare l'importanza di un ritorno all'alimentazione mediterranea tipica delle regioni meridionali all'inizio degli anni '60.

In anni recenti, infatti, le abitudini alimentari in tutta Italia sono peggiorate: il "classico" stile mediterraneo sta scomparendo, nonostante i dati derivati dalla ricerca degli ultimi decenni confermino ed estendano il valore di questo schema alimentare, nel prevenire e controllare tutti i maggiori fattori di rischio metabolici per l'attacco cardiaco, per l'ictus, per il diabete, per i tumori e per mantenere basso il rischio di sviluppo di malattie cronico-degenerative. Nonostante il peggioramento nelle abitudini e negli stili di vita, il tasso di mortalità complessivo è in diminuzione grazie, soprattutto, alla riduzione dei decessi per malattie del sistema circolatorio, che sono oltre il 40% delle cause di morte. In diminuzione è anche la mortalità per malattie ischemiche del cuore; dopo un plateau rilevato alla metà degli anni '70, tale andamento, evidente soprattutto nelle età più giovani, è omogeneo su tutto il territorio nazionale, in maggiore decrescita a Nord rispetto alle altre aree del Paese. Analogo andamento si riscontra nel tasso di mortalità per accidenti cerebrovascolari, dove però persiste la differenza fra Nord e Centro-Sud a sfavore del Sud (fonte dati di mortalità: www.cuore.iss.it). L'andamento nel tempo della mortalità per tumori è caratterizzato da notevoli differenze a seconda dell'età dei soggetti colpiti, segnalando una spiccata tendenza a una diminuzione nei giovani e un aumento nelle persone anziane:

*Nell'illustrazione:
la Dieta Mediterranea con le sue semplici regole aiuta a prevenire l'obesità infantile. Sono ancora troppi i bambini che saltano la prima colazione e non consumano abbastanza frutta e verdura.*

il fenomeno è presente in entrambi i sessi, ma è più evidente negli uomini. La mortalità negli uomini aumenta fino all'inizio degli anni '80, poi si stabilizza e, a cavallo fra gli anni '80 e '90, diminuisce lievemente. Nelle donne giovani la mortalità decresce meno marcatamente in età media, mentre cresce rapidamente nelle donne anziane (fonte dati di mortalità: www.iss.it). Attualmente i dati di incidenza per la valutazione del *trend* sono, per l'Italia, scarsi e incompleti. Qualche dato sulle malattie cardiovascolari e sui fattori di rischio è disponibile grazie a due indagini dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey, la prima effettuata tra il 1998 e il 2002 e la seconda attivata nel 2008 e ancora in corso. Entrambe sono condotte con delle metodologie standardizzate e ci permettono, quindi, di confrontare alcuni dati relativi alle condizioni a rischio altamente associate alla modifica degli stili di vita avvenuti in questi ultimi anni e dovuti in gran parte alla perdita dei benefici dovuti all'alimentazione mediterranea. In tabella 1 si riportano: la distribuzione dei principali fattori di rischio e la prevalenza delle condizioni a rischio misurati a dieci anni di distanza negli uomini e nelle donne di età media (35-74 anni), raccolti nelle nove regioni italiane di riferimento per l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Il confronto fra i dati mostra una riduzione nella popolazione della media della pressione arteriosa sistolica e diastolica e del numero dei diabetici. Significativi sono, invece, gli aumenti nella popolazione della colesterolemia totale, della glicemia, dell'indice di massa corporea (BMI), della sindrome metabolica e dell'obesità. Per quanto riguarda la pressione arteriosa è interessante notare un aumento nel numero delle persone con valori < 140 e 90 mmHg non in trattamento, deducendone come nella popolazione il livello medio della pressione arteriosa sia stabile o in lieve diminuzione, mentre siano aumentati i pazienti sottoposti a un buon controllo farmacologico, diminuendo i casi di ipertensione non trattati. Per quanto riguarda il fumo, le abitudini cambiano positivamente: diminuiscono i fumatori correnti e aumenta la categoria di coloro che non hanno mai fumato. Il rischio cardiovascolare rimane in questi anni praticamente invariato, negli uomini e nelle donne. In quest'ultime si rileva un aumento significativo del valore medio della HDL-colesterolemia e l'indice di massa corporea medio aumenta sia nelle fumatrici sia in coloro che non fumano, ma in maniera modesta nel secondo caso. Va segnalato come i valori medi e la prevalenza dell'obesità fossero già elevati nel 1998; è inoltre aumentata la prevalenza delle donne con valori di pressione arteriosa < 140/90 mmHg, come pure di quelle che sono adeguatamente trattate. In coloro che non smettono di fumare non si apprezzano differenze a dieci anni di distanza e la prevalenza delle fumatrici si avvicina molto a quella dei fumatori. Il confronto delle condizioni a rischio tra i due livelli socio-economici diversi conferma che il livello socio-economico più basso è quello che risente maggiormente di una condizione di disagio, con il conseguente aumento dell'obesità e della sindrome metabolica rispetto a coloro che si trovano nel livello socio-economico più elevato.

