

Rapporti ISTISAN

11/42



**Approccio interdisciplinare
al fenomeno dell'obesità:
un disagio dell'Occidente**



ISSN 1123-3117

A cura di
A. Mele, A. Marzolini e C. Caserta

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Approccio interdisciplinare al fenomeno dell'obesità:
un disagio dell'Occidente**

A cura di

Alfonso Mele (a), Antonella Marzolini (a) e Carmelo Caserta (b)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) Associazione Calabrese di Epatologia, Reggio Calabria

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

11/42

Istituto Superiore di Sanità

Approccio interdisciplinare al fenomeno dell'obesità: un disagio dell'Occidente.

A cura di Alfonso Mele, Antonella Marzolini e Carmelo Caserta

2011, iv, 50 p. Rapporti ISTISAN 11/42

Il 15 ottobre 2009 si è svolto un convegno interdisciplinare sul fenomeno dell'obesità organizzato dal Reparto di Epidemiologia Clinica e Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Associazione Calabrese di Epatologia (ACE), associazione di volontariato professionale, in collaborazione con la Fondazione BNC di Roma. Gli specialisti delle diverse discipline, hanno sottolineato la complessità del fenomeno obesità per il quale sono richiesti immediati interventi sull'insieme delle condizioni culturali, sociali ed economiche che concorrono a determinarlo.

Parole chiave: Obesità; Complessità; Interdisciplinarietà

Istituto Superiore di Sanità

Interdisciplinary approach to obesity: a Western world malaise.

Edited by Alfonso Mele, Antonella Marzolini and Carmelo Caserta

2011, iv, 50 p. Rapporti ISTISAN 11/42 (in Italian)

An interdisciplinary workshop on obesity, organized by the Department of Clinical Epidemiology and Guidelines of the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health) and the Hepatology Association of Calabria (ACE), a voluntary professional association, in collaboration with the BNC Foundation of Rome, was held at ISS on 15th October 2009. The specialists of different disciplines have emphasized the complexity of the phenomenon by which interventions are required on the cultural, social and economic conditions that contribute to its establishment.

Key words: Obesity; Complexity; Interdisciplinarity

Per informazioni su questo documento scrivere a: antonella.marzolini@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Mele A, Marzolini A, Caserta C. (Ed.). *Approccio interdisciplinare al fenomeno dell'obesità: un disagio dell'Occidente*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/42).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Presentazione	iii
“...e anch’io non mi sento molto bene”: il disagio dell’uomo nell’era post-moderna	1
Il nichilismo	1
Il disincanto	2
La scienza e la tecnologia	3
I timori ancestrali	5
Gli individui e la società	5
Economia e stili di vita	6
Il corpo	7
Una conclusione	8
Bibliografia	8
Stili di vita e malattia	10
L’approccio riduzionistico e sistemico in epidemiologia	10
Il concetto di epidemia applicato alle malattie croniche non trasmissibili	12
Quali politiche sanitarie per frenare l’epidemia di obesità?	14
Bibliografia	14
Trend dell’obesità nella popolazione adulta italiana	15
Bibliografia	21
Obesità infantile: un problema nazionale	23
L’entità del fenomeno in Italia	23
Il sistema di sorveglianza: OKkio alla SALUTE	25
I risultati della raccolta dati OKkio alla SALUTE 2008	26
Stato ponderale dei bambini	27
Abitudini alimentari	29
Attività fisica e comportamenti sedentari	30
Percezione dello stato ponderale e dell’attività fisica dei bambini da parte dei genitori	31
Ambiente scolastico	32
Conclusioni	33
Bibliografia	33
Una nuova emergenza per il sud: il progetto MAREA	36
Premessa	36
Progetto MAREA	37
Prospettive	39
Bibliografia	40
Il disagio giovanile	42
Il gusto globalizzato	44
Bibliografia	46
La soluzione mediterranea	47
Cibo spazzatura (<i>Junk-food</i>) e obesità	48
La tossicodipendenza del consumatore	48
Bibliografia	50

PRESENTAZIONE

L'obesità, così come ormai indicato dall'OMS da quasi un decennio, costituisce l'epidemia del nuovo millennio. Secondo autorevoli istituti di ricerca l'aumento della morbilità cardiovascolare, associata all'eccesso ponderale, nonostante i probabili avanzamenti scientifici, finirà con determinare, nel prossimo ventennio, una riduzione dell'aspettativa di vita.

Con l'emergere di questo fenomeno crolla, quindi, la convinzione di una crescita parallela dell'economia e della qualità di vita dei cittadini dell'occidente. In buona sostanza l'obesità svelerebbe il carattere ideologico delle logiche che sostengono la necessità di uno sviluppo di tipo globale.

Il fenomeno sembrerebbe interessare, soprattutto, il Mezzogiorno (non solo italiano), come, peraltro, confermerebbe una recente indagine effettuata tra gli adolescenti di Reggio Calabria. Le ragioni di tale particolare localizzazione del problema sono, probabilmente, da ricercare nell'abbandono di uno "stile mediterraneo" e nella rapida e acritica adesione ai nuovi modelli di vita dell'occidente estranei alla storia e alla tradizione di queste regioni.

Una vera emergenza che possiamo scegliere di consegnare integralmente alla medicina che, in coerenza con la logica commerciale che la domina, ha già messo a punto e iniziato a diffondere sul "mercato globale" la "pillola anti-obesità".

Possiamo, in alternativa, considerare di affrontare con soluzioni più complesse che prevedano, senza escludere le competenze mediche, una revisione critica dei modelli culturali e di sviluppo che caratterizzano la civiltà occidentale di cui l'obesità ne svela le contraddizioni e i disagi.

“...E ANCH’IO NON MI SENTO MOLTO BENE”: IL DISAGIO DELL’UOMO NELL’ERA POST-MODERNA

Gaspare M. Pendino

Associazione Calabrese di Epatologia, Reggio Calabria

Oltre trenta anni fa, passeggiando nei dintorni della stazione centrale di Milano, fui attratto da una frase che una mano ignota aveva graffiato su un muro : “Dio è morto, Marx è morto e anch’io non mi sento tanto bene”. Non credo di avere mai letto o ascoltato una definizione più semplice e più completa di un evento complesso, non ancora compiuto e, comunque, poco adattabile alle definizioni, di questa lapidaria descrizione della “post-modernità” partorita dal genio di Woody Allen.

L’affermarsi del nichilismo (Dio è morto) e il crollo delle grandi ideologie che hanno caratterizzato la modernità (Marx è morto) sono infatti da considerare come le fondamentali cause del disagio dell’individuo post moderno che, nel tentativo di galleggiare in una realtà “liquida”, priva di riferimenti stabili ha finito con il “non sentirsi tanto bene” sia nel corpo che nello spirito. Muovendo da questa premessa, cercherò ora di esaminare più dettagliatamente le radici, l’evolversi e i caratteri di questa nostra epoca, definita da JF. Lyotard (1) post-moderna, al fine di evidenziare le motivazioni delle incertezze, delle angosce e della inquietudine che la connotano e le conseguenze di queste sugli individui e la società.

La data di nascita dell’era post-moderna può essere posizionata, con l’approssimazione con la quale è possibile datare una transizione epocale, dopo la fine del secondo conflitto mondiale e cioè a partire dalla fine degli anni Cinquanta (1).

Il nichilismo

Quel che è certo, è che la post-modernità prende origine dalla crisi dei valori dell’era moderna, era che dalla fine del medioevo, si è protratta sino alla fine della seconda guerra mondiale. Per poter comprendere meglio i caratteri della nostra epoca, mi sembra opportuno, quindi, esaminarne le radici che, naturalmente, affondano nella modernità.

L’era moderna è stata caratterizzata prevalentemente dallo sviluppo delle scienze. Momento fondamentale della modernità è l’affermarsi dell’illuminismo (inizi del ‘700). È, infatti, nell’era dei lumi che l’uomo si avvia decisamente a dare una interpretazione scientifica, quindi immanente, degli eventi naturali. Dio, che nel medioevo, costituiva l’ente di riferimento unico per la spiegazione di questi eventi viene gradualmente ma inesorabilmente marginalizzato sin quasi a scomparire. È a questo “distacco dal divino” che si riferisce il grido di F. Nietzsche (2): “Dio è morto e siamo stati noi ad ucciderlo.”

Le conseguenze del deicidio non saranno di poco conto perché la perdita di un consolidato riferimento trascendente si rivelerà come la più remota causa del disorientamento e dell’angoscia che caratterizza l’uomo post-moderno.

L’allontanamento da Dio priva infatti l’essere umano del fine ultimo destinandolo ad una morte definitiva come tutti gli altri animali e inoltre gli fa perdere il conforto dell’antica abitudine di “affidarsi” e di sperare in un intervento superiore quando avverte i propri limiti.

Questa circostanza, volendo utilizzare una metafora, rende questo uomo paragonabile ad un antico, folle marinaio che, in una notte nuvolosa, privo di riferimenti astrali, confida di trovare

la rotta in mare aperto utilizzando come punti di riferimento l'albero e la prua della sua stessa barca. La perdita di un riferimento trascendente ha sull'individuo e la società una ulteriore drammatica conseguenza : la crisi dell'etica.

Questo evento completa il quadro drammatico del "nichilismo".

E proprio il nichilismo nell'agosto del 2009 è stato oggetto di un monito di Benedetto XVI indirizzato a "quelle ideologie che esaltano la libertà come unico principio dell'uomo" e che trasformano "l'uomo in un dio, che fa dell'arbitrarietà il proprio sistema di comportamento" (la Repubblica 9 agosto 2009). In particolare il papa aveva indicato qualche giorno prima (la Repubblica 5 agosto 2009) nella "dittatura del relativismo" che è una espressione caratteristica della post-modernità, il più grande ostacolo al riaffermarsi di una etica trascendente cosa che, a suo giudizio non può essere procrastinata più a lungo.

Al monito del pontefice ha prontamente replicato Adriano Sofri (la Repubblica 11 agosto 2009) sostenendo la possibilità di una valida etica laica e ribadendo quale valore assoluto e imprescindibile sia per l'uomo di oggi la libertà e il rifiuto di ogni apparato di potere. Ma Vito Mancuso, riflettendo sulle osservazioni di Sofri, si chiede (la Repubblica 13 agosto 2009) se sia veramente possibile un umanesimo ateo che non sia nichilista quanto all'etica il che equivale a chiedersi se è possibile che un singolo possa superare sé stesso e la sua volontà di potenza.

Il dialogo sull'etica rimane attuale e aperto e non sono in pochi con buona pace di Bruno Forte, strenuo e colto sostenitore della tesi pontificia (L'Avvenire 19 agosto 2009), ad essere convinti che una etica immanente sia comunque possibile e da perseguirsi nel rispetto della dignità dell'uomo. Tuttavia, anche se ciò fosse, non è da ritenere altrettanto possibile trovare, all'interno della dimensione umana, un fine ultimo capace di appagare il bisogno imperativo dell'uomo di dare un "senso", un significato profondo e compiuto alla propria esistenza che vada oltre il limite della morte.

Osserva, infatti, Marcello Veneziani (Il Giornale 12 gennaio 2001): "il progetto illuminista prometteva: se ci liberiamo dalla religione avrà fine l'alienazione, l'uomo sarà padrone di sé stesso e finalmente adulto. Ma dopo il vasto e radicale processo di scristianizzazione di liberazione dalla religione e di disincanto, l'alienazione si è ingigantita anziché diminuire e cresce man mano. Ciò perché l'illuminismo (ma anche altre grandi dottrine laiche) escludono aperture ad alcune facoltà costruttive della persona umana come le facoltà religiose, simboliche, mitiche e rituali".

L'uomo, quindi, qualunque cosa si dica, ha nella profondità del suo spirito o della sua mente una forte esigenza di potersi riferire ad un ente trascendente per gestire le proprie incertezze e le proprie angosce nel modo migliore. Ecco perché la lontananza da Dio provoca in lui smarrimento e disagio profondo. Peraltro gli avvenimenti recenti su riportati mostrano praticamente quanto attuale sia e quali ricadute a livello individuale e sociale abbia, nella nostra epoca, il nichilismo.

Il disincanto

La modernità, che come abbiamo detto, aveva perduto il senso della, presenza del divino, lo sostituisce (o tenta di farlo), con le "ideologie" che, Lyotard, chiama "metanarrazioni" (tra queste sono da mettere in risalto oltre che l'illuminismo anche il positivismo e il marxismo). Le metanarrazioni costituiscono uno schema di orientamento unitario per la coscienza degli individui. Esse indicano fini (immanenti) da raggiungere e forniscono motivazioni necessarie per il raggiungimento di questi.

Quella "moderna" è un'epoca caratterizzata da una forte propensione al progresso e le ideologie costituiscono un ottimo stimolo per perseguirlo. Il sistema socio-economico-culturale

di questo periodo storico può definirsi garante, polarizzato, dinamico. Gli individui si sentono rassicurati nell'uniformarsi ad ordini e regolamenti più o meno rigidi che non ammettono trasgressioni e da ideologie che motivano e uniscono. In cambio della libertà l'uomo moderno sembra, apparentemente, appagato da un sistema finalizzato a rassicurarlo. Con l'affermarsi in modo aberrante di alcune metanarrazioni, tuttavia, si realizzano già nella prima decade del '900 le condizioni che porteranno come tragico epilogo alle due guerre mondiali. La seconda di queste in particolare, con i suoi cinquanta milioni di morti, gli eccidi di Hiroshima e Nagasaki e l'orrore dei campi di sterminio nazisti finirà con il rappresentare per la "sicurezza" e per le ideologie che costituivano i pilastri del mondo moderno un vero e proprio terremoto.

Gli eventi inquietanti che hanno caratterizzato il periodo post-bellico (la divisione del mondo in sfere di influenza da parte degli stati militarmente più potenti, la strategia della tensione, lo smembramento della Germania e le rivelazioni sulle nefandezze dello stalinismo, ecc.) e il prevalere sempre più deciso di interessi economici nei confronti dell'etica e della politica, hanno dato, poi, il colpo di grazia a tutte le ideologie e, quindi, alla stessa modernità.

Con la fine delle metanarrazioni l'uomo moderno sente di doversi liberare di tutto quel complesso opprimente che aveva subito sino a quel punto in cambio del sentimento di sicurezza ora infranto. Avverte il peso dell'angoscia legata alla monotonia, al dogmatismo e alla povertà della società delle caserme e delle fabbriche e la rigetta decisamente con un senso di sollievo.

È l'inizio dell'era post-moderna, epoca nella quale come vedremo l'uomo acquista una notevole libertà ma perde i riferimenti che lo avevano garantito nella fase storica precedente.

Vengono infatti a destrutturarsi gli istituti aggreganti della tradizione (famiglia, stato, oratori, ecc.) e si banalizzano i modelli della tradizione stessa (eroe, santo, padre di famiglia esemplare, ecc.). L'uomo post-moderno, quindi, non ha più riferimenti né modelli né ideologie in cui credere e si abbandona all'angoscia del disincanto. Perde la vocazione a socializzare e si arrocca nella sua individualità. La difficoltà di comunicazione, la mancanza di progettualità e di stabilità sono i suoi caratteri distintivi principali.

Tornando alla metafora dello "antico marinaio folle", è come se questo venisse ora a perdere anche i riferimenti ingannevoli, immanenti che si era configurato per attenuare l'angoscia dello smarrimento (la prua e l'albero della sua stessa barca). Ciò lo rende enormemente più incerto, inquieto, ansioso. Non ha più alcun riferimento (reale o illusorio che sia) né al di fuori né all'interno del suo sistema inerziale. È solo e sperduto con la sua barca. Questa è la condizione dell'individuo post-moderno privato prima di un dio e di un'etica universale, e poi anche di regole certe e di ideologie motivanti e rassicuranti.

La scienza e la tecnologia

Oltre che il nichilismo e il disincanto, al disagio dell'uomo, nell'era post moderna, hanno decisamente contribuito anche le trasformazioni subite dalla scienza e soprattutto dalla tecnologia nel periodo post bellico.

La scienza aveva conseguito, nel periodo della tarda modernità, risultati splendidi con conseguenti notevoli entusiasmi. Con la fine del secondo conflitto mondiale, quindi agli esordi dell'era post moderna, tuttavia, sembra quasi che il mondo scientifico attraversi un momento di "stanca". Sensi di colpa per gli effetti tremendi delle atomiche che pur avevano portato alla conclusione del sanguinoso evento bellico? È molto improbabile. Sta di fatto che il mondo della ricerca sembra subire gli effetti di una ventata di pragmatismo che porta gli scienziati ad interrogarsi sulla opportunità di continuare a dedicarsi a studi speculativi.

Notevole sarà, invece, nello stesso periodo, lo sviluppo della tecnologia braccio operativo della scienza. Questa, elaborando e rielaborando di acquisizioni scientifiche precedenti e

stimolando ulteriori ricerche, produrrà infatti, e tuttora continua a produrre, strumenti capaci di allargare a dismisura l'orizzonte dell'uomo. La tecnologia, in una civiltà decisamente orientata al soddisfacimento di bisogni concreti come la tardo-moderna e la post-moderna, manifesta, di fatto, uno sviluppo esplosivo e una vivacità che forse dovremmo definire eccessivi. In effetti la crescita tecnologica ha messo a disposizione dell'uomo post-moderno strumenti capaci di ridurre drasticamente le distanze e i tempi, di ridurre enormemente la fatica umana nelle attività lavorative definite "pesanti", di consentire un facile accesso ad una enorme mole di informazioni, di controllare dettagliatamente e accelerare processi complessi, di incrementare notevolmente la produzione di alimenti consentendone inoltre una lunga conservazione e la distribuzione capillare in aree vastissime e in tempi brevi, di permettere la diagnosi precoce e precisa di numerose patologie, di perfezionare le tecniche chirurgiche aumentandone la radicalità e riducendone decisamente la traumaticità, di rendere più sicuri a vari livelli i mezzi di trasporto, ecc.

Ha quindi, la tecnologia, caratterizzato questa nostra come epoca del benessere, della globalizzazione, della comunicazione, della dematerializzazione (terziario avanzato) e della miniaturizzazione. Tuttavia essa, nel suo evolversi, si è manifestata anche come una delle cause del disagio dell'uomo post moderno. La "colpa" più grave della tecnologia si identifica, forse, con la sua enorme capacità di sviluppo e di diffusione nonché con la straordinaria velocità con la quale rinnova costantemente i suoi prodotti.

Cercherò, con qualche esempio, di chiarire questa affermazione.

I progressi costanti ottenuti nel settore dell'automazione rendono possibile una sempre maggiore riduzione della "fatica umana". Tuttavia, a fronte di questo indiscutibile vantaggio, essi suscitano nell'uomo contemporaneo dei fondati timori come, ad esempio, quello di perdere il posto di lavoro per via dei costanti progressi della robotica e di quel settore della cibernetica che studia i sistemi automatici di controllo dei processi produttivi. Altra preoccupazione che l'evoluzione tecnologica genera negli individui post-moderni è quello di essere inadeguati a gestire tecnologie sempre più avanzate. Queste paure, non prive di fondamento, fanno lievitare, comprensibilmente, la sensazione di incertezza e di ansia che, come abbiamo visto, accompagna costantemente l'uomo contemporaneo. Va ancora considerato che la rapidità con la quale, nella nostra era, i prodotti tecnologici diventano obsoleti induce l'uomo a riflettere, magari a livello subscosciente, sulla loro caducità.

Di fatto la disponibilità di strumenti in continua evoluzione se da una parte ci incuriosisce e ci affascina, dall'altra ci lascia dentro il senso dell'effimero che alimenta la nostra angoscia di post moderni o forse, più genericamente, di uomini.

Umberto Galimberti assegna al tumultuoso espandersi della tecnologia addirittura la responsabilità del "tramonto dell'occidente" (3). "Con la esplosione della tecnologia", dice infatti il filosofo veneziano, "finisce la fiducia che l'Occidente aveva riposto nel progressivo dominio da parte dell'uomo sugli enti della natura, oggi divenuti, al pari dell'uomo stesso, materiali della tecnica. Ma la tecnica non ha alcun fine da raggiungere né alcuno scopo da realizzare, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela verità. La tecnica funziona secondo quelle procedure che, pur nel loro rigore e nella loro efficacia si rivelano incapaci di promuovere un orizzonte di senso". L'uomo occidentale, quindi, nell'era post moderna, non riconosce più la tecnologia come un utensile (chi sa quali mete potremo raggiungere con la tecnologia?). Abbagliato e sconvolto dalla enormi potenzialità manifestate da questa ha, infatti, finito con il "deificarla" ponendosi in condizione subalterna nei suoi confronti (chi sa dove ci porterà questa tecnologia?) e facendole credito, forse, di onnipotenza.

Ma la tecnologia è, e sarà sempre, solo uno strumento condannato all'immanenza e assolutamente incapace di dare un senso a se stessa e all'esistenza umana. Essa, pertanto, non

potrà mai consentire all'uomo di superare la inquietudine e l'incertezza che gli deriva dal nichilismo e dal disincanto.

I timori ancestrali

Abbiamo sin qui ricercato le radici della post modernità e cioè quegli eventi che hanno favorito il suo sorgere dalle ceneri della modernità. Ma non ci siamo limitati a questo. Abbiamo infatti analizzato il ruolo di ciascuno di questi eventi nel determinare il disagio che caratterizza l'era post moderna. A rendere più gravoso questo disagio contribuiscono, anche, dei timori collettivi che, pur se in termini attuali, richiamano le angosce dell'uomo medioevale o, forse, dell'uomo di sempre. Sono questi gli iceberg tra i quali naviga il Titanic che, nella interpretazione di Jacques Attali (4) è una metafora della nostra società. Eccone alcuni esempi:

- La carestia di risorse energetiche.
- Il collasso della economia.
- I cataclismi naturali (i terremoti, gli tsunami, gli uragani, le inondazioni, ecc.).
- Le pandemie (da qualche parte del mondo in modo naturale o provocato può realizzarsi un microbionte particolarmente virulento, patogeno e resistente alle attuali terapia e diffondersi).
- Il disastro nucleare (secondo uno dei due modelli: Hiroshima, Cernobyl).

Questi timori con buona parte dei quali, come abbiamo detto, l'uomo del medioevo si confrontava giornalmente venivano, in quell'epoca, stemperati dalla presenza di Dio.

Nell'uomo post moderno, privo di una solida fede in un ente trascendente, si manifestano, periodicamente, come fonti di incertezza e di angoscia urente e contribuiscono ad accrescere la già consistente condizione di disagio. È il prezzo che quest'uomo deve pagare per l'aver posto la propria libertà individuale al di sopra di ogni altro valore.

Gli individui e la società

La mancanza di un fine ultimo e di un'etica solida conseguenti all'affermazione del nichilismo e il vuoto di ideologie e istituzioni aggreganti generato dal disincanto provocano dunque, come abbiamo visto, la frammentazione della società post moderna in individui pervasi da un profondo senso di incertezza. Per attenuare questa sensazione che li turba essi cercano di affermare la propria identità. Questo tentativo viene, però, antagonizzato dalla azione massificatrice dei "media" resa possibile dalla notevole diffusione delle tecnologie audio-visive e sostenuta da lobbies prive di scrupoli assetate di ricchezza e di potere. Al senso di incertezza primitivo si aggiunge quindi, nell'animo di questi individui, una nuova frustrazione.

Per attenuare questa ulteriore sensazione di disagio, essi si lasciano allettare o, meglio, soggiogare dal rapido rinnovarsi dei prodotti della tecnologia. Ciò li porta, tuttavia, a considerare quanto sia effimero ciò che li circonda e a percepire, quindi, la caducità della loro stessa esistenza. Questa grave condizione di incertezza li porta ad isolarsi sempre di più, li rende incapaci di stabilire relazioni sentimentali stabili e di assumere impegni duraturi.

In questa società il bisogno di "affermazione" e di considerazione si sostituisce a quello di amare ed essere amati. Questa profonda modifica della valorialità favorisce il rapido diffondersi di un atteggiamento narcisistico che porta gli "individui" ad esasperare la cura del corpo e dell'immagine e a perseguire successi effimeri. Ciò fa lievitare l'auto-disistima, l'angoscia,

l'instabilità e la solitudine anche nei pochi "fortunati" che riescono ad affermarsi come "idoli". Questo è il caso, ad esempio, di Michael Jackson e della cantante – sex symbol – Madonna.

La frammentazione, l'incapacità di comunicare e il disimpegno sono, dunque, i caratteri distintivi fondamentali della società post moderna che, opportunamente, il sociologo polacco Zygmunt Bauman, definisce "liquida" (5), cioè priva di valori e strutture aggreganti e incapace di relazioni interindividuali realmente coinvolgenti.

In questa società "liquida" la crisi dell'etica ha ricadute più o meno pesanti in tutti i settori: da quello politico a quello della giustizia, da quello dello sport a quello dell'istruzione, da quello della sanità a quello dello spettacolo, ecc.

Economia e stili di vita

Ma è forse nel settore economico-imprenditoriale che la carenza di valori etici fa sentire maggiormente i suoi effetti. Molte lobby, infatti, interpretano la globalizzazione come una estensione dei mercati a fine di profitto e come possibilità di ridurre i costi di produzione trasferendo le loro attività laddove il costo della manodopera è minore e i controlli delle condizioni di sicurezza inesistenti. Ciò comporta, evidentemente, lo sfruttamento della "nuova" manodopera e il crollo della occupazione nei paesi industrializzati con notevoli disagi per l'economia di questi. A ciò si aggiunge l'uso spregiudicato degli strumenti finanziari che fa accumulare a pochi operatori economici, immorali quanto abili, immense ricchezze in denaro che non ha un corrispettivo nella produzione di beni e servizi reali. Questo favorisce il manifestarsi periodico di devastanti crisi dell'economia globale, in gran parte pilotate dagli stessi signori della "accumulazione inflazionistica", arbitri assoluti dell'andamento dei mercati e del destino di intere popolazioni.

Caratteristica della società post moderna, oltre l'incertezza e l'angoscia, è "la fretta" in qualche modo correlata con il sovvertimento della valorialità e le difficoltà relazionali alle quali abbiamo più volte fatto riferimento nei paragrafi precedenti.

In questo nostro tempo, i vecchi "caffè", simboli di un'epoca nella quale l'ansia del "nulla" non si era ancora affermata sul piacere di un sano "ozio ristorante", si sono evoluti nei "bar" (da banco - in contrapposizione ai tavolini dei caffè) dove, gente frettolosa, consuma rapidamente e in piedi un "caffè da farmacia" scambiando, al più, solo qualche informazione incolore con l'occasionale compagno di "banco" (6).

Le trattorie con le loro tovaglie a quadri, le brocche di buon vino e i piatti fumanti serviti da camerieri ricchi della simpatia dei loro modi e dei loro dialetti, hanno ceduto il posto alle grandi catene di ristoranti dove, al banco – simbolo consacrato della fretta – un "banconista" dai modi impersonali distribuisce, in contenitori di carta, dei *fast food* (letteralmente: cibo veloce).

Si tratta di alimenti ipercalorici di dubbio gusto che sono spesso caratterizzati da una abbondanza di grassi e che, per le loro caratteristiche organolettiche e nutrizionali, vengono definiti, in molti casi non a torto, *junk food* (letteralmente: cibo spazzatura).

Il "pasto frettoloso" viene regolarmente inaffiato con dei "soft drink" (bevande dolci in contrapposizione all'alcool) ricchi di sali, zuccheri, coloranti e conservanti non certo salubri.

L'angoscia e l'incertezza, le difficoltà relazionali, il prevalere di interessi economici sulla salute e sulla vita, il bombardamento mediatico intenso e contraddittorio improntano, dunque, pesantemente lo stile di vita e le abitudini alimentari dell'individuo post moderno e finiscono quindi con avere, sul corpo di questi una pesante ricaduta, sia sul piano estetico che su quello funzionale, con conseguenze più o meno gravi sulla qualità e la quantità della vita. (7)

Anche i bambini, in questa nostra epoca, seduti per ore davanti al televisore, forse in attesa di una carezza o di un segno di amore vero che non arriva, hanno finito con lo stemperare il loro

disagio consumando ogni tipo di snack e soft drink, che la stessa TV propone loro ossessivamente persino nelle pause di programmi di divulgazione sanitaria che demonizzano il sovrappeso.

Il sovrappeso e l'obesità, pertanto, nei giovanissimi e negli adolescenti dei paesi occidentali industrializzati – per via degli snack ma, più ancora per lo stile di vita nel suo complesso e, al di sopra di questo, per la condizione di disagio affettivo che li affligge – presentano una diffusione notevole e in costante crescita (8, 9). Questa condizione, in una buona percentuale di casi perdura nell'età adulta, e predispone i giovani divenuti adulti ad un elevato rischio di malattie cardiovascolari e ad un rischio considerevole di neoplasie.

Il corpo

Nell'era post-moderna, nonostante quanto abbiamo detto sopra, al corpo viene riservata una attenzione particolare. Esso è una realtà che connota l'individuo ed ha un ruolo importante nelle relazioni sociali come insostituibile strumento comunicazione e di fascinazione. Poiché un corpo bello ed efficiente facilita il raggiungimento del successo e sembra esorcizzare, almeno in apparenza, lo spauracchio della solitudine esso è sottoposto a vari tipi di cura che vanno dalla cosmesi al fitness sino a vari gradi di chirurgia estetica. Questa pratica, non sempre innocua, è spesso abusata con risultati a volte devastanti altre, ed è il caso del mitico Michael Jackson, addirittura sconvolgenti. Sulla biografia del re del pop, credo che sia qui il caso di soffermarci, sia pur brevemente, per verificare come il successo, la ricchezza, la libertà e la stessa bellezza non siano sufficienti a compensare il disagio dell'uomo post moderno. Disagio che coinvolge in modo drammatico il rapporto dell'individuo con il proprio corpo.

Mi avvarrò, per essere più efficace, di alcuni periodi tratti da una interessante biografia di Jackson pubblicata nel 2009 dal rabbino Shmuley Boteach amico e confidente di Michael (10).

“Naturalmente, non va dimenticata quella sua incessante mania della chirurgia plastica. Quanto si può arrivare ad odiarsi, ci chiediamo, per distruggere così la propria faccia? Ma – commenta Boteach – la stessa domanda può essere fatta a milioni di americani, soprattutto donne, che hanno una immagine di sé estremamente riduttiva, che sono pronti a morire di fame e a sottoporsi a trattamenti estetici estremi – compreso infilarsi un ago nella fronte – per ritrovare la bellezza e la gioventù perdute.”

E ancora: “Insomma, amici miei, ci siamo fissati su Michael Jackson perché è sempre stato una versione molto estrema di noi stessi e nella sua breve vita ha concentrato una sintesi esagerata di tutte le stranezze e dissolutezze di una cultura che antepone l'attenzione all'amore, i fan alla famiglia, il corpo allo spirito, i medicinali sedativi alla vera pace interiore e l'indulgenza materialistica all'illuminazione dello spirito. Forse l'unica ragione per la quale non siamo divenuti tutti strani o guasti come Michael Jackson risiede nel fatto che ci mancano il suo talento e le risorse per fare tutto ciò che lui faceva. Ed è proprio in ciò che risiede la lezione morale. Dove va Michael, va anche il resto di noi. La nostra ossessione a proposito di Michael è sempre stata egoistica. Era il punto focale verso il quale noi stessi eravamo orientati, la direzione in cui la nostra cultura e i nostri interessi ci stavano conducendo”.

Il rapporto dell'uomo post moderno con il proprio corpo è dunque complesso e contraddittorio: il corpo è odiato ma, nello stesso tempo è oggetto di cure, di attenzioni. Il corpo è curato ma viene richiesto di prestazioni che superano le sue reali possibilità.

Alcuni individui, infatti, cercano di compensare la loro fragilità psichica spingendo le prestazioni del loro corpo oltre i limiti “naturali. Cercano disperatamente nell'affermazione ciò che non riescono a trovare altrove. È il caso degli sportivi più o meno noti che, pur consapevoli dei rischi ai quali vanno incontro, non esitano ad imbottirsi di additivi alimentari potenzialmente nocivi e di ogni

genere di farmaci stimolanti incuranti del monito che proviene, ad esempio, dalla tragica fine del grande e fragilissimo Marco Pantani.

Ma il bisogno di affermazione non si manifesta solo negli artisti e negli atleti. Esso, in questa epoca, è diffusissimo e si manifesta persino nelle alcove.

L'atto sessuale che nel passato era espressione di passione, armonia ed eros si è infatti trasformato, negli ultimi decenni, in un evento agonistico che implica una affermazione. Viene praticato con l'aiuto di farmaci – siamo nell'era del "Viagra" – e di ogni genere di presidi stimolanti. Non è più finalizzato ad un godimento armonioso di coppia ma solo al bisogno narcisistico e sterile di affermarsi sul partner inducendo in questi l'orgasmo.

Da quanto abbiamo detto e riportato nelle righe precedenti emerge che sia la cura eccessiva del corpo che il pretendere da questo prestazioni impossibili o innaturali sono da considerare manifestazioni del disagio che caratterizza questo nostro tempo nel quale, come abbiamo visto, la mancanza di fini ultimi e di valori profondi e aggreganti uniti alle ricadute negative del tumultuoso affermarsi della tecnologia favorisce l'individualismo e il culto dell'effimero e con essi... l'angoscia.

Una conclusione

A conclusione di questa carrellata necessariamente incompleta e forse disarmonica sul disagio dell'uomo nell'era post moderna credo sia utile ricordare che la post modernità presenta i caratteri di una epoca di transizione e quindi... passerà.

Conviene quindi vivere quelli che crediamo saranno gli ultimi anni di questa era facendo nostra la saggezza partenopea implicita nella espressione: "ha da passa' 'a nuttata".

Papa Giovanni Paolo II, dopo aver avuto prova del forte bisogno dei giovani di recuperare dei valori essenziali magari a scapito di una libertà eccessiva, ci salutò dicendo: "Vi lascio la speranza".

Augurio? Presagio? Profezia? Vedremo.

Anche Jacques Attali, attento osservatore e analista della realtà attuale, nel suo "Breve Storia del Futuro" conclude profetizzando un mondo migliore (11). Un mondo realizzato da uomini ai quali la sofferenza, la consapevolezza degli errori del passato e il bisogno di sopravvivere avranno insegnato molte cose.

Mi auguro, per diversi motivi, di essere anch'io tra questi.

Bibliografia

1. Lyotard JF. *La condizione post moderna*. Roma: Feltrinelli; 2000.
2. Nietzsche F. *La Gaia Scienza ed Idillii di Messina*. Milano: Piccola Biblioteca Adelphi; 1977.
3. Galimberti U. *Il Tramonto dell'Occidente*. Roma: Feltrinelli; 2005.
4. Attali J. *Le Titanic, le mondial et nous*. Le Monde del 3 luglio 1998.
5. Bauman Z. *Modernità liquida*. Bari: Laterza; 2007.
6. Niola M. Vite veloci al banco del bar. *La Repubblica* 28 settembre 2008.
7. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, *et al*. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005;352(11):1138-45.
8. Caserta CA, Pendino GM, Alicante S, Amante A, Amato F, Fiorillo M, *et al*. Body mass index, cardiovascular risk factors, and carotid intima-media thickness in a pediatric population in southern Italy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51(2):216-20.

9. Caserta CA, Pendino GM, Amante A, Vacalebre C, Fiorillo MT, Surace P, *et al.* Cardiovascular risk factors, nonalcoholic fatty liver disease, and carotid artery intima-media thickness in an adolescent population in southern Italy. *Am J Epidemiol* 2010;171(11):1195-202.
10. Boteach S. *Il libro che Michael Jackson avrebbe voluto farti leggere*. Traduzione di D. Di Falco, S. Di Natale, R. Lanzi. Roma: Newton Compton Editori; 2009.
11. Attali J. *Breve storia del futuro*. Roma: Fazi; 2007.

Per gli autori dei testi sottoelencati sento una profonda riconoscenza. Dai loro scritti ho tratto molti suggerimenti per la stesura di questa relazione. A loro spetta quindi quanto di valido sarò riuscito a esprimere in essa, a me... il rimanente (che mi auguro sia esiguo).

- Bauman Z. *Il disagio della post modernità*. Roma: Bruno Mondadori Economica; 2002.
- Bauman Z. *L'etica in un mondo di consumatori*. Bari: Laterza; 2010.
- Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Bologna: Il Mulino; 1999.
- Bauman Z. *La solitudine del cittadino globale*. Roma: Feltrinelli Univ. Econ.; 2009
- Bauman Z. *Modernità ed ambivalenza*. Torino: Bollati Boringhieri; 2010.
- Bauman Z. *Vite di corsa*. Bologna: Il Mulino; 2009.
- Carrabeta C. *Corpo forte e pensiero debole*. Roma: Franco Angeli; 2007.
- D'Andrea F. *Il corpo a più dimensioni*. Roma: Franco Angeli; 2005.
- Fabbris G. *La società post crescita* Milano: Egea; 2010.
- Galimberti U. *La morte dell'agire ed il primato del fare nell'età della tecnica*. Milano: AlboVersorio; 2008.
- Galimberti U. *I miti del nostro tempo* Roma: Feltrinelli Serie Bianca; II ed. 2009.
- Giddens A. *Le conseguenze della modernità*. Bologna: Il Mulino; 1994.
- Giddens A. *Il Mondo che Cambia*. Bologna: Il Mulino; 2000.
- Hobsbawm EJ. *Il secolo Breve* Milano: BUR Saggi; III edizione 2000.
- Latouche S. *La scommessa della decrescita*. Roma: Feltrinelli; 2009.
- Latouche S. *La fine del sogno occidentale*. Milano: Elèuthera; II ed. 2010
- Liotard JF. *La condizione post moderna*. Roma: Feltrinelli; 2008.
- Russo MT *Corpo, salute e cura*. Roma: Rubbettino; 2004.
- Semerari F. *Indifferenza post moderna*. Milano: Guerini ed Associati; 2009.