TABELLA
1

CONFRONTO DELLA DISTRIBUZIONE DEI PRINCIPALI FATTORI E CONDIZIONI DI RISCHIO, RACCOLTI NEL 1998 E NEL 2008 IN UOMINI E DONNE DI ETÀ COMPRESA TRA I 35 E I 74 ANNI, NELL'AMBITO DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO CARDIOVASCOLARE

UOMINI						
Fattori di rischio	1998 (N=1.912)		2008 (N=1.738)		Dff. Ass.	Sig.
	media	d.s.	media	d.s.		
Pressione Arteriosa Sistolica (mm Hg)	138,2	20,1	134,2	17,7	-4,0	x
Pressione Arteriosa Diastolica (mm Hg)	86,7	11,2	83,8	10,1	-2,9	x
Colesterolemia (mg/dl)	207,4	38,6	224,7	43,8	17,3	x
HDL-Colesterolemia (mg/dl)	50,7	13,0	51,6	13,2	0,9	*
Glicemia (mg/dl)	97,9	29,1	105,3	26,7	7,4	x
Indice di Massa Corporea (IMC) (kg/m ²)	27,0	3,7	27,8	4,6	0,7	x
Rischio CVD (35-39 anni)	8,3	8,8	8,0	8,6	-0,3	n.s.
	%		%		Dff. Ass.	Sig.
Diabete	14,5		14,0		-0,5	n.s.
Sindrome metabolica	24,5		28,0		3,4	*
IMC_Cat*						
- Obesità	18,8		25,1		6,3	x
- Sovrappeso	51,4		47,1		-4,3	*
Pressione Arteriosa - condizioni di trattamento [^]						
- Non ipertesi	41,0		46,3		5,3	**
- Ben trattati	4,8		10,1		5,3	x
- Ipertesi non trattati	36,2		26,0		-10,2	x
Abitudine al fumo di sigaretta						
- Mai fumato	31,8		36,4		4,6	**
- Ex fumatori	36,9		39,8		2,9	n.s.
- Fumatori correnti	31,2		23,8		-7,4	x
DONNE						
Fattori di rischio	1998 (N=1.912)		2008 (N=1.738)		Dff. Ass.	Sig.
	media	d.s.	media	d.s.		
Pressione Arteriosa Sistolica (mm Hg)	134,3	21,8	128,9	19,9	-5,4	x
Pressione Arteriosa Diastolica (mm Hg)	82,9	10,8	79,1	9,6	-3,8	x
Colesterolemia (mg/dl)	212,4	40,4	232,4	44,0	20,0	x
HDL-Colesterolemia (mg/dl)	60,0	14,4	62,9	15,4	2,8	x
Glicemia (mg/dl)	91,5	29,6	97,4	26,5	5,9	x
Indice di Massa Corporea (IMC) (kg/m ²)	26,7	5,2	27,2	8,6	0,5	**
Rischio CVD (35-39 anni)	2,9	3,8	2,5	3,4	-0,4	**
	%		%		Dff. Ass.	Sig.
Diabete	9,1		8,5		0,6	n.s.
Sindrome metabolica	22,6		21,5		-1,1	n.s.
IMC_Cat*						
- Obesità	23,4		25,6		2,2	n.s.
- Sovrappeso	34,3		33,0		-1,3	n.s.
Pressione Arteriosa - condizioni di trattamento [^]						
- Non ipertesi	51,6		60,6		9,0	x
- Ben trattati	5,4		10,4		5,0	x
- Ipertesi non trattati	22,7		15,0		-7,7	x
Abitudine al fumo di sigaretta						
- Mai fumato	64,3		60,3		-4,0	*
- Ex fumatori	14,3		18,7		4,4	x
- Fumatori correnti	21,4		21,0		-0,4	n.s.

x: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05, n.s.: non significativo; IMC: peso (kg)/altezza (m²); CVD: cardiovascolare;* Obesità: IMC>=30kg/m²; Sovrappeso: 25<=IMC<30 kg/m²; ^ Non iperteso: PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg e senza trattamento;

Ben trattato: PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg; Ipertesi non trattati: PAS>=140 mmHg oppure PAD>=90 mmHg e senza trattamento.