STILI DI VITA E MALATTIA

Carmine Zoccali, Marianna Bellantoni
Azienda Ospedaliera Reggio Calabria

Il rapporto tra stili di vita e malattia è una delle più complesse questioni che si propongono alla moderna indagine epidemiologica. Per introdurre il tema riassumerò in breve i cardini della logica dell'indagine scientifica. Nella ricerca scientifica la domanda è fondamentale. In generale i problemi bio-medici sono domande complesse. Per dare una risposta, noi possiamo tentare di definire il problema dividendolo in una serie di piccoli problemi. In altre parole possiamo formulare una serie di domande le cui risposte andranno a comporre una soluzione articolata al problema originale. Un approccio radicalmente diverso è quello di inserire la domanda in una rete complessa di domande. Questo secondo approccio affronta la complessità nella sua interezza in quanto parte dalla considerazione che le risposte biologiche dipendono da sistemi strettamente interconnessi e ritiene inadeguato il tentativo di spiegare i fenomeni solo attraverso analisi funzionali delle singole componenti o dei singoli sistemi. Il controllo dell'ipertensione e le malattie pro-ipertensive costituiscono un esempio paradigmatico al riguardo. Storicamente su questo terreno si sono scontrate scuole di pensiero e ricercatori tra i più creativi e produttivi. Irving Page (1) e Arthur Guyton (2), due dei fondatori della moderna ricerca sull'ipertensione, dibatterono accesamente le loro idee negli anni '60-'70 e per certi versi il loro dibattito non si è ancora spento.

Irving Page spiegò il controllo della pressione arteriosa e l'ipertensione con la teoria del mosaico. Il suo approccio era quello classico del riduzionismo, una linea di pensiero che risale a Descartes. Il tutto è la somma delle parti. Analizzando le singole componenti di un sistema complesso come è il controllo della pressione arteriosa e quindi combinando queste conoscenze in una teoria generale, Page fornì un quadro di riferimento per i fisiologi e ricercatori clinici che si occuparono del problema negli anni '60-'70. Page riteneva che conoscendo a fondo le azioni dei singoli fattori che influenzano la pressione arteriosa e combinando queste conoscenze parcellari, si può capire la fisiologia del controllo della pressione arteriosa e comprendere le condizioni patologiche ove questo controllo è disturbato. L'approccio di Guyton era radicalmente diverso. Per Guyton la complessità del controllo pressorio è un fatto irriducibile. Solo creando modelli complessi nei quali i singoli fattori sono meri nodi del sistema e perturbando il sistema con interventi sperimentali a vari livelli si possono ottenere risposte valide ed esaustive per interpretare la fisiologia cardiovascolare, l'ipertensione e le malattie cardiovascolari. Guyton è uno dei fondatori della *system analysis*, un approccio le cui potenzialità sono emerse anche in altre aree di ricerca bio-medica, particolarmente dopo lo sviluppo delle moderne tecniche di analisi estensiva e simultanea di metaboliti (metabolomica e metabolonomica) (3).

L'approccio riduzionistico e sistemico in epidemiologia

La medicina clinica e le scienze associate studiano l'individuo, sia come soggetto in cui prevenire la malattia sia come individuo malato, il paziente. L'epidemiologia ha come oggetto la popolazione piuttosto che l'individuo. Nonostante le differenze sostanziali di queste due discipline, il problema dell'approccio all'indagine scientifica nella medicina clinica e

nell'epidemiologia ha un comune substrato. Anche l'epidemiologia ha a lungo applicato un approccio riduzionistico allo studio delle malattie a livello di popolazione mentre ora con crescente frequenza adotta un approccio sistemico.

L'approccio riduzionistico alle malattie umane e alla loro diffusione nella popolazione ha come premessa che le malattie sono entità separate e che non ci sia un rapporto forte ed evidente tra le patologie infettive (malattie trasmissibili), le neoplasie e le altre malattie croniche come le malattie cardiovascolari e l'insufficienza renale. L'approccio sistemico parte invece dalla premessa che le malattie non possono essere considerate entità separate e che la loro diffusione geografica e i relativi trend storici possono essere spiegati solo considerandole come entità collegate. In altre parole, la diffusione o il declino di una particolare malattia può essere compresa solo se si guarda ai modelli evolutivi sincronici e diacronici delle altre malattie, piuttosto che al pattern della singola malattia.

Il fondatore dell'approccio sistemico applicato all'epidemiologia è stato un investigatore arabo, Abdel Omran. Omran all'inizio degli anni '70 pubblicò un lavoro che proponeva un cambiamento radicale di prospettiva all'indagine epidemiologica *The Epidemiologic Transition: A Theory of the epidemiology of population change* (4). Il lavoro ebbe inizialmente poco successo: nei 3 decenni successivi totalizzò meno di 23 citazioni fino quando nel 2004 un epidemiologo di Pittsburg, Ronald LaPorte, focalizzò l'attenzione sulla novità dell'approccio di Omran e sulle grandi potenzialità che questo nuovo modo di guardare alle malattie poteva avere per la ricerca epidemiologica. L'esegeta (LaPorte) ebbe più successo dell'autore e la teoria di Omran si diffuse rapidamente, specialmente dopo che il lavoro originale del 1971 fu ripubblicato nel 2005 nella stessa rivista ove era stato pubblicato per la prima volta. Sulla base delle conoscenze circa la storia dell'ascesa e il declino delle malattie, Omran propose un approccio sistemico ai problemi epidemiologici. L'interpretazione sistemica ha consentito una re-interpretazione della diffusione delle malattie nel genere umano. L'attesa di vita dell'uomo del paleolitico era di circa 25 anni e negli anni della nascita di Cristo si presume che essa fosse ancora non superiore ai 30 anni. Gli accidenti naturali, le guerre, le carestie e le malattie infettive erano le principali cause della breve sopravvivenza. La peste, la tubercolosi e altre malattie infettive decimavano la popolazione. A partire dal 1400, la durata della vita ha cominciato molto gradualmente ad allungarsi. Il miglioramento è stato comunque contenuto, da 25 anni circa a 40 anni circa fino alla fine del XIX secolo. Nel XVIII secolo la varicella determinava una mortalità del 25% nella popolazione infantile. Ancora alla fine del XIX secolo la durata di vita dei paesi del mondo occidentale economicamente più sviluppati non superava i 45-50 anni. Nel XX secolo la graduale diffusione dell'igiene pubblica e la maggior ricchezza determinarono un cambiamento profondo dello stato di salute delle popolazioni occidentali. La crescita economica ha reso possibile un accesso al cibo virtualmente illimitato e la ricerca scientifica ha messo a disposizione un armamentario largo e articolato di agenti anti-microbici. Questo ha determinato la scomparsa quasi completa della malnutrizione e delle malattie infettive e della mortalità associata. In solo un secolo, dal 1900 al 2000 la durata media della vita ha subito un aumento del 50% passando da 50 anni a 75 anni, un risultato epocale che non ha precedenti nella storia dell'umanità. Tuttavia il raggiungimento di questo obiettivo ha avuto un prezzo: l'ascesa dell'obesità e delle malattie associate, dall'ipertensione al diabete all'ipercolesterolemia. Nel frattempo nel XX secolo si è diffusa l'abitudine al fumo di sigaretta, il più pesante fattore ambientale attualmente implicato nel rischio di morte della popolazione. Nel XX secolo è avvenuta una transizione epidemiologica. La transizione epidemiologica ha cambiato non solo la durata della vita, ma anche il fenotipo degli esseri umani, dal fenotipo magro e pallido, dei primi anni del XIX secolo al fenotipo obeso del 20° secolo e questo ha determinato l'ascesa delle malattie cardiovascolari.

Il sovrappeso e l'obesità stanno alla base di un cluster di fattori di rischio mortali. Le cifre dell'epidemia sono preoccupanti specialmente quando si proiettano su scala mondiale. Si può stimare che il numero di individui in sovrappeso o obesi ammonti a 1,6 miliardi e questo numero è destinato ad aumentare sino a 2,5 miliardi nel 2030. Alla fine del XX secolo i soggetti ipertesi nel mondo erano 1,6 miliardi e le attuali proiezioni conducono a una stima di 2,5 miliardi nel 2030. Il diabete, uno dei fattori di rischio più devastanti per le malattie cardiovascolari e renali, non è da meno. Nel 1994, vi erano 120 milioni di diabetici in tutto il mondo. Questa cifra è raddoppiata nel 2010, in soli 16 anni, un incremento che desta estrema preoccupazione.

Il concetto di epidemia applicato alle malattie croniche non trasmissibili

Il concetto di epidemia è intimamente connesso alla diffusione delle malattie trasmissibili, le malattie infettive. Si definisce epidemia una diffusione di una malattia quando i nuovi casi, in un certo periodo temporale e in certo contesto geografico, hanno una frequenza molto superiore a quella attesa. Il concetto di epidemia è stato recentemente esteso anche alle malattie croniche non trasmissibili come il cancro e le malattie cardiovascolari. A questo riguardo, per quanto attiene le malattie infettive (trasmissibili) è intrinseco allo studio delle epidemie l'analisi accurata dei contatti sociali. L'analisi dei contatti sociali chiarisce le modalità di trasmissione della malattia e propone soluzioni per interrompere la diffusione della malattia stessa.

Recentemente lo studio dei contatti sociali è stato applicato anche ai fattori di rischio delle malattie non trasmissibili. Queste analisi innovative hanno svelato insospettite similitudini tra la diffusione delle malattie trasmissibili e le malattie (cosiddette) non trasmissibili. Recenti evidenze fornite dai ricercatori dell'università di Harvard sulla popolazione di Framingham dimostrano che questa malattia / fattore di rischio si diffonde tramite i contatti inter-personali (5). In questo studio che indaga la dinamica della diffusione dell'obesità nella rete sociale di Framingham, gli individui sono stati classificati in base alla loro distanza sociale. La distanza sociale tra coniugi o tra coniugi e figli è la distanza sociale minima o unitaria. Gli amici e le frequentazioni sociali più strette hanno la stessa distanza mentre gli amici degli amici hanno una distanza 2 e la distanza sociale diventa gradualmente maggiore man mano che la probabilità di contatto si riducono. Tra persone con probabilità di contatto molto remota la distanza sociale a Framingham assumeva un valore massimo di 7 (Figura 1).

Sulla base di questa classificazione la probabilità di diventare obeso è stata calcolata a seconda della distanza dalla persona obesa di riferimento. A Framingham, la probabilità di essere obeso quando un familiare o un amico stretto era obeso (distanza sociale 1) era nettamente aumentata (+65%) mentre si riduceva sempre più all'aumentare della distanza sociale dalla persona obesa. L'analisi dei trend temporali dell'obesità a Framingham nelle coorti studiate tra il 1975 e il 2000 mostrava chiaramente come l'obesità da condizione rara nel 1975 era gradualmente divenuta una condizione dominante nella popolazione di quella città. Data la stabilità dei nuclei familiari di Framingham, il fenomeno che suggerisce che i fattori ambientali hanno avuto un peso determinante nella diffusione della malattia. Quindi, il rischio di obesità – un fattore modificabile – è profondamente influenzato dai contatti sociali. Questa scoperta suggerisce che, oltre a interventi educativi indirizzati al singolo paziente, sono necessari interventi sociali su larga scala per contrastare questo fattore di rischio epidemico per le malattie cardiovascolari e per molte altre malattie dal cancro, all'insufficienza renale.

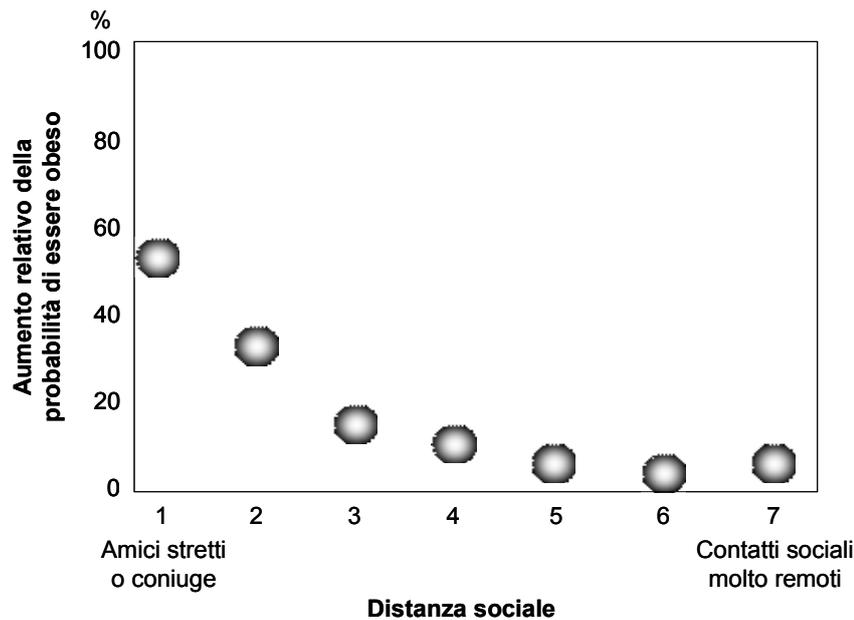


Figura 1. Probabilità dell'obesità in rapporto ai contatti sociali nella popolazione di Framingham

Non solo l'obesità, ma anche l'abitudine al fumo è un fenomeno epidemico, questa volta con tendenze temporali opposte a quelle dell'obesità. Gli stessi ricercatori che avevano già indagato l'obesità a Framingham, nell'analizzare l'abitudine al fumo hanno non solo confermato il ben noto declino del fumo nella popolazione ma anche messo in evidenza che nelle analisi sincroniche la probabilità di essere fumatore è marcatamente influenzata dai contatti sociali più stretti: bassa se i contatti più stretti non fumano e molto alta se questi contatti sono fumatori (6). La documentazione di questo fenomeno concorda con l'esperienza dei medici impegnati a far interrompere il fumo ai loro pazienti. La probabilità di successo è bassa se il fumo è radicato tra i familiari mentre è alta se i familiari e le frequentazioni più strette sono composte da non fumatori. Il declino del fumo è uno dei successi più rimarchevoli degli interventi di salute pubblica. Negli USA il primo divieto al fumo nei locali pubblici è stato stabilito in California nel 1990 e da lì si è diffuso in tutti gli stati dell'unione. Le ospedalizzazioni per eventi coronarici nelle prime città americane che introdussero la proibizione del fumo si ridussero dal 25% al 40%. Una recente indagine negli ospedali romani successiva all'applicazione del decreto Sirchia (7), ha mostrato che l'abolizione del fumo nei locali pubblici in Italia si è associata, nella fascia di età compresa tra 35 e 64 anni, a una sensibile flessione delle ospedalizzazioni per eventi coronarici (-11%). Su scala nazionale è stimabile che la proibizione del fumo abbia salvato decine di migliaia di italiani dalla morte e dalle gravi disabilità connesse agli eventi coronarici.

Quali politiche sanitarie per frenare l'epidemia di obesità?

L'obesità in età pediatrica è un problema ancor più serio che nell'età adulta perché una più lunga esposizione all'eccesso ponderale può, almeno in parte, far perdere alle generazioni più giovani il guadagno di attesa di vita che l'attuale popolazione adulta ha avuto rispetto alle generazioni precedenti. Per questo motivo, in Gran Bretagna è già stato vietato l'uso e la distribuzione del "cibo spazzatura" (*junk food*) nelle scuole. Per limitare i danni non solo calorici ma anche direttamente tossici di alcuni grassi, nei ristoranti di New York è stato vietato l'uso dei condimenti che contengono oli parzialmente idrogenati (<http://www.msnbc.msn.com/id/16051436/>; ultima consultazione 15/11/11). Nello stato del Mississippi è stata approvata una legge che vieta ai ristoranti di ammettere gli individui obesi (http://www.consumeraffairs.com/news04/2008/02/ms_fat.html; ultima consultazione 15/11/11), il che ha comprensibilmente causato vibrante proteste da parte della popolazione obesa e dei ristoratori.

L'obesità è una delle epidemie più difficili da controllare (8) perché, a tutte le latitudini e per millenni, l'accesso illimitato al cibo è stato un desiderio inappagato degli esseri umani. Nel medio e lungo termine solo ben congegnate campagne di educazione della popolazione, estese a tutte le fasce di età e potenziate dal sostegno di tutti i media, dalla televisione alla stampa quotidiana e al flusso informativo che va su Internet, potranno consentire concreti risultati e avviare il controllo dell'epidemia.

Bibliografia

1. Page IH. The mosaic theory of arterial hypertension: its interpretation. *Perspect Biol Med* 1967;10:325-33.
2. Guyton AC, Coleman TG. Quantitative analysis of the pathophysiology of hypertension. *Circ Res* 1969;24(5 Suppl):1-19.
3. Wheelock CE, Wheelock AM, Kawashima S, Diez D, Kanehisa M, van Erk M, Kleemann R, Haeggström JZ, Goto S. Systems biology approaches and pathway tools for investigating cardiovascular disease. *Mol Biosyst* 2009;5:588-602.
4. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49:509-38.
5. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
6. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.
7. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008;117:1183-8.
8. Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. *JAMA* 2010;303:275-6.

TREND DELL'OBESITÀ NELLA POPOLAZIONE ADULTA ITALIANA

Luigi Palmieri, Chiara Donfrancesco, Simona Giampaoli

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

L'obesità è la conseguenza di un bilancio energetico positivo: l'aumento dell'obesità registrato negli ultimi anni è dovuto ad una maggiore disponibilità di alimenti e alla riduzione dell'attività fisica, in particolare di quella lavorativa che ha visto l'incremento di comportamenti sedentari dovuti all'alta meccanizzazione. Il primo passo per la pianificazione di interventi di prevenzione primaria è la valutazione del problema che si vuole affrontare sia in termini assoluti (proporzione di popolazione interessata) sia in termini di distribuzione per sesso, età e livello socio-economico. I risultati di indagini recenti confermano l'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione italiana di età media. In un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, è risultato che in Italia il 18% degli uomini e il 22% delle donne di età media (35-74 anni) sono obesi e tale prevalenza varia in modo significativo passando da Nord a Sud; inoltre più del 42% della popolazione italiana di età 35-74 anni è nella condizione di sovrappeso (1). Frequenze e distribuzioni simili si riscontrano anche per la sindrome dismetabolica.

Negli ultimi decenni la prevalenza di obesità è cresciuta in modo drammatico, causando un aumento marcato del carico globale delle malattie e una particolare attenzione da parte degli organismi di salute pubblica nazionali e internazionali (2-7). Un recente Rapporto della Commissione Europea indica che più di un milione di decessi l'anno e circa il 7% dei costi sanitari sono attribuibili all'obesità nella Regione Europea, con l'indicazione che i costi indiretti possano addirittura quadruplicare queste stime (3). Inoltre la perdita di DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*) attribuibili all'obesità è stimata essere circa il 3,7%. Dati confrontabili su abitudini alimentari non salutari, inattività fisica e fumo sono rispettivamente 4,5%, 1,4%, 9%. La prevenzione / riduzione di obesità e sovrappeso è raggiungibile attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dell'attività fisica. È stato stimato che un programma completo contro l'obesità potrebbe permettere di ottenere un guadagno del 9,6% in DALYs (3). Nei paesi mediterranei l'aumento dell'indice di massa corporea (IMC) medio della popolazione, e l'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità, specialmente nelle donne, sono diventati una emergenza epidemiologica (1, 8, 9). Questo fenomeno diffuso può pregiudicare ciò che è stato descritto come il vantaggio mediterraneo in relazione all'occorrenza delle malattie coronariche e in generale delle malattie croniche (10-12). Nei paesi europei dell'area mediterranea l'epidemia di obesità va di pari passo con un più lento declino dei tassi delle malattie cardiovascolari in confronto con altri paesi europei economicamente sviluppati (13).

Nel 2008, nell'ambito del Progetto CUORE, è stata riattivata l'attività di esame della popolazione adulta sull'intero territorio nazionale nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Le informazioni raccolte sullo stile di vita e le misure effettuate permetteranno di valutare l'andamento dei fattori di rischio, delle condizioni a rischio e delle malattie cardiovascolari, confrontandole con l'indagine simile condotta tra il 1998 e il 2002.

Questa relazione riguarda l'andamento nel tempo dell'indice di massa corporea nella popolazione adulta italiana attraverso il confronto dei dati raccolti nell'ambito di tre studi trasversali quali lo studio RIFLE (*Risk Factor and Life Expectancy*) (14) condotto tra la fine

degli anni '70 e gli anni '80, l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) condotto tra il 1998 e il 2002 (1), e la nuova edizione dell'OEC iniziato nel 2008.

I tre studi da cui sono tratti i dati riportati in questa relazione sono:

- lo studio RIFLE, che ha permesso di raccogliere dati con metodologie standardizzate riguardanti i principali fattori di rischio cardiovascolare su circa 70.000 uomini e donne di età 20-69 anni in campioni casuali di popolazione adulta arruolata in modo random in quasi tutte le regioni italiane tra la fine degli anni '70 e gli anni '80 (14);
- l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, nell'ambito del Progetto CUORE, che ha permesso di misurare e raccogliere con metodologie standardizzate i fattori di rischio tra il 1998 e il 2002 su un campione di circa 10.000 uomini e donne di età 35-74 anni arruolati in modo casuale sulla popolazione residente in 53 centri distribuiti su tutte le regioni italiane (circa 220 uomini e donne ogni milione e mezzo di abitanti) (1);
- la seconda edizione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, sempre nell'ambito del Progetto CUORE e tuttora in corso, misura e raccoglie i fattori di rischio, con le stesse metodologie standardizzate utilizzate nella precedente edizione, sempre su un campione di circa 10.000 uomini e donne di età 35-79 anni arruolati in modo casuale sulla popolazione residente in 20 centri selezionati in tutte le regioni italiane (un centro per ogni regione; 220 persone ogni milione e mezzo di abitanti; nelle regioni con popolazione inferiore vengono comunque arruolate 220 persone). Lo studio è iniziato nel 2008 e i dati utilizzati in questo lavoro riguardano i dati raccolti nelle prime 7 regioni esaminate: Friuli Venezia Giulia, Molise, Sicilia, Emilia Romagna, Calabria, Basilicata, Sardegna per un totale di circa 2500 uomini e donne. Le informazioni raccolte riguardano lo stile di vita (abitudine al fumo, alimentazione, attività fisica e consumo di farmaci) e misure (pressione arteriosa, misure antropometriche, ECG, spirometria, densitometria ossea, quadro ematochimico lipidico e glucidico, concentrazione del sodio nelle urine delle 24 ore). L'indagine è uno studio del tipo *Health Examination Survey* condotto seguendo le indicazioni e le standardizzazioni raccomandate dall'Unione Europea, in modo che i dati raccolti possano essere forniti all'OMS, all'EUROSTAT, all'OECD che periodicamente li richiedono ai governi.

Per un maggior dettaglio sulle metodologie utilizzate nei rispettivi studi, si riporta alle bibliografie specifiche.

Per i primi due studi il tasso di partecipazione è stato superiore al 50%; nella seconda edizione dell'OEC, nei primi sette centri considerati, il tasso di partecipazione è stato pari al 62%.

I dati riportati in questa relazione derivano da esami di popolazione condotti con metodologie standardizzate e quindi confrontabili e non sono autoriportati attraverso interviste.

Per i primi due studi il confronto riguarda circa 53.000 persone dello studio RIFLE e oltre 7.000 persone dell'OEC, uomini e donne con le fasce di età in comune, 35-64 anni. Per il confronto invece tra la prima e la seconda edizione dell'OEC è stato possibile estendere il confronto alla fascia di età 35-74 anni utilizzando i dati di circa 10.000 uomini e donne del primo OEC e circa 2.000 uomini e donne della seconda edizione dell'OEC disponibili a oggi.

I fattori di rischio presi in considerazione in questa relazione sono pressione arteriosa sistolica e diastolica, colesterolemia totale e HDL, glicemia, diabete, indice di massa corporea e abitudine al fumo.

Nella Tabella 1 sono riportati i valori medi dei principali fattori di rischio e le prevalenze delle condizioni a rischio cardiovascolare standardizzati per età dello studio RIFLE e del primo studio OEC; sono inoltre riportate le indicazioni di variazione dei fattori tra i due studi.

Tra gli anni '80 e la fine degli anni '90, la pressione arteriosa sistolica e diastolica, ognuna calcolata come media di due misurazioni successive ottenute con la stessa metodologia in entrambi gli studi (sfigmomanometro a mercurio, al braccio destro), sembrano ridursi in media

sia negli uomini sia nelle donne mentre aumenta la prevalenza di ipertesi negli uomini, segno anche di un miglior controllo tramite la terapia.

Tabella 1. Studio RIFLE (*Risk Factors and Life Expectancy*) (primi anni '80) e Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (1998-2002): variazione dei fattori di rischio e delle condizioni a rischio; confronto per i gruppi di età corrispondenti nei due studi (35-64 anni)

Fattori di rischio	Uomini			Donne		
	RIFLE	OEC	Sig.	RIFLE	OEC	Sig.
Pressione Arteriosa						
Pressione Arteriosa Sistolica (mmHg)	135,4	132,7	Si ↓	135,8	128	Si ↓
Pressione Arteriosa Diastolica (mmHg)	85,7	85,8	No	84,7	81,4	Si ↓
Iperensione ^{oo}	27,0%	29,0%	Si ↑	28,3%	23,1%	Si ↓
Colesterolemia Totale e HDL						
Colesterolemia Totale (mg/dl)	221,4	205	Si ↓	219,9	204,2	Si ↓
HDL-Colesterolemia (mg/dl)	48,5	49,1	No	55,6	58,7	Si ↑
Ipercolesterolemia ^{^^}	33,8%	20,2%	Si ↓	31,9%	21,0%	Si ↓
Glicemia						
Glicemia (mg/dl)*	94,7	91,8	Si ↓	90,9	85,5	Si ↓
Iperglicemia**	7,5%	8,2%		5,3%	4,1%	
Diabete***	8,0%	6,9%		5,8%	4,6%	
Diabete corr.****	-	15,1%	Si ↑	-	8,8%	Si ↓
Altri fattori di rischio						
Indice di Massa Corporea (kg/m ²)	26,5	26,7	No	27,1	26,0	Si ↓
Obesità#	15,7%	16,9%	Si ↑	24,8%	19,2%	Si ↓
Fumatori Correnti (%)	46,5%	32,1%	Si ↓	18,3%	24,5%	Si ↑

RIFLE=Risk Factor and Life Expectancy; OEC=Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare;

^{oo} PAS>160 mmHg oppure PAD>=95mmHg oppure sotto trattamento specifico; PAD=Pressione Arteriosa Diastolica; PAS=Pressione Arteriosa Sistolica;

^{^^} CT>=240mg/dl oppure sotto trattamento specifico; CT=Colesterolemia Totale;

* Glicemia a digiuno, plasmatica nel RIFLE, capillare nell'OEC;

** Glicemia (110 ≤ glicemia < 126 mg/dl);

*** Diabete=diabete definito da glicemia a digiuno ≥ 126mg/dl o trattamento farmacologico;

**** Plasma ≥ 126 capillare ≥ 110: confronto prevalenza diabete ipotizzando l'equivalenza proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

Obesità=IMC> 30 Kg/m²; IMC=indice di massa corporea;

Sig. = significatività statistica

↑ = aumento; ↓ = riduzione.

Per quanto riguarda la colesterolemia totale, essa si riduce in entrambi i generi e di conseguenza anche la prevalenza di ipercolesterolemici (colesterolemia totale ≥ 240 mg/dL); l'HDL-colesterolemia sembra aumentare significativamente solo nelle donne. Sulle differenze riscontrate nelle misure di colesterolemia, bisogna tener conto anche del fatto che possono aver influito anche differenze nelle determinazioni di laboratorio, le cui metodologie sono cambiate continuamente nel tempo.

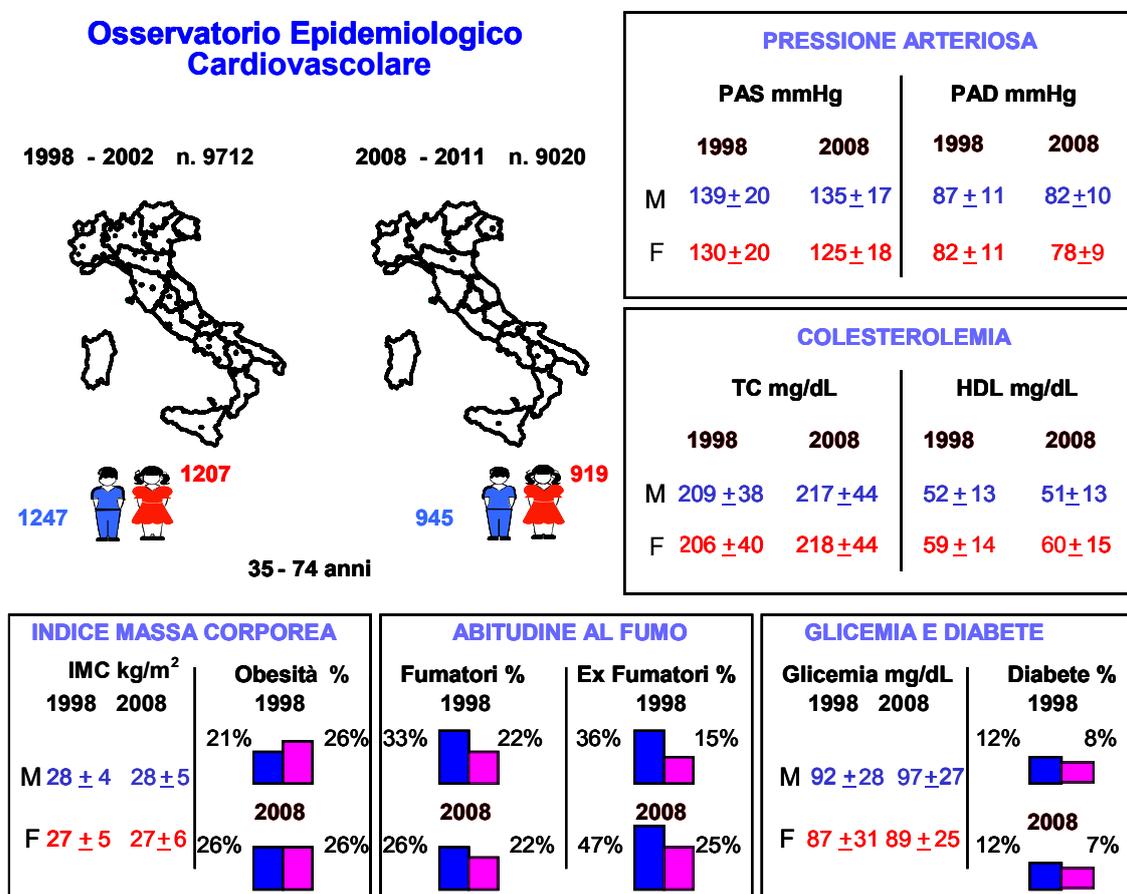
Per la valutazione delle differenze nei livelli di glicemia tra gli anni '80 e la fine degli anni '90 nella popolazione italiana adulta, bisogna tener conto delle diverse metodologie adottate nei due studi esclusivamente per questo fattore: determinazione di laboratorio su campione di

sangue venoso nel progetto RIFLE, determinazione della glicemia capillare tramite analizzatore biochimico reflotron per l'OEC. Tenendo conto delle relazioni tra questi due tipi di misurazione, nell'OEC accanto alla prevalenza osservata, abbiamo stimato la prevalenza di diabete, che risulta più elevata rispetto a 15 anni prima sia negli uomini che nelle donne.

Sia per gli uomini che per le donne nella fascia di età 35-64 anni, l'IMC medio era e resta nella fascia del sovrappeso. Nei 15 anni di distanza tra i due studi, la prevalenza di obesità sembra aumentare solo negli uomini; nelle donne la prevalenza di obesità si mantiene più elevata rispetto agli uomini.

L'abitudine al fumo di sigaretta diminuisce negli uomini ma aumenta nelle donne, specialmente nelle fasce di età più giovani, probabilmente anche per la falsa convinzione che fumare aiuti a diminuire di peso.

Nel 2008 è partita la seconda edizione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare tuttora in corso. Nella Figura 1 abbiamo sintetizzato i dati relativi alle 7 regioni fino ad ora esaminate e li abbiamo confrontati con i dati corrispondenti relativi all'OEC del 1998.



Standardizzato per età utilizzando la Popolazione Europea Standard, uomini e donne di età 35-74 anni

Figura 1. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, 1° edizione 1998-2002 e 2° edizione 2008-2009: variazione dei fattori di rischio e delle condizioni a rischio; confronto per i gruppi di età corrispondenti nei due studi (35-74 anni)

Il confronto include uomini e donne di età 35-74 anni, un decennio di età in più rispetto al confronto tra gli anni '80 e la fine degli anni '90.

La pressione arteriosa continua a diminuire, segno anche di una buona azione di prevenzione e di controllo.

L'indice di massa corporea resta mediamente ai livelli di sovrappeso in entrambi i sessi, ma aumenta la prevalenza di obesità negli uomini; nelle donne l'obesità resta purtroppo a livelli elevati. Nella figura sono inoltre riportati i dati della circonferenza addominale perché molto correlati con l'IMC. L'aumento medio di 1 unità di IMC in entrambi gli screening dell'OEC rispetto ai livelli medi degli anni '80 registrati nello studio RIFLE, può essere anche dovuto all'inclusione di un decennio di età in più: il peso aumenta con l'avanzare dell'età.

Tra il 1998 e il 2008 la glicemia aumenta mediamente sia negli uomini che nelle donne ma non in modo significativo e la prevalenza di diabete resta sostanzialmente stabile.

In particolare per quanto riguarda l'eccesso di peso in relazione ad altre condizioni socio-economiche, abbiamo misurato l'associazione tra livello d'istruzione e rischio di obesità sui dati dell'OEC (non erano disponibili dati equivalenti per il RIFLE) (Figura 2); gli uomini senza alcun titolo di studio hanno una prevalenza di obesi quasi 4 volte superiore a quella degli uomini laureati; nelle donne questo fattore di proporzionalità aumenta a 5 volte (15).

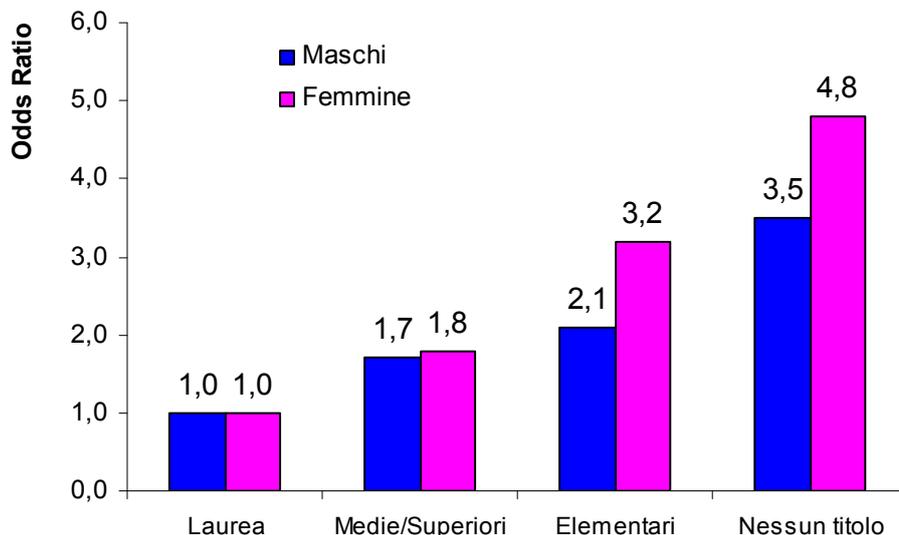


Figura 2. Rischio di obesità (IMC ≥ 30 kg/m²): odds ratio aggiustati per età per livello di istruzione negli uomini e nelle donne di età 35-74 anni, Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

I maggiori fattori di rischio delle malattie cardiovascolari – pressione arteriosa, lipidi nel sangue e glicemia – sono negativamente influenzati dall'eccesso di massa corporea (16) e la perdita di peso può migliorare i livelli di questi fattori di rischio (17-22).

L'Indice di Massa Corporea o l'obesità, pur essendo singolarmente fattori determinanti nella valutazione del rischio, non risultano inclusi nelle funzioni di rischio perché molto correlati con altri fattori come la pressione arteriosa, la colesterolemia totale e HDL e la glicemia.

Sostanzialmente quando viene considerato insieme a questi tre fattori, l'IMC non aggiunge nulla alla capacità predittiva della funzione.

Ciò avviene non solo nelle funzioni di rischio italiane, ma in tutte le altre funzioni esistenti a partire da quelle dello studio Framingham, del progetto Euroscore, e dello studio Procarn.

Esiste un grande interesse nel riuscire a stimare le dimensioni di questo effetto; entrambe le strategie di prevenzione delle malattie cardiovascolari rivolte sia alla popolazione che agli individui ad alto rischio possono beneficiare di queste informazioni. L'ampio uso di strumenti (es. punteggi e carte) per la valutazione del rischio cardiovascolare in prevenzione primaria (cioè la probabilità di un individuo di andare incontro a un evento coronarico o cerebrovascolare maggiore in 10 anni, in base ad alcuni fattori di rischio) sono sostanzialmente basati su fattori che incorporano gli effetti dovuti a sovrappeso e obesità. Quando viene considerato insieme a pressione arteriosa, colesterolemia totale e glicemia, l'IMC non aggiunge nulla alla capacità predittiva della funzione.

Ciò avviene non solo nelle funzioni di rischio italiane, ma anche in tutte le altre funzioni di rischio esistenti a livello internazionale (es. Framingham, Euroscore, Procarn).