Analisi dei dati sullo stato di salute attuale della popolazione, in relazione all'alimentazione

Laura Di Renzo e Antonino De Lorenzo

Nelle diverse macroaree geografiche mondiali, le malattie cronicodegenerative sono in costante e progressivo aumento; il fenomeno è spiegabile sia con l'invecchiamento della popolazione sia con i profondi cambiamenti nei modelli alimentari e comportamentali degli ultimi dieci anni. L'industrializzazione, l'urbanizzazione, lo sviluppo economico e la globalizzazione del mercato hanno inciso sull'acquisizione di modelli dietetici impropri, di uno stile di vita sedentario e di un aumento dell'abitudine al fumo, con il risultato di un incremento delle malattie croniche. L'esistenza di una relazione tra alimentazione, stato di salute e patologie cronicodegenerative è ormai riconosciuta da tempo ed è, infatti, ampiamente stabilito come alcune caratteristiche fisiologiche, denominate fattori di rischio, siano in rapporto causale con le malattie croniche. Tra queste sono universalmente riconosciute: sesso, età, ipertensione arteriosa, aumento della colesterolemia LDL, riduzione della colesterolemia HDL, ipertrigliceridemia, diabete, fumo di tabacco e obesità androide.

Alcuni di questi fattori, quali il sesso o l'età, sono detti "non modificabili", in quanto nessuna forma di prevenzione può modificarne il rapporto con il rischio patologico. Altri, quali la pressione arteriosa, la colesterolemia e il fumo, sono invece "modificabili", potendo così mutare il rischio di sviluppare patologie croniche. Tra i fattori di rischio modificabili, spesso non menzionati, la dieta e l'attività fisica rappresentano il principale determinante delle malattie croniche, in grado di influenzare sia lo stato di salute degli individui sia i principali fattori di rischio noti.

Fra le patologie cronicodegenerative, le malattie cardiovascolari continuano a gravare nelle statistiche di mortalità, rappresentando le principali cause di morte. È stato calcolato che, nel 2001, hanno contribuito per circa il 60% ai 56.5 milioni di decessi totali riportati nel mondo e a circa il 46% del carico totale mondiale di malattia, con una stima del 57% entro il 2020. Anche in Italia, le patologie del sistema cardiovascolare costituiscono

uno dei più importanti problemi di sanità pubblica: sono, infatti, tra le principali cause di morbilità, invalidità e mortalità, causando 240.253 morti (104.987 uomini e 135.266 donne), pari al 41,1% del totale dei decessi. Le percentuali di morte per patologie cardiovascolari sono, in generale, più elevate al Sud rispetto al Centro e al Nord. È da sottolineare una differenza sostanziale tra i generi: negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei quaranta anni, comincia a essere presente fra i quaranta e i cinquanta anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età; nelle donne invece, la mortalità si manifesta, in maniera rilevante, a partire dai cinquanta-sessanta anni e cresce, poi, rapidamente.

I tumori rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese; si stima che circa il 30% sia ritenuto correlato alla dieta, anche se una recente metanalisi mette in discussione tale prevalenza, riportando il valore al 4%. La percentuale risulta comunque rilevante e conferma l'indiscutibile ruolo della dieta nella prevenzione; si stima che ogni anno vengano diagnosticati, tra i residenti in Italia, oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno (età 0-84 anni) e ogni anno vi siano oltre 940.000 ricoveri oncologici. La sopravvivenza a cinque anni (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma) è del 47% fra gli uomini e del 60% fra le donne. Rispetto al passato, nonostante l'aumento di incidenza, si osserva una diminuzione della mortalità, con un aumento della sopravvivenza, dovuto al miglioramento delle tecniche diagnostiche e ai nuovi presidi terapeutici.