Abbiamo provato a valutare l'influenza di sovrappeso e obesità sull'incidenza degli eventi cardiovascolari maggiori attraverso il loro effetto sui livelli dei fattori di rischio classici, che costituiscono gli elementi essenziali delle carte di rischio e del punteggio per la popolazione italiana. Sono stati analizzati i dati prospettici a 10 anni di 20.647 uomini e donne di 12 coorti di popolazione del Progetto CUORE per stimare la variazione potenziale del rischio associata a modificazioni del peso, compatibili con perdite di peso verosimili, di incidenza degli eventi cardiovascolari maggiori nella popolazione italiana (23).

Negli uomini la riduzione dell'IMC sembra dare maggiori benefici attraverso l'aumento dell'HDL colesterolemia; nelle donne attraverso la riduzione della pressione arteriosa (Tabella 2). Gli effetti di riduzione del rischio cardiovascolare complessivo derivanti da una perdita di peso tale da migliorare l'IMC di 1, 2 o 3 unità, sono più elevati negli uomini che nelle donne.

Tabella 2. Progetto CUORE: riduzione del rischio cardiovascolare grazie agli effetti sui singoli fattori di rischio (pressione arteriosa, colesterolemia totale e HDL, diabete) dovuti alla riduzione di 1, 2 o 3 unità di IMC

Fattori di rischio	UOMINI			DONNE		
	Riduzione % di rischio CVD per una riduzione dell'IMC di			Riduzione % di rischio CVD per una riduzione dell'IMC di		
	1 unità IMC	2 unità IMC	3 unità IMC	1 unità IMC	2 unità IMC	3 unità IMC
PAS, mmHg	1,2	2,3	3,5	1,3	2,7	4,0
CT, mg/dL	1,0	2,0	2,9	0,1	0,3	0,4
HDL, mg/dL	1,4	2,8	4,2	1,2	2,4	3,6
Diabete, si/no	0,3	0,5	0,8	0,1	0,2	0,2
CVD	3,8	7,4	10,9	2,8	5,5	8,1

CVD=malattie cardiovascolari; IMC=indice di massa corporea; PAS=pressione arteriosa sistolica; CT=colesterolemia totale; HDL=colesterolemia HDL; Diabete=glicemia \geq 126 mg/dL o sotto trattamento specifico

Solo a titolo di esempio, in una donna alta 1 metro e 60 centimetri, una riduzione di peso di 5 chili può ridurre il suo rischio cardiovascolare del 6%; in un uomo di 1 metro e 80 centimetri, una riduzione del proprio peso di 6 chili e mezzo può ridurre il proprio rischio cardiovascolare del 7%.

Per ottenere questi effetti sul peso dovremo adottare stili di vita appropriati che includono abitudine al fumo, attività fisica e soprattutto alimentazione, e riconsiderare quella che viene definita come dieta Mediterranea con alcuni elementi di riflessione. L'uso sistematico di olio di oliva, anche se un grasso monoinsaturo, da comunque un grande apporto energetico; identificare

la proporzione di energia derivante da questi grassi; moderare il consumo di vino: mentre negli anni '50 e '60 l'apporto calorico derivante da un diffuso consumo di vino era compensato da un'attività fisica lavorativa molto dispendiosa da un punto di vista energetico (lavoro nei campi e nelle nuove industrie), oggi che siamo un paese terziario, non è più così. Moderare il consumo di sale: il famoso limite di 5 grammi giornalieri raccomandato a livello internazionale, viene quasi completamente raggiunto attraverso il sale già contenuto nei cibi che consumiamo quotidianamente. Incoraggiare il consumo di frutta, verdura, legumi, prodotti integrali, pesce e sconsigliare il consumo di carni grasse, latticini, grassi visibili, dolci.

Infine, cercando di evidenziare gli effetti derivanti da condizioni di sovrappeso e obesità oltre a tutti i maggiori fattori di rischio cardiovascolare, è stato recentemente pubblicato uno studio condotto presso il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cardiovascolari dell'Istituto Superiore di Sanità (24). In esso sono stati valutati, attraverso i dati tratti da statistiche ufficiali di popolazione e mortalità, studi longitudinali, dati di registri di popolazione, *Health Examination Survey* sui fattori di rischio, dati sui trattamenti e interventi chirurgici specifici, gli effetti sul declino della mortalità coronarica nella popolazione italiana nei 20 anni tra il 1980 e il 2000, dovuti da una parte alle modificazioni dei fattori di rischio nella popolazione e dall'altra all'insieme dei trattamenti specifici.

In particolare nel nostro paese l'aumento dell'obesità nel ventennio considerato ha prodotto un aumento della mortalità coronarica; ma questi dati sono destinati a peggiorare se non vengono messe in atto azioni di prevenzione e cura dell'epidemia di obesità non solo nella popolazione adulta ma anche e soprattutto nella popolazione infantile e giovanile, particolarmente investita in questi anni dall'epidemia di sovrappeso e obesità.

Bibliografia

1. Atlante italiano delle malattie cardiovascolari, II Edizione. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare italiano. *Italian Heart Journal* 2004;5(suppl.3):49S-93S.
2. WHO. *Obesity-Preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation on obesity*. WHO/NUT/NCD/98I. WHO; 1997.
3. European Community. *Green Paper. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic disease*. Brussel: Commission of European Communities; 2005.
4. NIH. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report. National Institute of Health. *Obesity Res* 1998;6(suppl.2):51S-209S.
5. Eckel RH, Krauss RM, for the AHA Nutrition Committee: American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *Circulation* 1998;97:2099-100.
6. ACCF. Clinical Implications of Obesity With Specific Focus on Cardiovascular Disease. A Statement for Professionals From the American Heart Association - Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2004;110:2952-67.
7. US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; 2001.
8. Beer-Borst S, Morabia A, Hercberg S, Vitek O, Bernstein MS, Galan P, et al. Obesity and other health determinants across Europe: the EURALIM project. *J Epidemiol Community Health* 2000;54(6):424-30.

9. Haftenberger M, Lahmann PH, Panico S, Gonzalez CA, Seidell JC, Boeing H, et al. Overweight, obesity and fat distribution in 50- to 64-year-old participants in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Public Health Nutr* 2002;5(6B):1147-62.
10. Mattiello A, Chiodini P, Del Pezzo M, Santucci de Magistris M, Celentano E, Galasso R, Ciardullo AV, Rubba P, Panico S (Ed). *Weight gain and other anthropometric measures in relation to incidence of cardiovascular disease, breast and colon cancer in a female Mediterranean population: Findings from the Progetto ATENA*. Proceedings of the 3rd International Conference on Mediterranean Diet. Rome (Italy), May 18-21, 2005.
11. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2004;111(5):762-71.
12. Cooney KA, Gruber SB. Hyperglycemia, Obesity, and Cancer Risk on the Horizon. *JAMA* 2005;293:235-6.
13. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, Evans A, Ferrario M, Tuomilehto J. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000;355(9205):675-87.
14. Menotti A, Seccareccia F, Lanti M; for the RIFLE Research Group. Mean levels and distributions of some cardiovascular risk factors in Italy in the 1970's and the 1980's. The Italian RIFLE Pooling Project. Risk factors and Life expectancy. *G Ital Cardiol* 1995;25:1539-72.
15. Giampaoli S, Palmieri L, Dima F, Pilotto L, Vescio MF, Vanuzzo D. Aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolare: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *Italian Heart Journal* 2001; 2(Suppl.3):294-302.
16. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89(6):2595-600.
17. Goldstein DJ. Beneficial health effects of a modest weight loss. *Int J Obes* 1992;16:397-415;
18. Blackburn GL. Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obes Res* 1995;3(suppl2):211s-216s.
19. WHO. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2000.
20. Tuck ML, Sowers J, Dornfeld L, Kledzik G, Maxwell M. The effect of weight reduction on blood pressure, plasma renin activity, and plasma aldosterone levels in obese patients. *N Engl J Med* 1981;304:930-3.
21. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1992;56:320-8.
22. Effect of diet, sulphonylurea, insulin or biguanide therapy on fasting plasma glucose and body weight over one year. UK Prospective Study of Therapies of Maturity-Onset Diabetes. *Diabetologia* 1983;24:404-11.
23. Panico S, Palmieri L, Donfrancesco C, Vanuzzo D, Chiodini P, Cesana G, et al. Preventive potential of body mass reduction to lower cardiovascular risk: the Italian Progetto CUORE Study. *Preventive Medicine* 2008;47: 53-60.
24. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the Decrease in Coronary Heart Disease Mortality in Italy between 1980 and 2000. *American Journal of Public Health* 2009;99(9):1-9.

OBESITÀ INFANTILE: UN PROBLEMA NAZIONALE

Angela Spinelli, Giovanni Baglio, Anna Lamberti, Paola Nardone e il Gruppo OKkio alla SALUTE 2008
*Reparto Salute della Donna dell'Età Evolutiva, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità*

Secondo stime internazionali più della metà della popolazione adulta di molti Paesi europei è in sovrappeso e il 20-30% in condizione di obesità. Anche tra i bambini il fenomeno è in aumento; nel 2007 infatti, sono stati stimati in eccesso ponderale 22 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni.

Gli Stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno riconosciuto l'obesità come una delle minacce più serie per la Sanità Pubblica, sottolineando come sia fondamentale una collaborazione intersettoriale per arginare il fenomeno sia a livello nazionale che internazionale.

In questa ottica, in Italia, è stato sviluppato OKkio alla SALUTE, sistema di raccolta dati su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. L'iniziativa è parte integrante del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato nel 2007 dal Ministero della Salute/CCM all'ISS/CNESPS e condotto in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione.

OKkio alla SALUTE si prefigge di fotografare lo stato di sovrappeso e obesità dei bambini delle scuole primarie e le principali abitudini collegate a questo dilagante fenomeno. Alla sua realizzazione hanno contribuito diverse figure professionali che, lavorando sinergicamente, hanno permesso di raccogliere dati su un campione di oltre 45.000 bambini delle scuole statali e paritarie. Su tutti i bambini misurati di 8-9 anni il 23,6% è risultato in condizione di sovrappeso mentre la prevalenza di obesità si attesta al 12,3%. Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungono il 36%.

Lo studio ha permesso inoltre di indagare i comportamenti che incidono sullo stato ponderale del bambino.

Tra le abitudini alimentari si è evidenziato che l'11 % dei bambini non fa la prima colazione e l'82% consuma una merenda di metà mattina troppo calorica. Inoltre il 23% dei genitori ha dichiarato che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura, mentre solo il 2% di bambini supera le quattro porzioni giornaliere raccomandate.

Per quanto riguarda i dati relativi ai comportamenti sedentari dei bambini e alla pratica dell'attività fisica, è emerso che in media il 26% dei bambini campionati ha dichiarato di non aver praticato attività fisica nella giornata precedente l'indagine, il 25% dei bambini effettua solitamente attività fisica per non più di un'ora a settimana e solo il 17% vi si dedica con continuità. Infine, solo il 23 % dei bambini trascorre meno di due ore al giorno davanti alla TV o giocando al computer mentre il 10 % dedica a queste attività 5 o più ore.

L'entità del fenomeno in Italia

I fattori di rischio associati al sovrappeso e obesità sono diversi. Alcuni di questi non si possono modificare, come i fattori genetici, altri invece sono modificabili, perché riconducibili ad abitudini, stili di vita e comportamenti individuali: sedentarietà, basso livello di attività fisica, elevato consumo di grassi e carboidrati e di bevande zuccherate (1).

Anche le conseguenze del sovrappeso e dell'obesità sono ampiamente documentate, sia nel breve che nel lungo periodo (2). Tra gli effetti immediati, l'impatto psicologico è senza dubbio quello più diffuso (3). Inoltre, l'elevato peso in età pediatrica è fortemente associato a rischi cardiovascolari, colesterolemia, iperinsulinemia, elevata concentrazione di trigliceridi, sviluppo di diabete di tipo II. Le patologie cardiovascolari causate dall'eccesso di peso in età pediatrica tendono a persistere anche nell'età adulta, a indicare una forte associazione tra la mortalità/morbosità negli adulti e l'obesità e il sovrappeso in età pediatrica (3, 4).

Sulla base di tali premesse, gli Stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o *World Health Organization* WHO) hanno riconosciuto con la "Carta Europea di Contrasto all'Obesità" (Istanbul, 15-17 novembre 2006) l'obesità come una delle minacce più serie per la Sanità Pubblica, sottolineando come sia fondamentale una collaborazione intersettoriale per arginare il fenomeno, sia a livello nazionale che internazionale (5). La prevenzione dell'obesità è, quindi, un obiettivo prioritario di salute, da perseguire attraverso l'adozione di politiche finalizzate alla riduzione degli introiti calorici e alla promozione di una vita attiva.

La percezione dell'obesità come emergenza di salute pubblica e, di conseguenza, la necessità di monitorare con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale (e in particolar modo quella dei bambini) sono acquisizioni piuttosto recenti in Italia, come in altri Paesi europei (6, 7).

In Italia, nel 2005 l'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT su un campione di 60 mila famiglie ha rilevato che il 34% degli adulti era in sovrappeso e il 10% in condizioni di obesità, con un incremento del 9% rispetto ai valori ottenuti nel 2000 (8). I dati raccolti in quasi tutte le Regioni attraverso il sistema PASSI (9) hanno fornito per il 2008 dati non dissimili (32% di sovrappeso e 11% di obesità). Per quanto riguarda i minori, l'unico dato a livello nazionale è rappresentato dall'indagine multiscopo dell'ISTAT del 1999/2000 (con peso e altezza dei minori riferiti dai genitori), da cui risultava il 20% di sovrappeso e il 4% di obesità tra i bambini e gli adolescenti di 6-17 anni, con valori più elevati nelle regioni del Sud, nei maschi e con un gradiente crescente per età (10). Una recente revisione degli studi condotti a livello regionale o di ASL su bambini di 6-11 anni, seppur con forti limiti derivanti dalla non completa confrontabilità delle rilevazioni, ha indicato una prevalenza di sovrappeso e obesità variabile tra il 15% e il 31%, con valori più elevati nel Sud e Centro Italia (11). Dai dati italiani dello studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), dati autoriferiti, si è stimata nel 2006 una percentuale del 24% di sovrappeso/obesità tra gli undicenni, del 21% tra quelli di tredici anni e del 19% tra i quindicenni (12).

L'aumento osservato negli anni del sovrappeso e obesità nei bambini è condizionato da molti fattori. In primo luogo viene indicato il miglioramento delle condizioni socio-economiche, associato allo stile di vita sedentario e al diffondersi di comportamenti alimentari rivolti al consumo di alimenti ad alto contenuto calorico. Si tratta di fattori apparentemente riconducibili a scelte personali, potenzialmente modificabili a livello individuale (13), ma in realtà fortemente ancorate a complesse dinamiche collettive che coinvolgono ampi settori della società, dalle famiglie alle scuole, dalle istituzioni sanitarie alle organizzazioni sociali e religiose e ai mass media (1, 14). Quali che siano le cause, il problema dell'obesità e del sovrappeso, soprattutto nell'età infantile, finisce per assumere particolare rilevanza in termini di sanità pubblica, sia per le implicazioni dirette sulla salute fisica, psicologica e sociale del bambino (15, 16), sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie nell'età adulta (13, 17).

Il sovrappeso e l'obesità comportano, inoltre, dei costi economici importanti per i singoli individui e per la società. Gli studi condotti nella Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che i costi per l'assistenza sanitaria diretta all'obesità

rappresentano il 2-4% della spesa sanitaria nazionale; a tale spesa vanno aggiunti tutti i costi indiretti dovuti ad esempio alla perdita di produttività, alla morte precoce, ai problemi psicologici (18). Nonostante il fenomeno sia andato assumendo progressivamente dimensioni preoccupanti, il nostro Paese fino a qualche anno fa non aveva sviluppato un adeguato sistema di monitoraggio dello stato ponderale e delle abitudini alimentari della popolazione italiana (e in particolare dei bambini), in grado di fornire dati epidemiologici accurati e confrontabili tra le diverse realtà regionali e locali, a sostegno di strategie di prevenzione appropriate e basate su prove di efficacia.

Per rispondere a tale esigenza, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha deciso di finanziare nell'ottobre 2007 il Progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" nel cui ambito, come prima attività, si è sviluppata l'iniziativa "OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria". Questo progetto rientra nelle finalità del programma europeo di lotta alle malattie croniche "Guadagnare Salute" a cui il governo italiano ha aderito (7).

Il progetto è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e vede coinvolti diversi enti e istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (principalmente attraverso l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio), l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), le Regioni e Province autonome italiane.

Il sistema di sorveglianza: OKkio alla SALUTE

L'obiettivo principale di OKkio alla SALUTE è la definizione e l'implementazione nelle diverse regioni italiane di un sistema di sorveglianza volto a descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo della situazione ponderale dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni), degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico, e delle eventuali iniziative scolastiche favorevoli alla sana nutrizione e l'attività fisica. I dati raccolti potranno essere utili per suggerire azioni finalizzate al contrasto del sovrappeso e dell'obesità nell'infanzia e per monitorare l'efficacia delle iniziative intraprese. Inoltre con OKkio alla SALUTE l'Italia partecipa al progetto europeo *European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, coordinato dal WHO Regione Europea, che prevede la raccolta di dati sui bambini di età 6-9 anni che frequentano la scuola primaria e a cui hanno aderito ad oggi 16 Paesi europei (19).

La metodologia adottata è quella della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione bersaglio.

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in studio (bambini di età compresa tra 6 e 10 anni), la sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, altamente accettabili e sostenibili nella pratica. In tal senso, la sorveglianza non mira ad analizzare in profondità il ruolo dei fattori etiologici per il sovrappeso e l'obesità, che possono essere invece oggetto di valutazione nell'ambito di specifici studi epidemiologici progettati *ad hoc*. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza, per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento, e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini in media di 8 anni, per diverse ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà; inoltre, i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande.

Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto “a grappolo” (20). Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie statali e paritarie (denominate appunto “*grappoli*” o “*cluster*”), e non i bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento, predisposte dagli Uffici Scolastici Regionali/Provinciali su base regionale e/o di ASL. La selezione viene effettuata in modo che scuole con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di veder estratte le proprie classi rispetto a scuole con numerosità inferiore (metodo della *probability proportional to size*).

Per la raccolta delle informazioni relative allo stato nutrizionale dei bambini, alle loro abitudini alimentari, all’attività motoria e ad alcune caratteristiche dell’ambiente scolastico, sono stati predisposti quattro questionari: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati agli insegnanti e ai dirigenti scolastici. Il questionario destinato ai bambini comprende 15 semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione; infatti, l’attendibilità delle risposte dei bambini diminuisce mano a mano che si indagano eventi più lontani nel tempo. Le informazioni raccolte hanno riguardato l’attività motoria, i comportamenti sedentari (utilizzo di videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati a colazione e a merenda. I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi. Le misurazioni di peso e altezza sono state effettuate alla presenza degli insegnanti, mediante bilancia Seca872TM con precisione di ± 50 grammi e stadiometro Seca214TM con precisione di ± 1 millimetro.

Le domande rivolte ai genitori hanno riguardato gli stessi argomenti richiesti ai bambini, ma con riferimento a un arco temporale più ampio (una settimana); inoltre, sono state rilevate informazioni sulla percezione dello stato ponderale, della quantità di cibo assunta e dell’attività motoria dei propri figli.

Ulteriori dati sulle caratteristiche dell’ambiente scolastico in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini sono stati raccolti attraverso i questionari destinati agli insegnanti e ai dirigenti scolastici. Particolare attenzione è stata riservata alle attività di educazione motoria e sportiva curricolari (ivi compresa la disponibilità di palestre e spazi all’aperto), alla gestione delle mense, alla presenza di distributori automatici e al tipo di alimenti distribuiti, alla realizzazione di programmi di educazione alimentare.

La raccolta dati sarà ripetuta ogni due anni al fine di confrontare le informazioni nel tempo e valutare l’efficacia degli eventuali interventi di prevenzione messi in atto.

I risultati della raccolta dati OKkio alla SALUTE 2008

Alla prima raccolta dati, avvenuta tra l’ultima settimana di aprile e la prima di giugno 2008, hanno partecipato tutte le regioni, tranne il Trentino Alto Adige e la Lombardia (le Provincie Autonome di Trento e Bolzano e l’ASL Città di Milano hanno effettuato la raccolta nel 2009). In totale sono state coinvolte 2.610 classi terze della scuola primaria. Complessivamente, il livello di partecipazione è stato molto elevato: solo il 3% dei genitori ha rifiutato l’adesione del proprio figlio su 50.197 bambini iscritti. Si è registrata, inoltre, una bassa percentuale di assenti tra i bambini delle famiglie consenzienti (6%), in linea con il livello atteso di assenze (intorno al 5-10%) e in totale sono stati misurati 45.590 bambini. Hanno risposto al questionario dei genitori 46.469 famiglie (93%), a conferma dell’elevato consenso creatosi intorno all’iniziativa e al grande lavoro svolto dagli operatori sanitari e scolastici. Di seguito sono riportati i principali risultati, per maggiori approfondimenti si può consultare il rapporto Istisan 09/24 dell’ISS (21) scaricabile gratuitamente online all’indirizzo: <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2310&lang=1&tipo=5&anno=2009>; ultima consultazione 15/11/11.

Stato ponderale dei bambini

Nell'indagine OKkio alla SALUTE è stato utilizzato come indicatore indiretto dello stato di adiposità l'indice di massa corporea (IMC). Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole *et al.* (22). Su tutti i bambini misurati il 23,6% è risultato in condizione di sovrappeso (IC95%: 23,0-24,2), mentre la prevalenza di obesità si è attestata al 12,3% (IC95%: 11,9-12,8). Visto il ridotto numero di bambini di 7 e 10 anni frequentanti la terza classe primaria, i valori relativi a quelli di età 8-9 sono praticamente sovrapponibili: 23,6% per il sovrappeso (IC95%: 23,0-24,1) e 12,3% per l'obesità (IC95%: 11,8-12,8). Complessivamente, i bambini che hanno presentato un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungevano il 36%. Assumendo per la Lombardia e per le Province Autonome di Trento e Bolzano, che non hanno partecipato alla rilevazione del 2008, valori uguali a quelli delle Regioni confinanti, la stima nazionale per il sovrappeso risulta del 23,1% e per l'obesità dell'11,5%. La Figura 1 riporta le percentuali di sovrappeso e obesità stimate per l'Italia e per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni d'età. Si osserva una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud.

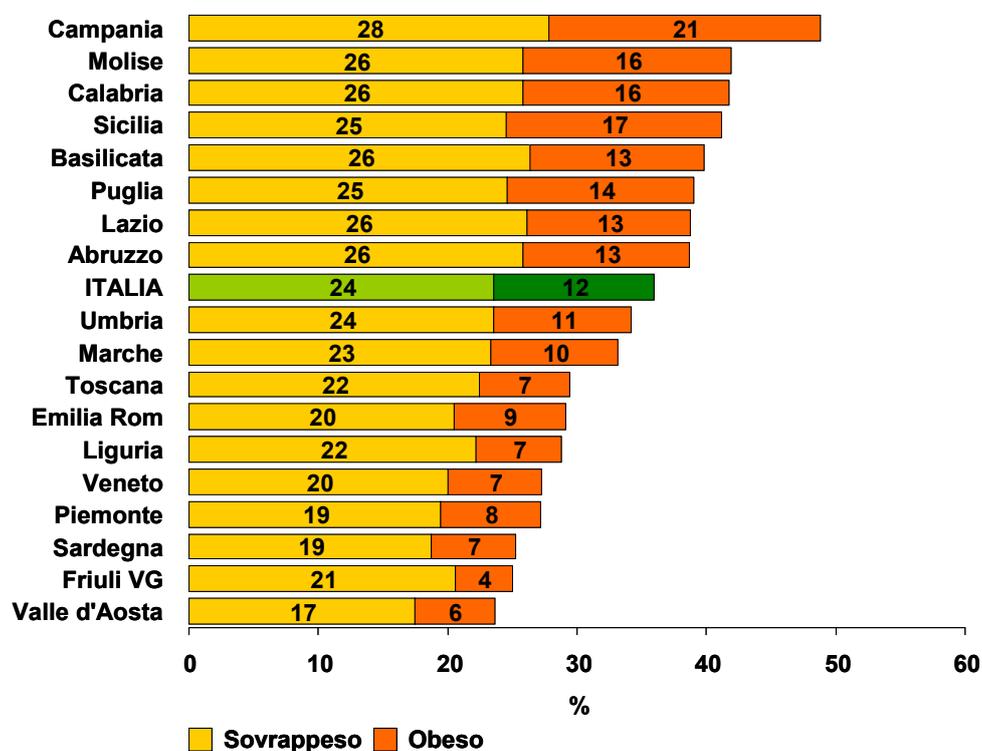


Figura 1. Percentuali di sovrappeso e obesità stimate per l'Italia e per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni d'età, OKkio alla SALUTE 2008

Il fenomeno è stato ulteriormente analizzato per regione di residenza e sesso del bambino, e descritto separatamente per sovrappeso e obesità (Figura 2). Anche in questo caso, le regioni del Nord presentano prevalenze di sovrappeso e obesità inferiori.

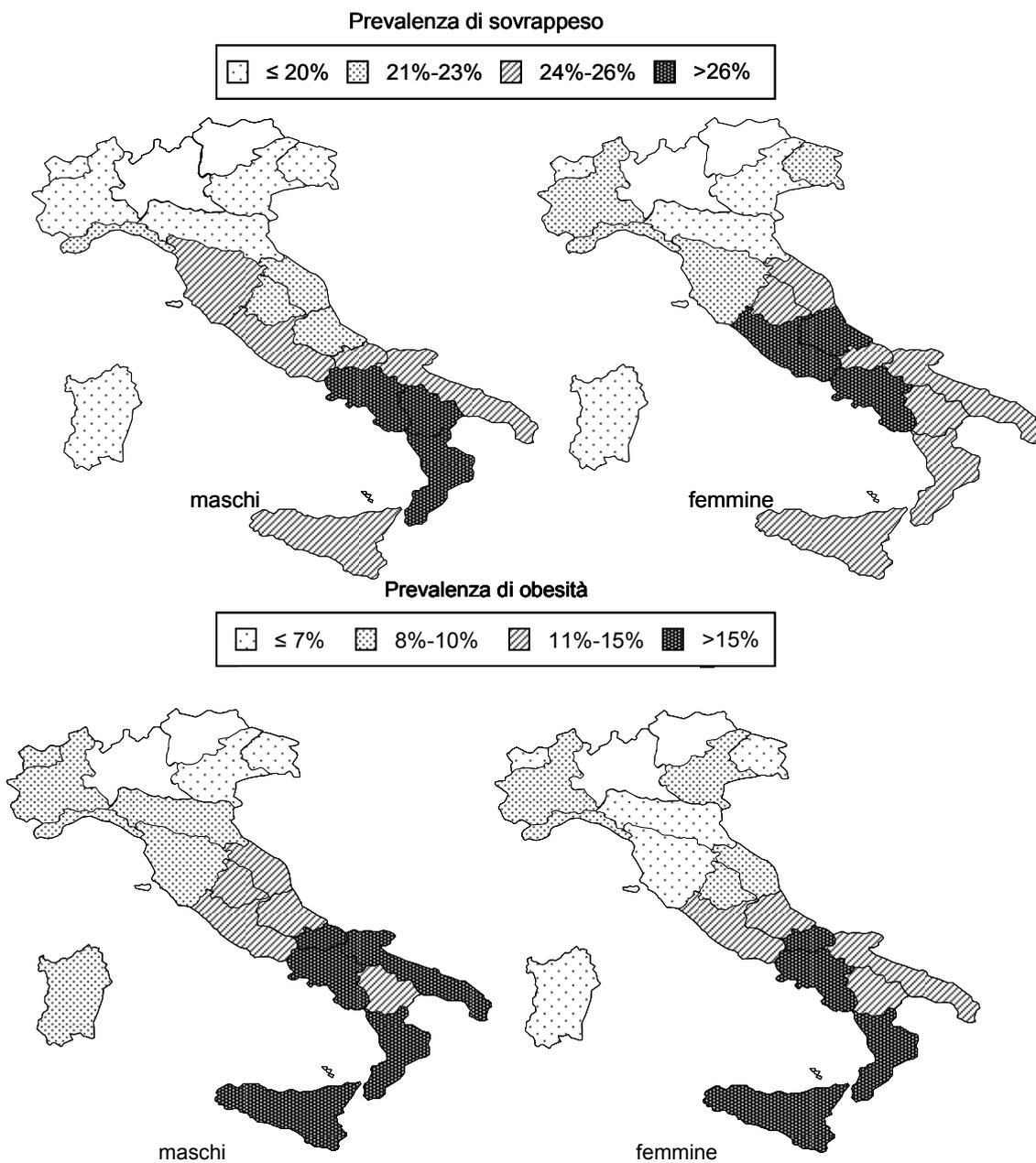


Figura 2. Classi di prevalenza per il sovrappeso e l'obesità nei bambini di 8-9 anni, per sesso e regione di residenza. OKkio alla SALUTE, 2008

Abitudini alimentari

Una dieta a elevato contenuto calorico è associata nei bambini a un aumento del peso corporeo, che tende a conservarsi fino all'età adulta (3). Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glucidi, e un'adeguata distribuzione dei pasti nell'arco della giornata contribuiscono a determinare e mantenere un corretto stato nutrizionale (18, 22). Vari studi hanno osservato che uno dei fattori di rischio per l'insorgenza del sovrappeso nei bambini è rappresentato dall'abitudine a non consumare la prima colazione (23, 4).

Dall'indagine OKkio alla SALUTE 2008 è emerso che in Italia l'11% dei bambini salta la prima colazione e il 28% consuma una colazione non adeguata (Figura 3). Come suggerito dall'INRAN, si è definita adeguata una prima colazione a base di alimenti contenenti proteine di elevata qualità biologica e carboidrati, sia complessi che semplici.

Un ulteriore aspetto indagato è stato quello relativo all'abitudine di consumare uno spuntino a metà mattina, per fornire al bambino un sufficiente apporto calorico fino al momento del pranzo. In accordo con le indicazioni dell'INRAN, si considera adeguata una merenda contenente circa 100 calorie. I risultati a livello nazionale evidenziano che solo una minoranza di bambini (intorno al 14%) consuma un'adeguata merenda a metà mattina; in una considerevole percentuale di casi (82%), vengono assunti alimenti a elevata densità energetica (soprattutto da parte di coloro che non hanno assunto la prima colazione, 86%).

Una delle questioni giudicate più importanti ai fini di una corretta alimentazione nell'infanzia è rappresentata dall'assunzione giornaliera di frutta e verdura. Il consumo di adeguate quantità di questi alimenti assicura un rilevante apporto di vitamine, fibre e sali minerali, e consente di ridurre la densità energetica della dieta. A riguardo, le linee guida sulla sana alimentazione (25) suggeriscono di assumere almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura al giorno. A fronte di ciò, in Italia il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura, mentre solo il 2% dei bambini supera le quattro porzioni giornaliere.

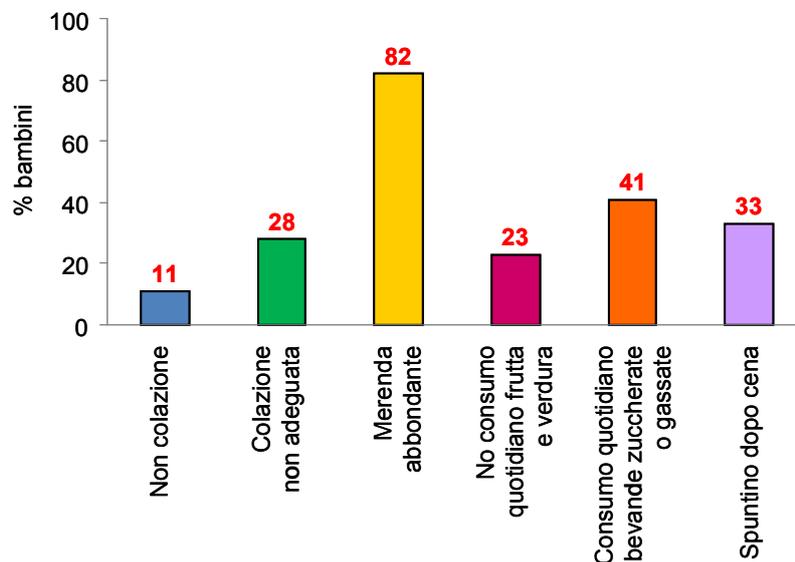


Figura 3. Prevalenza delle scorrette abitudini alimentari nei bambini. OKkio alla SALUTE, 2008

L'indagine ha riguardato anche il consumo di bibite zuccherate e/o gassate (cola, aranciata, tè, succhi di frutta). In una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta mediamente una

quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi (5-8 cucchiaini) e in letteratura è stata evidenziata un'associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità nei bambini (26).

In Italia, il 41% dei bambini consuma quotidianamente bevande zuccherate.

Inoltre, dallo studio è emerso che il 33 % dei bambini ha l'abitudine di fare uno spuntino dopo cena. La figura 3 riassume i principali aspetti indagati.

Attività fisica e comportamenti sedentari

Come indicato dall'OMS, praticare una regolare attività fisica, insieme a una corretta alimentazione, contribuisce al mantenimento dello stato di salute di ogni individuo e favorisce il controllo del peso corporeo (18). Per tali motivi, è consigliabile che i bambini svolgano ogni giorno almeno un'ora di attività fisica (27), includendo l'attività motoria svolta a scuola, quella strutturata con personale specializzato e il gioco all'aperto.

Nel nostro studio, i bambini sono stati classificati come attivi se hanno praticato del movimento (attività sportiva strutturata o semplicemente gioco all'aperto) nel giorno precedente l'indagine. L'attività fisica è stata definita in questo caso non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale. In media, il 26% dei bambini campionati ha dichiarato di non aver praticato attività fisica nella giornata precedente l'indagine e il 25 % ha affermato di praticare sport per non più di un'ora a settimana. Oltre all'attività fisica, sono stati approfonditi alcuni comportamenti sedentari dei bambini, come guardare la TV e usare i videogiochi. Dall'indagine è risultato che, nel nostro Paese, circa il 49% dei bambini ha la TV in camera e il 48 % dichiara di guardare la TV e giocare con i videogiochi per tre o più ore al giorno.

Infine, sono state raccolte informazioni riguardanti il tragitto casa/scuola e l'eventuale mezzo di trasporto utilizzato. È risultato che solo un bambino su quattro si reca a scuola in bicicletta o a piedi, mentre gli altri utilizzano un mezzo di trasporto pubblico o privato.

La Figura 4 riassume tutti gli aspetti che sono stati indagati.

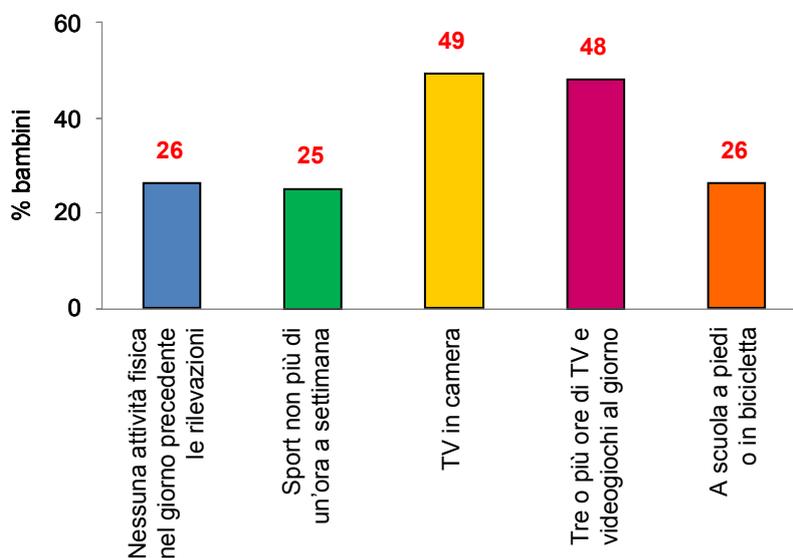


Figura 4. Prevalenza dell'attività fisica e dei comportamenti sedentari nei bambini. OKkio alla SALUTE, 2008

Percezione dello stato ponderale e dell'attività fisica dei bambini da parte dei genitori

Ammettere che il proprio figlio sia in sovrappeso o obeso è il primo passo nella lotta all'obesità infantile (28, 29). Questo è vero soprattutto per la madre, che ha un ruolo essenziale nell'educazione e nell'alimentazione del bambino. Infatti, se le madri sono consapevoli dell'eccesso ponderale del proprio figlio, gli eventuali interventi di controllo del peso hanno una maggiore probabilità di esito positivo (30).

Diversi studi hanno dimostrato che è difficile per i genitori riconoscere un eccesso di peso nel proprio figlio (31). Le cause di questa errata percezione sono diverse, anche se un fattore rilevante è il livello socioeconomico delle famiglie (30, 32). Dall'indagine OKkio alla SALUTE 2008 è risultato che nel nostro Paese il 49% delle madri di bambini in sovrappeso e il 10% delle madri di bambini obesi considerano il proprio figlio normopeso o sottopeso (Figura 5).