Un'altra patologia oggi largamente diffusa è l'obesità: l'incidenza è raddoppiata in molti Paesi negli ultimi anni, in Europa è aumentata del 10-50% e interessa principalmente le classi sociali più svantaggiate. In Italia, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità del 2009 rivelano che il 17% degli uomini e il 21% delle donne tra i 35 e i 74 anni è obeso, mentre il 50% e il 34%, rispettivamente, è in sovrappeso. Quanto alla distribuzione regionale, la prevalenza dell'eccesso ponderale in Italia è crescente da Nord a Sud: il primato per l'obesità spetta alla Basilicata, in cui si registra la più alta prevalenza; il 34% e il 42% di obesi, rispettivamente per gli uomini e le donne. Seguono la Sicilia (31% sia per gli uomini che per le donne) e la Calabria (24% per gli uomini e 38% per le donne). Particolarmente allarmante è il dato riscontrato nella popolazione pediatrica: il tasso attuale di incidenza è dieci volte superiore a quello degli anni '70 e l'Italia detiene il primato negativo europeo. Nel 2008, il 12,3% dei bambini di otto anni era obeso, mentre il 23,6% in sovrappeso (fonte: progetto 2008 "Okkio alla salute", realizzato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca). Gli studi effettuati dal nostro gruppo, valutano la composizione corporea con metodiche più accurate rispetto agli indici di predizione e segnalano come la prevalenza dell'obesità pediatrica aumenti di circa il 15%. Il 70-80% dei bambini obesi non recupera con lo sviluppo puberale, ma rimane tale dopo la crescita, con un aumentato rischio relativo di morbilità per complicanze conseguenti in età adulta.

Nell'età evolutiva si assiste anche a un aumento di condizioni morbose quali diabete tipo 2, ipertensione arteriosa e dislipidemia, che aumentano il rischio di sviluppo di patologie cardiovascolari. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un importante fattore predittivo della stessa in età adulta e di un eventuale sviluppo di sindrome metabolica. Altra malattia metabolica in continua crescita è il diabete, sia di tipo 1 (soprattutto nei bambini) che di tipo 2 (aumento questo più consistente e legato probabilmente all'abbassamento dell'età d'insorgenza). I dati Istat 2009 indicano che è diabetico il 4,8% degli italiani (5% delle donne e 4,6% degli uomini), pari a circa 2.900.000 persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino ad arrivare al 18,9% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più elevata nel Sud e nelle isole, con un valore del 5,5%; seguono il Centro con il 4,9% e il Nord con il 4,2%.

Tra le patologie croniche, le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in Italia: le più comuni sono l'asma, patologia cronica particolarmente diffusa in età pediatrica, la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), responsabile di più del 50% dei decessi per patologie respiratorie, le malattie respiratorie professionali, le riniti allergiche e non, le rinosinusiti, la "sindrome da apnee nel sonno" (OSAS) e l'ipertensione polmonare. Queste patologie costituiscono, nel loro insieme, un serio problema di salute pubblica, visti gli importanti effetti negativi sulla qualità della vita e sulla disabilità dei pazienti.

Una recente revisione dei dati raccolti ha permesso di evidenziare che nelle donne la prevalenza dell'osteoporosi è circa del 12,5%, negli uomini dell'1,8%. La prevalenza di osteoporosi e osteopenia è più alta nelle donne rispetto agli uomini e, in entrambi i sessi, la percentuale di osteoporosi aumenta significativamente con l'età, raggiungendo valori del 42% nelle donne e del 13% negli uomini, in soggetti tra i 70 e i 79 anni (Relazione sullo stato di salute del Paese 2007-2008, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

Per fronteggiare il crescente carico di malattie croniche, è necessario attuare misure preventive a livello individuale e di popolazione che incidano sullo stile di vita e rendano la nutrizione non un fattore causale, ma uno strumento di prevenzione.

La Dieta Mediterranea italiana di riferimento

Antonino De Lorenzo e Laura Di Renzo

La Dieta Mediterranea è universalmente considerata come il regime ottimale per favorire lo stato di salute e, conseguentemente, la durata e la qualità della vita. Gli alimenti considerati nelle filiere di frutticoltura, olivicoltura, orticoltura e colture erbacee da pieno campo rappresentano la colonna portante del regime alimentare noto come "Dieta Mediterranea" e generalmente adottato, sebbene con numerose varianti, nei Paesi che si affacciano sul bacino del Mar Mediterraneo, fra cui l'Italia. Questo schema alimentare è caratterizzato dal consumo bilanciato di alimenti ricchi di fibre, antiossidanti e grassi insaturi, basandosi sia su un approccio salutare volto ad abbassare il consumo di grassi animali e di colesterolo nella dieta, sia su un appropriato bilancio tra apporto e dispendio energetico. I rapporti tra i macronutrienti energetici rispondono a quelli riconosciuti come adeguati, cioè 12-15% dell'energia totale da proteine, 25-30% da lipidi e la restante quota da carboidrati.

Il ruolo preventivo della Dieta Mediterranea è stato messo in evidenza dallo Studio Cooperativo Internazionale di Epidemiologia della Cardiopatia Coronarica, meglio noto come *Seven Countries Study* (Studio dei Sette Paesi). Nel nostro Paese, il comune di Nicotera (VV) è entrato nella storia della ricerca nutrizionale nazionale e internazionale in quanto è stato la sede di studi epidemiologici per oltre cinquanta anni. Dal 1957, infatti, è stato modello dell'Italia meridionale, insieme a Montegiorgio (AP), per l'Italia centrale, e Crevalcore (BO), per l'Italia settentrionale.

Nel 1958-1961 lo stesso studio è stato esteso a sedici coorti di uomini di 40-59 anni di età, residenti in centri abitati in Finlandia, Giappone, Grecia, Italia, ex Jugoslavia, Olanda e Stati Uniti d'America. Dalle analisi dei dati di Nicotera, la prevalenza di infarto è risultata bassissima (circa lo 0,7%) e l'ipertensione, il diabete e il sovrappeso erano poco comuni. I risultati ottenuti, alla luce del riscontro dell'indagine clinica e dello stile di vita degli adulti esaminati, hanno portato a definire la dieta di Nicotera di quel tempo come "Dieta Mediterranea di riferimento italiana".

Un recente studio, effettuato sulle realtà spagnola e italiana, ha rilevato come le giovani generazioni sembrano abbandonare gradualmente, e in modo costante, lo stile alimentare mediterraneo a favore di nuove tendenze alimentari, maggiormente caratterizzate da cibi a elevato contenuto di grassi. Sovrappeso e obesità in Italia e Spagna sembrano così essere correlate, oltre che alla ridotta attività fisica, all'abbandono della Dieta Mediterranea.

Infine, uno studio presentato nel luglio del 2009 dall'Associazione Italiana Dietetica e Nutrizione Clinica e dall'Osservatorio Nutrizionale Grana Padano, ha confermato la tendenza di abbandono della Dieta Mediterranea; in Italia, infatti, l'indice di adeguatezza mediterranea si attesta solamente all'1,44%.

Si ringrazia per la collaborazione il Gruppo Italiano di Ricerca dell'Istituto Nazionale Dieta Mediterranea e Nutrigenomica INDIM: Luigi Petramala, Leonardo Iacopino, Giorgio Fontana, Emidio Domino, Alessia Bianchi, Mariagiovanna Rizzo, Sara Calamusa, Marta Piazzolla, Valentina Fondocaro, Giuseppe Fortugno, Gioacchino Paci, Giovanna Tonini.

L'impegno nazionale e internazionale: programmi nazionali e Ue

Daniela Galeone e Maria Teresa Menzano

L'obesità ha raggiunto proporzioni epidemiche a livello mondiale: con più di 1 miliardo di adulti in sovrappeso, dei quali almeno trecentomilioni clinicamente obesi. La malattia contribuisce fortemente al peso globale delle malattie croniche e alla disabilità.

Il termine "globesity", apparso per la prima volta nel 2001 in un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sottolinea il rischio mondiale crescente legato all'aumento dell'obesità. L'OMS afferma che il 18% della popolazione mondiale è obesa e che il problema dell'obesità è particolarmente preoccupante, perché colpisce i bambini più degli adulti, portando ad esempio all'insorgenza precoce di diabete di tipo 2, un tempo sconosciuto durante l'infanzia.

L'obesità è causata da disuguaglianze sociali in quanto riguarda soprattutto la popolazione di basso livello socio-economico, particolarmente vulnerabile alle influenze dell'ambiente, soprattutto per la maggior disponibilità e il basso costo degli alimenti ad alta densità energetica e basso valore nutrizionale.

Sicuramente alcuni geni determinano significativamente la suscettibilità di una persona all'aumento di peso, ma l'epidemia in aumento riflette soprattutto i profondi cambiamenti delle società che incoraggiano abitudini alimentari scorrette (consumo eccessivo di grassi saturi e zuccheri) e riducono le opportunità di svolgere attività fisica, favorendo lo sviluppo di sovrappeso e obesità.