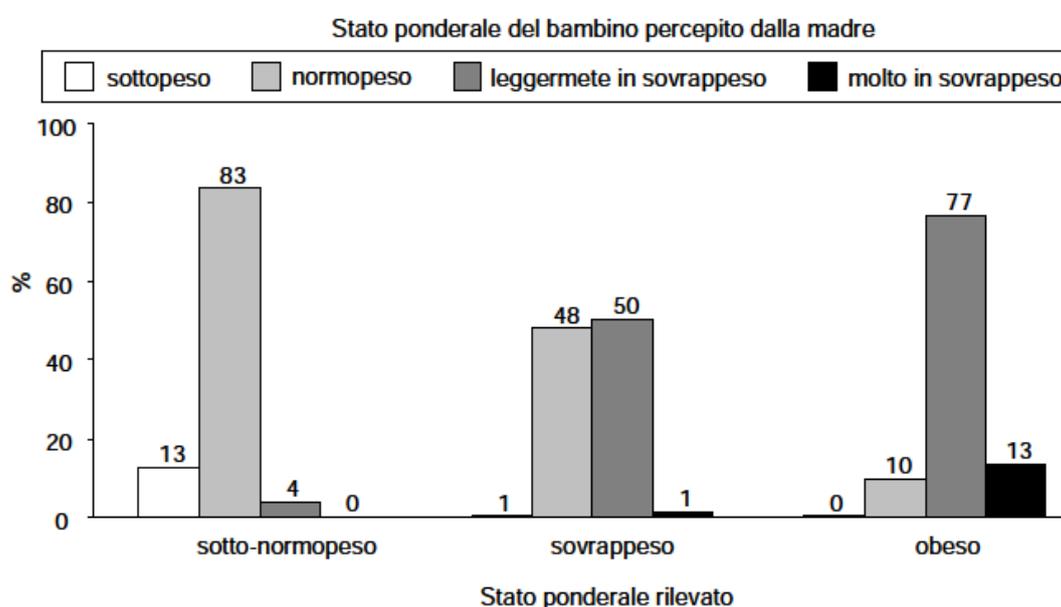


Figura 5. Distribuzione percentuale della percezione materna dello stato ponderale del proprio figlio per i bambini risultati normopeso, sovrappeso o obesi. OKkio alla SALUTE, 2008

Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione si è dimostrata meno accurata per i figli maschi che per le femmine (48% correttamente classificati contro 53%, $p < 0,01$). Un secondo fattore in grado di incidere sulla percezione dell'eccesso ponderale è il titolo di studio dei genitori. In particolare, la percentuale di bambini in sovrappeso o obesi correttamente classificati dalle proprie madri andava dal 32% per i figli di donne con basso livello di istruzione al 47% per i figli di donne laureate.

È stata, infine, valutata la percezione dell'attività fisica svolta dai bambini. È emerso che il 53% delle madri di figli fisicamente poco attivi (ossia non impegnati in alcuno sport o gioco all'aperto, né in attività motorie a scuola nel giorno precedente l'indagine) riteneva l'attività fisica svolta dal proprio bambino sufficiente o più che sufficiente (Figura 6).

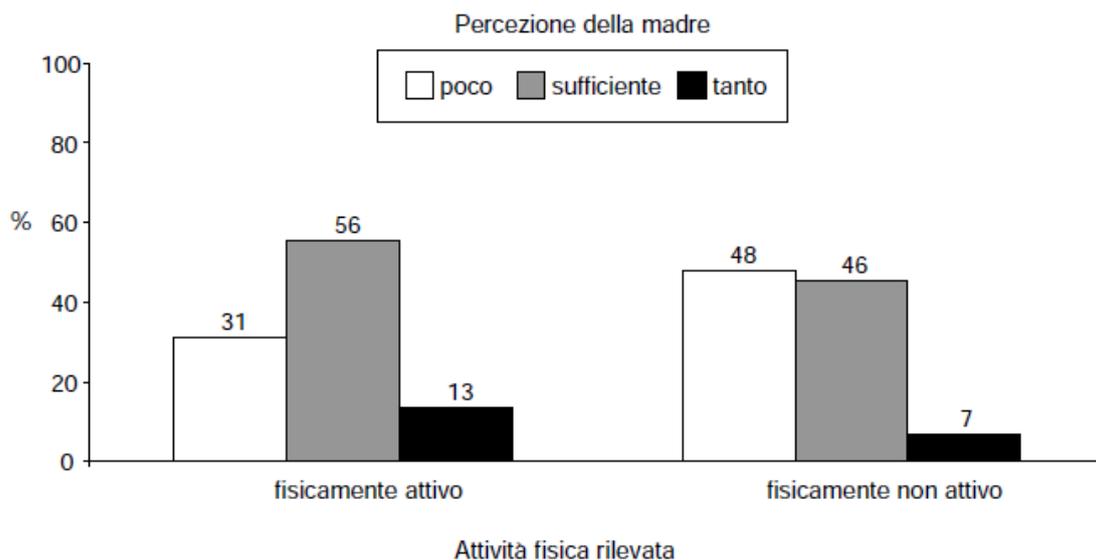


Figura 6. Distribuzione percentuale del giudizio espresso dalle madri sull'attività fisica dei propri figli, per livello effettivo di attività svolta. OKkio alla SALUTE, 2008

Ambiente scolastico

La scuola primaria copre un periodo di tempo fondamentale per l'apprendimento e per la costruzione dell'identità degli alunni, durante il quale si pongono le basi e si sviluppano le competenze indispensabili per continuare ad apprendere lungo l'intero arco della vita (33). Fin dai primi anni del percorso formativo, essa svolge un fondamentale ruolo educativo e di orientamento, fornendo all'alunno le occasioni per prendere consapevolezza delle proprie potenzialità e risorse (33). La scuola, quindi, è la sede ideale per promuovere la salute e la crescita sana dei bambini, non solo attraverso programmi che prevedono l'educazione nutrizionale e l'attività motoria, ma anche tramite iniziative di promozione dei corretti stili di vita che coinvolgono le famiglie degli stessi alunni.

Dal questionario compilato dai dirigenti scolastici delle scuole campionate è emerso che il 64% dei plessi scolastici è provvisto di mensa che, nella quasi totalità dei casi, è funzionante per almeno cinque giorni la settimana ed è utilizzata dal 70% dei bambini. Inoltre, nel 12% delle scuole è risultata esserci la distribuzione di alimenti bilanciati durante l'arco della giornata, principalmente durante la merenda di metà mattina (87%). Distribuire una merenda bilanciata ed equilibrata come frutta, yogurt, panini non farciti, cibi semplici e leggeri a metà mattina educa i bambini ad abitudini alimentari corrette ed evita che gli alunni mangino alimenti troppo calorici o in quantità eccessiva.

Relativamente all'attività motoria, secondo quanto dichiarato nei questionari dai dirigenti scolastici, il 71% delle classi svolge le due ore di attività motoria come suggerito dal curriculum. Nel 90% dei plessi campionati sono state svolte iniziative di promozione dell'attività motoria.

Alcune scuole prevedono anche iniziative che coinvolgono direttamente le famiglie degli alunni. Il 37% di queste iniziative ha riguardato la promozione di sane abitudini alimentari nei bambini, mentre il 33% ha incentivato la promozione dell'attività motoria.

Conclusioni

Dai risultati dell'indagine emerge un'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini delle scuole primarie e dei comportamenti a rischi ad esso associati (abitudini alimentari scorrette e comportamenti sedentari). Si è evidenziato un notevole gradiente geografico, con valori più elevati al Sud e Centro Italia.

È stata inoltre osservata una scarsa conoscenza e consapevolezza del problema da parte dei genitori. In particolare il basso livello di istruzione della madre è associato sia a un'alta prevalenza di eccesso ponderale nei bambini e dei comportamenti a rischio coinvolti, sia a una minore consapevolezza del fenomeno.

OKkio alla SALUTE, grazie alla sinergia tra operatori sanitari, scolastici e la famiglia, ha quindi permesso di ottenere informazioni preziose circa la salute dei bambini in tempi brevi e a costi limitati.

La periodicità della raccolta dati permetterà di monitorare il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità infantile nel tempo e consentirà di valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e sensibilizzazione.

Bibliografia

1. Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008;337:922-7.
2. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003;88:748-52.
3. Dietz WH.. Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics* 1998;101:518-25.
4. Labarthe DR., Dai S, Harrist RB. Blood Lipids, Blood Pressure, and BMI in Childhood and Adolescence-Background to Project HeartBeat. *Am J Prev Med* 2009;37(Suppl 1):S3-8.
5. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report. Istanbul, Turkey 15-17 November 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf; ultima consultazione 11/11/2011.
6. WHO. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: WHO; 2000.
7. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007.
8. ISTAT. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Nota per la stampa, 2 Marzo 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_650_allegato.pdf; ultima consultazione 11/11/2011.
9. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI" *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0931.pdf>; ultima consultazione 11/11/2011.
10. Gargiulo L, Gianicolo S, Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. ISTAT. Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. In: Sabbadini LL e Costa G (Ed.). *Atti del Convegno Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*, Roma, 10-11 settembre 2002. Roma: ISTAT; 2004. p. 25-44. Disponibile all'indirizzo:

- http://www.ausl.mo.it/pps/approf/download/01/01_09/Atti_conv_sal.pdf; ultima consultazione 11/11/2011.
11. Cairella G, Casagni L, Lamberti A, Censi L. Prevalenza di sovrappeso ed obesità in Italia nella fascia di età 6-11 anni. *Annali d'Igiene* 2008;20:315-27.
 12. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Coop. Libreria Editrice Università di Padova (CLEUP); 2008.
 13. Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14:929-66.
 14. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obes Rev* 2007;8(Suppl 1):165-81.
 15. Sallade J. A comparison of the psychological adjustment of obese vs. non-obese children. *J Psychosom Res* 1973;17:89-96.
 16. Kaplan KM, Wadden TA. Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatrics* 1986;109:367-70.
 17. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa heart study. *Pediatrics* 2005;115:22-7.
 18. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. WHO; Geneva 2007.
 19. Wijnhoven TMA, Branca F for the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative Group. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative. Abstract book of the *European Congress on Obesity*, Geneva, 14-17 May 2008.
 20. Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Stat Q* 1991;44:98-106.
 21. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Androzzini S, Galeone D (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti Istisan 09/24). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0924.pdf>; ultima consultazione 11/11/2011.
 22. Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
 23. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105:743-60.
 24. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M, Farmer A, Tatone-Tokuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutr* 2009;12:19-28.
 25. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: INRAN; 2003.
 26. James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *Int J Obes* 2005;29:S54-7.
 27. Livingstone MB, Robson PJ, Wallace JM, McKinley MC. How active are we? Levels of routine physical activity in children and adults. *Proc Nutr Soc* 2003;62:681-701.
 28. Jeffery AN, Voss LD, Meccalf, BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2005;330:23-4.
 29. He M, Evans A. Les parents sont-ils conscients que leurs enfants souffrent de surpoids ou d'obésité? *Can Fam Physician* 2007;53:1493-99.

30. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics* 2005;116:e94-101.
31. Huang JS, Becerra K, Oda T, Walker E, Xu R, Donohue M, Chen I, Curbelo V, Breslow A. Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics* 2007;120:e112-9.
32. Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 2001;107:1138-46.
33. Ministero per la Pubblica Istruzione. Indicazioni per il curriculum per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo di istruzione 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.indire.it/indicazioni/templates/monitoraggio/dir_310707.pdf; ultima consultazione 9/3/2012.

UNA NUOVA EMERGENZA PER IL SUD: IL PROGETTO MAREA

Carmelo Caserta

Associazione Calabrese di Epatologia, Reggio Calabria

Premessa

L'obesità ha raggiunto, nel mondo industrializzato, livelli di diffusione tali da determinare la nuova emergenza sanitaria di quest'inizio di millennio. Secondo autorevoli stime demografiche, la crescita del fenomeno, che ormai ha assunto le proporzioni di una condizione "epidemica", potrebbe determinare, nell'arco di un ventennio, un declino dell'aspettativa di vita.

La previsione di un lento, costante ma inarrestabile miglioramento delle condizioni di salute generale e di un aumento dell'età media potrebbe, pertanto, essere contraddetta da una nuova e imprevedibile condizione che, per l'immediato futuro, potrebbe determinare un aumento della morbilità e probabilmente anche della mortalità per patologia cardiovascolare (1).

La diffusione del sovrappeso, pur interessando tutte le classi d'età, assume una particolare rilevanza epidemiologica nella più giovane generazione che molto precocemente è stata investita da un modelli esistenziali caratterizzati da un aumento dei consumi alimentari a fronte di una sensibile riduzione dell'attività fisica.

Nell'era della "globalizzazione", caratterizzata da una omogeneizzazione del gusto e dei consumi su scala universale, il problema si è esteso ad interessare anche aree del mondo occidentale, quali quelle del bacino del mediterraneo, che sembravano godere di una protezione derivante da stili di vita consolidatesi nell'arco di secoli. Nel nostro Mezzogiorno d'Italia, ad esempio, indagini di popolazione attestano una prevalenza di sovrappeso tra le più elevate al mondo, del tutto sovrapponibile a quella riscontrata nel Nord America, con un trend che si dimostrerebbe in ulteriore crescita (2, 3).

L'eccesso ponderale negli adolescenti, oltre ad avere immediate implicazioni dirette sulla salute fisica, psicologica e sociale è destinato a permanere sino all'età adulta in più del 50% dei soggetti e si assocerebbe ad un aumento del rischio cardiovascolare nelle fasi di vita successiva indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio (4-6).

I giovani di oggi potrebbero, pertanto, ritrovarsi a sopportare in una fase molto precoce della loro esistenza un carico di patologia cronico-degenerativa che, sino a oggi, era considerata esclusiva prerogativa dell'età più avanzata esauendo quell'incremento della attesa di vita acquisito dalle generazioni immediatamente precedenti. L'aumento di incidenza di diabete mellito tipo 2 e di ipertensione arteriosa, che gli studi di popolazione continuano a registrare in età pediatrica, sembrerebbe proprio confermare questa allarmante previsione (7, 8).

Intorno al fenomeno, nonostante le prospettive di allarme sociale e sanitario, si è registrato, sino a non molto tempo addietro, un sostanziale deficit di conoscenze. A ciò bisogna, inoltre, aggiungere che il fenomeno, seppur caratterizzato per un'estensione globale, presenta all'interno di una stessa macroarea significative diversificazioni, la cui origine è verosimilmente da ricercare nelle particolari caratteristiche sociali, economiche, culturali, forse genetiche, della popolazione locale (9).

La programmazione di interventi che si propongono di arginare efficacemente l'ulteriore diffusione del fenomeno e a contenere gli effetti patologici sullo stato di salute attuale e futuro non potrà, pertanto, prescindere dall'acquisizione di informazioni specifiche relative alle variabili di ordine individuale ed "ambientale" che localmente concorrono a determinarlo.

Progetto MAREA

È un progetto epidemiologico, condotto tra il novembre del 2007 e l'ottobre del 2008, finalizzato a determinare, in una popolazione non clinica di adolescenti della città di Reggio Calabria, la prevalenza dell'eccesso ponderale, ad individuare i determinanti individuali e ambientali che concorrono a determinarlo, a studiare le relazioni intercorrenti con i fattori di rischio cardiovascolare tradizionali e il danno pre-aterosclerotico.

Sono stati randomizzati, dalla popolazione delle scuole medie inferiori, 843 soggetti di età compresa tra gli 11 e i 13 anni. Lo screening prevedeva la raccolta dei dati antropometrici (peso, altezza, circonferenza addominale) e fisici (pressione arteriosa), la somministrazione di un questionario sulle caratteristiche socio-demografiche e le abitudini di vita (regime nutrizionale, assunzione di alcoolici, attività fisica, fumo), la raccolta dell'anamnesi personale e familiare, un prelievo ematico per la determinazione dell'assetto lipidico, dell'omeostasi glicidica e dei marcatori di flogosi sistemica e un ecodoppler per la misurazione dello spessore dell'intima-media carotidea (10).

Hanno aderito allo studio 645 soggetti (76,5% del campione randomizzato). La prevalenza complessiva di sovrappeso e obesità, classificati secondo i criteri IOTF (*International Obesity Task Force*), è stata del 31,1% e 14,3%, rispettivamente. Il sovrappeso è stato riscontrato con uguale frequenza nei due sessi (31,2% dei ragazzi vs 31% delle ragazze), mentre l'obesità è risultata essere più diffusa tra i maschi (18,4% vs 10,1%) (Figura 1).

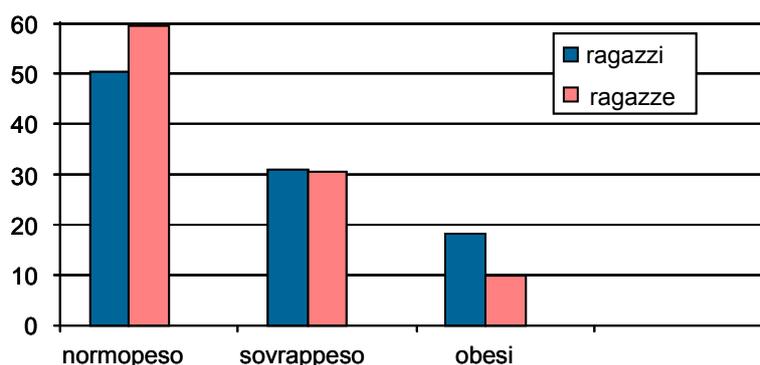


Figura 1. Prevalenza di sovrappeso e obesità in rapporto al sesso (criteri IOTF)

Il fenomeno si riscontra maggiormente tra gli adolescenti provenienti da contesti familiari con caratteristiche socio-culturali più modeste (Tabella 1) e in cui è più frequente l'eccesso ponderale (Tabella 2).

Non sono state riscontrate differenze significative negli stili di vita tra i gruppi di soggetti normopeso rispetto a quelli che presentano un eccesso ponderale. È, comunque, rilevante sottolineare che gli adolescenti di Reggio Calabria dichiarano un consumo di alimenti ad alto contenuto di fibre e un grado di attività fisica sensibilmente inferiore rispetto alla media nazionale (consumo quotidiano di verdure 16% vs 22%; attività sportiva maggiore di 5 ore a settimana 12% vs 26%).

Tabella 1. Distribuzione (%) del BMI tra gli adolescenti in rapporto al grado di scolarizzazione e all'attività lavorativa dei genitori

Adolescenti	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
	licenza elementare/media		casalinga/disoccupato lavoro non qualificato		laurea		dirigente/imprenditore/ intellettuale	
Normopeso	34	34	9	57	18	22	19	19
Sovrappeso	41	41	11	57	12	22	13	13
Obesi	51	57	13	62	5	17	7	13

Tabella 2. Distribuzione (%) del BMI tra gli adolescenti in rapporto al BMI dei genitori

Adolescenti	Padre			Madre		
	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Normopeso	44	45	11	69	26	5
Sovrappeso	24	54	22	59	31	10
Obesi	26	44	30	41	39	20

Il sovrappeso di grado moderato, oltre all'obesità, si associa a una più elevata prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare, quali più bassi livelli di HDL, più elevate concentrazioni sieriche di insulina e di Proteina C Reattiva. Questi risultati si dimostrano coerenti con quanto già riscontrato in altre popolazioni di adolescenti (11-13). Per la prima volta si dimostra, invece, che l'eccesso ponderale, di qualsiasi grado, si accompagna, anche negli adolescenti, a un significativo incremento dello spessore dell'intima-media carotidea (*Intimal-Medial Thickness*, IMT) considerato espressione di un danno pre-aterosclerotico (Tabella 3).