Nel nostro Paese, i dati Istat relativi all'anno 2008 rilevano nella popolazione adulta una quota di sovrappeso pari al 35,5% e di obesità al 9,9%. Complessivamente in Italia, quindi, si stimano circa sei milioni di persone adulte obese. I dati più elevati sono rilevati nel Sud e nelle isole.

Questi dati sono sostanzialmente confermati dalla ricerca sullo stato nutrizionale svolta dal programma "Passi" (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia). Lo studio, composto su un campione di circa 35.000 intervistati nel 2009, conferma una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 31,8% (39,6% i maschi e 24,1% le femmine)

e di obesi pari al 10,4% (11,2% i maschi e 9,6% le femmine), mentre il 54,4% è normopeso e il 3,4% è sottopeso.

L'obesità e il sovrappeso crescono con l'età; infatti, tra i 18 e i 34 anni abbiamo il 4,5% di persone obese e il 19,6% in sovrappeso; tra i 35 e i 49 anni abbiamo il 9,4% e il 33,1%; tra i 50 e i 69 anni i valori raggiungono il 16,5% e il 40,9% rispettivamente. Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini sta acquisendo un'importanza crescente anche in Italia, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta, in quanto nell'età evolutiva si instaurano comportamenti scorretti quali l'aumento del contenuto energetico della dieta e la sedentarietà.

Il progetto: "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni: indagine Okkio alla Salute", che il Ministero in accordo con il Ccm (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) ha affidato all'Iss/Cnesps, ha effettuato una ricerca su un campione rappresentativo di bambini della terza classe della Scuola primaria. Si sono indagati i dati aggiornati relativi a peso, altezza, indice di massa corporea, principali abitudini alimentari, attività fisica svolta e comportamenti sedentari.

I risultati evidenziano una prevalenza di sovrappeso e obesità molto elevata: a livello nazionale il 23,6% dei bambini è in sovrappeso e il 12,3% obeso; in pratica più di un bambino su tre ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni, si arriva a una stima di più di un milione di bambini in sovrappeso od obesi in Italia. (fonte: <http://www.salute.gov.it>)

L'indagine ha messo così in luce la diffusione, nei più piccoli, di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e predispongono all'aumento di peso. Ad esempio, troppi bambini saltano la prima colazione e non consumano frutta e verdura in quantità adeguate, solo uno su dieci raggiunge il livello di attività fisica raccomandato e uno su due trascorre oltre due ore al giorno davanti alla televisione o ai videogiochi.

La crescente urbanizzazione, le modalità organizzative del lavoro e il ritmo di vita frenetico di molti genitori hanno aumentato il consumo del pranzo fuori casa e anche i pasti consumati tra le mura domestiche, privilegiano alimenti pronti e facili da cucinare. In queste condizioni, appare evidente la difficoltà di mantenere abitudini alimentari equilibrate, tipiche dell'alimentazione tradizionale italiana, ricca di frutta e verdura e povera di grassi saturi e zuccheri.

Questi dati giustificano la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di intraprendere interventi urgenti ed efficaci per contrastare la diffusione del fenomeno dell'obesità, superando un approccio settoriale e frammentario che comporta costi sanitari elevati, senza incidere significativamente sull'estensione del problema. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea raccomandano politiche intersettoriali

per la prevenzione dell'obesità, finalizzate a creare condizioni per favorire scelte nutrizionali corrette e per orientare lo sviluppo urbano ad ambienti che incoraggino l'attività fisica. Anche in Italia, pertanto, è maturata la consapevolezza della necessità di investire nella prevenzione attraverso un approccio innovativo alla "salute", che non può più essere responsabilità solo del sistema sanitario, ma deve diventare obiettivo prioritario per tutti i settori del Paese. La soluzione non potrà essere esclusivamente sanitaria, ma sono necessari interventi intersettoriali e trasversali per costruire una società in cui gli stili di vita salutari, relativamente a dieta e attività fisica, siano la norma, facilitati e resi più accessibili.

A livello nazionale, regionale e locale è necessario orientare le principali politiche, affinché siano create le condizioni per la riduzione degli introiti calorici e per una vita attiva.

Seguendo le indicazioni dell'Oms per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili e all'obesità (Gaining Health, 2006; European Charter on counteracting obesity, 2006), l'Italia ha approvato il Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", promosso e coordinato dal Ministero della Salute. "Guadagnare Salute" è una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport, dell'industria e della società civile, al fine di migliorare la salute dei cittadini. "Guadagnare salute" è finalizzato a sviluppare a livello di governo, centrale e periferico, una strategia volta a facilitare scelte e comportamenti adeguati, attraverso l'informazione e attraverso un'ideale impostazione delle azioni regolatorie, senza condizionare direttamente le scelte individuali, ma adottando politiche di comunità.

La necessità di sviluppare un approccio intersettoriale alla promozione della salute ha portato, nell'ambito della strategia nazionale, all'istituzione, con Decreto del Ministro della Salute, della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo". La Piattaforma è la sede d'incontro fra tutte le istituzioni, le associazioni e gli organismi interessati che mira al conseguimento di specifici obiettivi di salute attraverso un approccio intersettoriale e multifattoriale. Alla Piattaforma partecipano, quindi, i rappresentanti delle Amministrazioni Centrali, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, e i rappresentanti di associazioni di categoria della filiera alimentare e del commercio, delle associazioni dei consumatori, delle organizzazioni sindacali (che hanno firmato protocolli d'intesa con il Ministero della Salute per il conseguimento di specifici obiettivi) nonché i rappresentanti di istituti di ricerca e delle associazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri e dei farmacisti (Fimmg, Simg e Federfarma).

Di concerto con la Piattaforma, sono stati sviluppati gli elementi caratterizzanti del Programma “Guadagnare Salute”:

- promozione della salute come bene pubblico;
- approccio trasversale ai fattori di rischio;
- definizione di strategie intersettoriali, tra loro coordinate;
- sviluppo di sinergie per i cittadini, per trasformare le buone pratiche in interventi consolidati;
- concludere Protocolli di intesa tra il Ministero della Salute, leader del Programma, e gli attori coinvolti (istituzioni centrali, rappresentanze della società civile e del mondo produttivo).

In particolare, i diversi protocolli con le istituzioni hanno consentito l'avvio di una serie complessa di attività, finalizzate alla modifica di abitudini alimentari scorrette e alla promozione di una vita attiva.

Vediamo nel dettaglio gli accordi e i loro obiettivi specifici.

a) Ministero della Salute con Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
L'intesa impegna i due Dicasteri a definire strategie comuni tra sistema scolastico e sistema sanitario nella prevenzione delle malattie croniche e nel contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile. A tal scopo, sono stati prodotti **materiali didattico-educativi** (kit “**Forchetta e Scarpetta**” e serie “**Canguro Saltalacorda**”) per iniziative di promozione della salute (a scuola, in famiglia e in altri contesti extrascolastici), che consentano ai bambini e agli adulti di acquisire conoscenze e competenze per uno stile di vita salutare.

b) Ministero della Salute con Dipartimento della Gioventù

Il principale obiettivo dell'accordo è la sensibilizzazione a uno stile di vita attivo, associato a una corretta alimentazione e dedicato, in particolare, ai giovani, ma anche alla popolazione in generale (comprese le persone diversamente abili e quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale).

Le due istituzioni hanno così cofinanziato un progetto per la **promozione dell'attività motoria** e di semplici regole di corretta nutrizione. Obiettivo è diffondere sensibilità e attenzione verso quelle preziose attività quotidiane (camminare, andare in bicicletta, fare le scale) che non richiedono molto tempo, sono svincolate dalla disponibilità di strutture, hanno costi molto contenuti e sono accessibili anche alle fasce sociali svantaggiate.

c) Ministero della Salute con Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali

L'accordo è finalizzato allo sviluppo di interventi intersettoriali per valorizzare la Dieta Mediterranea di cui sono noti i positivi effetti sulla salute, dedicando particolare attenzione all'alimentazione dei gruppi caratterizzati da esigenze nutrizionali specifiche (bambini, adolescenti, gestanti, nutrici, donne in menopausa e anziani) e per questo motivo più “vulnerabili”. A livello nazionale e locale, particolare rilievo è dato all'attuazione di strategie di cooperazione, per incrementare la disponibilità e il consumo di frutta, verdura nonché altri alimenti sani, in particolare in ambienti come la scuola e i luoghi di lavoro.

d) Ministero della Salute con il mondo della produzione e la società civile

Con gli accordi stipulati nell'ambito di “Guadagnare salute”, le più rappresentative organizzazioni del mondo delle imprese e dell'associazionismo hanno assunto ruolo attivo nella promozione della salute, impegnandosi a:

- sviluppare la ricerca tecnologica per migliorare la composizione degli alimenti, riducendo i contenuti di zucchero, grassi e sale;
- migliorare la qualità dell'informazione pubblicitaria diretta ai consumatori e, in particolare, ai bambini e agli adolescenti;
- fornire ai consumatori informazioni dettagliate sugli alimenti, anche attraverso un'etichettatura completa e facilmente comprensibile;
- promuovere l'aumento dei consumi di prodotti ortofrutticoli freschi, in particolare a scuola e nei luoghi di lavoro;
- promuovere il movimento e l'attività fisica quotidiana.

Di rilevante importanza si rivela, poi, il Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp) 2010-2012 stipulato con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010. Il nuovo Piano presenta, rispetto al Pnp 2005-2009 e successive proroghe, una diversa impostazione culturale, che vede l'azione preventiva non più orientata sui Dipartimenti di prevenzione, ma sempre più multidisciplinare, intersettoriale e aperta a gran parte delle aree operative dell'organizzazione sanitaria coinvolte in attività di prevenzione. La prevenzione dell'obesità, ad esempio, si inserisce in un ambito più ampio di interventi di sanità pubblica e di promozione della salute rivolti agli ambienti di vita e di lavoro, anche nell'ottica più generale della prevenzione dei rischi per la salute correlati a stili di vita non corretti (dieta scorretta, inattività fisica, tabagismo, abuso di alcol). ■

Bibliografia

- Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 1997 ;336:1117-24.
- De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Boucher P, Mamelle N. Mediterranean dietary pattern in a randomized trial: prolonged survival and possible reduced cancer rate. *Arch Intern Med.* 1998 ;158:1181-7.
- Atlante delle malattie cardiovascolari 2ª edizione; IV Conferenza di prevenzione MCV, G It Cardiol 2010
- Donfrancesco C, Palmieri L, Vanuzzo D, Panico S, Ferrario MM, Cesana G, Pilotto L, Chiodini P, Mattiello A, Lo Noce C, Dima F, De Sanctis Caiola P, Vannucchi S, Giampaoli S, a nome del Gruppo di Ricerca del Progetto CUORE - Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari e del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Il Progetto CUORE: analisi preliminari per l'aggiornamento delle carte del rischio e del punteggio individuale. *G Ital Cardiol* 2010; 11 - Suppl 3 al n. 5: 20-24
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_150_documenti_itemDocumenti_0_fileDocumento.pdf
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_150_documenti_itemDocumenti_2_fileDocumento.pdf
- <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0924.pdf>
- Annuario Statistico Italiano ISTAT 2009
- Fidanza F. The Mediterranean Italian diet: keys to contemporary thinking. *Proc Nutr Soc.* 1991;50:519-26.
- Fidanza F, Fidanza-Alberti A, Ferro-Luzzi G, Proja M. Dietary surveys in connection with the epidemiology of heart disease: Results in Italy. *Voeding.* 1964;25: 502-509.
- Fidanza F. Le scelte alimentari a Nicotera nel 1960 e nel 2002. Atti del Secondo Simposio sulle Diete Mediterranee di Riferimento: Le Diete Mediterranee Nazionali di Riferimento. Regione Calabria. Cosenza 2005
- Fidanza F. Who remembers the true Italian Mediterranean diet? *Diabetes Nutr Metab.* 2001;14:119-20.
- Fidanza F. The Mediterranean Italian diet: keys to contemporary thinking. *Proc Nutr Soc.* 1991;50:519-26.
- Fidanza F, Alberti-Fidanza A. Rilevamento dei consumi alimentari di alcune famiglie in tre zone agricole d'Italia. *Quad. Nutr.* 1971; 31: 139-188,
- Fidanza F, Alberti-Fidanza A. Attempts to improve food habits in rapidly changing societies, e. g. Italy. *Bibl Nutr Dieta.* 1983;32-9.
- Fidanza F, Coli R, Maurizi Coli A, Sarchielli P, Simonetti M.S. Nutritional status of the elderly in Perugia. *Age & Nutr.* 1992; 3: 64-68,
- Fidanza F, Alberti A, Fruttini D. The Nicotera diet: the reference Italian Mediterranean diet. *World Rev Nutr Diet.* 2005;95:115-21.
- Baldini M., Pasqui F., Bordoni A., Maranesi M. Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students, *Public Health Nutr.* 2009; 12:148-55.
- <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0924.pdf>