Tabella 3. Prevalenza (%) dei fattori di rischio cardiovascolare e di elevati valori di IMT in rapporto al sesso e al BMI

Variabili	Ragazzi			Ragazze		
	Normop.	Sovrapp.	Obesi	Normop.	Sovrapp.	Obesi
Colesterolo totale ≥ 200 mg/dL	4,8	8,9	9,4	5,3	5,6	6,9
HDL ≤ 40 mg/dL	12,4	23,3*	37,7*	8,3	18,0*	31,0*
LDL ≥ 130 mg/dL	3,4	7,8	17,0*	6,5	6,7	3,4
Trigliceridi ≥ 150 mg/dL	1	7,8*	5,66	1,2	5,6*	13,8*
Glucosio ≥ 100 mg/dL	0,7	3,3	3,8	0,0	0,0	3,5
Insulina ragazzi $\geq 11,0$ μ U/mL ragazze $\geq 13,2$ μ U/mL	12,4	25,6*	60,4*	11,2	38,2*	65,5*
Proteina C Reattiva (PCR) ≥ 3 mg/L	3,4	15,6*	24,5*	1,8	11,2*	24,1*
Pressione arteriosa sistolica o diastolica $\geq 90^{\text{th}}$ perc	9,0	13,3	13,2	9,5	10,1	20,7
Intima-Media Carotidea ragazzi $\geq 0,42$ mm ragazze $\geq 0,41$ mm	28,3	38,9	43,4*	20,7	34,8*	41,4*

* Fischers exact test: $p < 0,05$

Prospettive

Il progetto MAREA è, a nostra conoscenza, la prima indagine condotta su una popolazione non clinica di adolescenti finalizzata a stabilire le relazioni intercorrenti tra lo stato ponderale, incluso anche il sovrappeso moderato, i fattori di rischio cardiovascolare e il danno vascolare precoce.

La prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata nello studio è tra le più elevate d'Italia, del tutto sovrapponibile a quella registrata nel Nord America (14) (Figura 2). L'eccesso ponderale si associa, già nelle fasi più precoci della vita, ad una più elevata prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare e a un danno vascolare precoce. Verificare se tali alterazioni si dimostrano reversibili con la riduzione dell'eccesso ponderale e quale sia, comunque, il loro l'impatto sullo stato di salute nell'età adulta costituiscono gli obiettivi che il progetto epidemiologico intende perseguire prospetticamente.

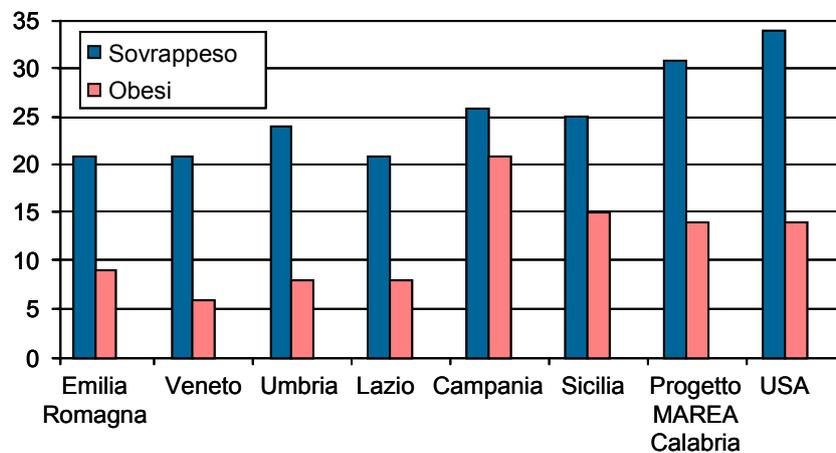


Figura 2. Prevalenza di sovrappeso e obesità in Italia e USA (criteri IOTF)

Tuttavia, l'allarmante situazione epidemiologica richiede, già da ora, urgenti interventi finalizzati a prevenire la patologia cronic-degenerativa associata all'eccesso ponderale che nei più giovani potrebbe manifestarsi più precocemente rispetto alle generazioni che li hanno immediatamente preceduti.

L'Associazione Calabrese di Epatologia, che ha progettato e condotto lo studio, in collaborazione con il Reparto di Epidemiologia Clinica e Linee Guida dell'ISS, è impegnata sul territorio nell'organizzazione di campagne di educazione della popolazione, concentrate soprattutto nelle scuole primarie, nell'aggiornamento delle professionalità sanitarie e degli educatori alla salute, nell'organizzazione di attività assistenziali in un ambito territoriale carente di servizi dedicati alle problematiche connesse al fenomeno dell'eccesso ponderale. Il complesso di iniziative realizzate è caratterizzato da dinamiche in cui l'acquisizione delle conoscenze epidemiologiche, l'impegno per la prevenzione, la formazione degli operatori e gli interventi sanitari specifici si alimentano a vicenda con una costante verifica di efficacia dei processi (Figura 3).

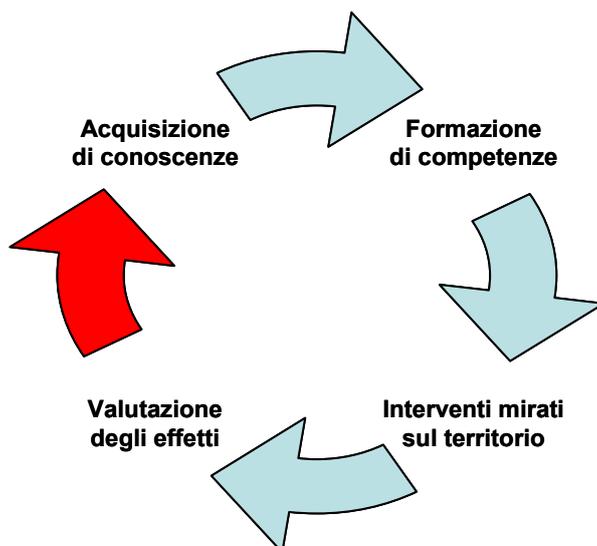


Figura 3. Modello di approccio al fenomeno dell'eccesso ponderale proposto dall'ACE

L'obiettivo è quello di coniugare un utilizzo razionale delle (poche!) risorse con l'efficacia/efficienza degli interventi. Questo modello viene a realizzare in pratica "una spirale virtuosa" sulla quale si deve basare un moderno e funzionale approccio alla gestione dei problemi inerenti la salute secondo la formula:

Ricerca sul territorio finalizzata alla acquisizione di conoscenze > Formazione di competenze per la gestione dei problemi emersi > Interventi mirati sul territorio > Rivalutazione delle esigenze del territorio stesso.

Tutto ciò costituisce la base di un programma unico e armonico che l'ACE intende proporre per dare una risposta alla sfida di uno dei fenomeni più complessi che la medicina deve affrontare.

Bibliografia

1. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, *et al.* A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *NEJM* 2005;352:1138-44.
2. Baratta R, Degano C, Leonardi D, *et al.* High prevalence of overweight and obesity in 11-15 year-old children from Sicily. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006;16:249-55.
3. Barba G, Troiano E, Russo P, *et al.* Body mass, fat distribution and blood pressure in Southern Italian children: results of the ARCA project. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006;16:239-48.
4. Davis PH, Dawson JD, Riley WA, *et al.* Carotid intimal-medial thickness is related to cardiovascular risk factors measured from childhood through middle age. The Muscatine Study. *Circulation* 2001;104:2815-9.
5. Shengxu L, Chen W, Srinivasan SR, *et al.* Childhood cardiovascular risk factors and carotidvascular changes in adulthood. The Bogalusa Heart Study. *JAMA* 2003;290:2271-6.
6. Raitakari OT, Juonala M, Kähönen M, *et al.* Cardiovascular risk factors in childhood and carotid artery intima-media thickness in adulthood. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *JAMA* 2003;290:2277-83.

7. Sorof JM, Lai D, Turner J, *et al.* Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics* 2004;113:475-82.
8. Kiess W, Bottner A, Kapellen T, *et al.* Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents: a review from a European perspective. *Horm Res* 2003;59:77-84.
9. Spinelli A, Lamberti A, Baglio A, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Okkio alla salute: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/24).
10. Groner JA, Joshi M, Bauer JA. Pediatric precursor of adult cardiovascular disease: Noninvasive assessment of early vascular changes in children and adolescents. *Pediatrics* 2006;118:1683-1691.
11. Denney-Wilson E, Hardy LL, Dobbins T, *et al.* LA. Body mass index, waist circumference, and disease risk factors in Australian adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:566-73.
12. Lambert M, Delvin EE, Levy E, *et al.* Prevalence of cardiometabolic risk factors by weight status in a population-based sample of Quebec children and adolescents. *Can J Cardiol* 2008;24:575-83.
13. Botton J, Heude B, Kettaneh A, *et al.* Cardiovascular risk factor levels and their relationship with overweight and fat distribution in children: the Fleurbaix Laventie Ville Santé II study. *Metabolism* 2007;56:614-22.
14. Lobstein T, Jackson-Leach R. Child overweight and obesity in the USA: prevalence rates according to IOTF definitions. *Int J Pediatr Obes* 2007;2:62-4.

IL DISAGIO GIOVANILE

Saro Brizzi

Istituto di Psicoterapia Analitica, Firenze

Il passaggio dal moderno al postmoderno avviene in una fase che è chiamata globalizzazione, che ha distrutto tradizioni unificando linguaggi e culture e nello stesso tempo ha aperto una profonda crisi nella singola identità.

Spazio e tempo, forma e contenuto, osservatore e osservato oggi si intrecciano vicendevolmente e vengono a trovarsi su un piano dove l'apparire è prevalente. L'uomo si identifica sempre più con gli oggetti che possiede, proprio perché le merci sono gli elementi che maggiormente si sono diffusi nella società globalizzata. Pertanto, appropriandosi del linguaggio delle merci, che è diventato universale, l'individuo perde i propri riferimenti culturali e tradizionali.

L'uomo comincia a vivere in un mondo divenuto un unico grande mercato dove la propria identità è a portata di scaffale in una riproducibilità illimitata. Si appropria di oggetti spesso privi di funzionalità reale, ma ricchi di comunicazione globale, che al loro interno hanno un meta- significato, che si manifesta con il solo atto di mostrarli. Oggetti che si sostituiscono al soggetto che li possiede, possedendolo e inglobandolo nella loro unica funzione culturale che è l'esibizione. Oggetti inutili e generalmente superflui che inducono bisogni sempre più complicati, generando nuove e continue necessità che sono convenienti alla loro stessa produzione e riproduzione.

All'apice dello sviluppo industriale, che era partito con il creare merci funzionali all'uomo, siamo arrivati a costruire un uomo funzionale alle merci.

Così facendo si stanno disintegrando le relazioni umane e sociali, dalle quali deriva il nesso tra memoria e futuro e quindi la definizione stessa di essere. La convinzione che l'uomo contemporaneo sia senza futuro dipende anche dal forte sviluppo che ha dato al suo narcisismo. Egli, rimanendo inglobato nei suoi bisogni indotti e di immediata realizzazione, non è più in grado, come nel passato, di identificarsi con le generazioni future.

Il primato della merce porta così allo svuotamento e alla perdita della identità sino all'isolamento totale. Il conflitto si sposta nel chiuso della soggettività, del narcisismo, della mania, della dipendenza, nelle nuove forme di solitudine e per i giovani nell'uso del cibo non più come oggetto che nutre ma come mezzo per modulare il proprio corpo.

Ed è proprio l'adolescente, quindi, che coniuga maggiormente questa difficoltà, subendo un nuovo rito di passaggio verso la civiltà postmoderna. Egli interpreta questo rito, come gli viene indicato, imbottendosi di oggetti merceologici, attraverso i quali prova ad entrare in contatto prima con i pari e poi con la società intera. Rinuncia così alla continua negoziazione del proprio Se in formazione dentro relazioni interpersonali sane e sostituisce la propria identità con oggetti, che devono essere assolutamente comprati. Prodotti da usare principalmente per agghindare il corpo, che è la prima cosa con cui un adolescente entra in contatto e con cui si deve misurare e fondersi. Così facendo si espropria il ragazzo anche del lungo e complesso processo che lo porta a raggiungere una sana armonia tra il Se e la sua fisicità.

Ed in questo processo di con-fusione tra identità e oggetto che si viene molto spesso a creare una stortura dove è lo stesso corpo a diventare un oggetto.

In questo binomio tra un qualcosa da mostrare e una identità da formare si struttura una sorta, potremmo dire, di identità da gadget che proprio perché non può essere rafforzata e trasformata in un Se coeso, da spendere nelle diverse relazioni sociali, si disperde e si frantuma continuamente come una merce. Il ragazzo, in difficoltà nella formazione di una sua personalità,

non riesce ad andare oltre il proprio corpo e lo usa come una sorta di mediatore sociale, nascondendolo o esibendolo, con l'obiettivo di creare, in entrambi i casi, una cintura di sicurezza, una sorta di cortina che lo difenda dalla relazione con l'altro.

Siamo dentro la rappresentazione piena del paradosso della nostra civiltà del benessere dove minori, di entrambi i sessi, tendono ad essere paralizzanti dentro corpi sempre più pieni o sempre più vuoti, in entrambi i casi con l'obiettivo inconscio di non essere "visti".

Infatti il corpo troppo pieno è alla base di una profonda contraddizione. Da un lato si espande nello spazio e occupa uno spettro maggiore alla vista dell'altro ma dall'altro lato è proprio questa grossezza che non lo fa riconoscere come soggetto di interesse prima sessuale e poi sociale, e in questo senso non è "visto".

Il corpo troppo vuoto delle anoressiche, che è spinto alla ricerca di una perfezione e di un adattamento adesivo ai dettami della moda femminile, supera continuamente la soglia di sicurezza per la vita stessa e si avvicina paurosamente alla propria distruzione.

Ed è proprio questa identità "liquida", che sta attraversando orizzontalmente la nostra società, che è alla base della violenza verso il diverso. Questo è visto come colui che viene a distruggere la propria cultura e la propria identità. Mentre non ci si accorge che è proprio perché siamo privi di una identità forte, con la quale entrare in relazione con l'altro, che ci si sta arroccando contro i diversi e ci si sta racchiudendo dentro confini sempre più ristretti come fa l'adolescente che si chiude dentro il proprio corpo.

IL GUSTO GLOBALIZZATO

Cinzia Scaffidi

Centro Studi, Associazione Slow Food Italia, Bra (Cuneo)

La globalizzazione inizia con la possibilità di viaggiare, e di mettersi in comunicazione tra posti lontani. Nell'era di internet questo è diventato facile, e quindi risulta difficile pensare ai primi viaggiatori o ai primi colonizzatori come agli iniziatori della globalizzazione.

Ma spesso quando si parla di globalizzazione si tende a non fare differenze tra i soggetti degli spostamenti, e qui c'è la fonte di un primo errore di valutazione. Il progresso tecnico e tecnologico ha reso facile lo spostamento di merci e persone. Ma non è la stessa cosa. Se si spostano merci o persone non è la stessa cosa.

Se si spostassero soltanto persone, certo con le merci che sempre le hanno accompagnate, come accennavamo, si creerebbero relazioni, flussi di sapere, le commistioni sarebbero molte, non necessariamente pacifiche, ma se non entrassero in gioco le merci e i mercati la globalizzazione probabilmente non avrebbe una zona d'ombra tanto estesa.

Perché il Viaggio, in sé, è per l'uomo al tempo stesso disvelatore e annullatore delle diversità. Solo fermandosi, o addirittura restando a casa si coglie davvero la differenza tra le cose. Chi ospita ha le risposte, chi arriva fa domande.

Scrivono Calvino ne *Le città invisibili*, nei resoconti di viaggio di Marco Polo a Kublai Kan, imperatore dei Tartari (1):

“Viaggiando ci s'accorge che le differenze si perdono: ogni città va somigliando a tutte le città, i luoghi si scambiano forma ordine distanze, un pulviscolo informe invade i continenti. (...) Se toccando terra a Trude non avessi letto il nome della città scritto a grandi lettere, avrei creduto d'essere arrivato allo stesso aeroporto da cui ero partito. I sobborghi che mi fecero attraversare non erano diversi da quegli altri, con le stesse case gialline e verdoline. Seguendo le stesse frecce si girava le stesse airole delle stesse piazze. Le vie del centro mettevano in mostra mercanzie imballaggi insegne che non cambiavano in nulla. Era la prima volta che venivo a Trude, ma conoscevo già l'albergo in cui mi capitò di scendere; avevo già sentito e detto i miei dialoghi con compratori e venditori di ferraglia; altre giornate uguali a quella erano finite guardando attraverso gli stessi bicchieri gli stessi ombelichi che ondeggiavano.

- *Perché venire a Trude? Mi chiedevo. E già volevo ripartire.*
- *Puoi riprendere il volo quando vuoi, – mi dissero, – ma arriverai a un'altra Trude, uguale punto per punto, il mondo è ricoperto da un'unica Trude che non comincia e non finisce, cambia solo il nome all'aeroporto”.*

Se la globalizzazione riguardasse solo gli uomini, probabilmente non avrebbe nemmeno ancora un nome. Anzi sarebbe più evidente il suo lato luminoso, ovvero il suo più grande merito, l'averci reso consapevoli di essere sempre parte di un intero pianeta. La certezza che le nostre azioni hanno conseguenze, non solo sulle nostre vite e nelle nostre immediate vicinanze, ma anche sulle vite degli altri, di tutti gli altri, uomini o no, e anche molto lontano da noi.

Forse è solo grazie alla globalizzazione che siamo riusciti a comprendere un po' meglio quel che cercava di dirci Kant (2) alla fine del Settecento, quando formulò la legge fondamentale della ragion pura pratica: *“opera in modo che la massima della tua volontà possa sempre valere in ogni tempo come principio di una legislazione universale”.*

Dunque la globalizzazione riguarda anche, anzi soprattutto, i mercati e dunque le merci e dunque i prodotti alimentari. Che non fanno più parte di una rete di relazioni umane di scambi paritari o non, ma fanno parte di un sistema meramente economico, quantitativo e riduzionistico: estendere il proprio mercato significa avere successo. Creare una sorta di

“ideoalimento” adatto a ogni cultura, così come gli agronomi degli anni Sessanta, e ben oltre, ricercavano l’ideotipo adatto ad ogni clima e terreno è diventato la sfida principale delle grandi industrie alimentari. E questa “universalità” fa parte del valore aggiunto che è il principale obbligo di qualsiasi alimento industriale.

Paul Roberts (3) ne *La Fine del Cibo* prefigura un futuro in cui il cibo sarà un accessorio. Il processo industriale di trasformazione del cibo innesca tali e tanti meccanismi di carattere tecnico e tecnologico per cui il cibo industriale si allontana, coscientemente, sempre di più sia dagli ingredienti originari sia dalle tecniche tradizionali di produzione. Quel che conta è “aggiungere valore” attraverso una qualunque modifica, del prodotto o del suo *packaging*. Questo allontanamento dalla sostanza del prodotto è di fatto un allontanamento dalla riconoscibilità, dall’identità del prodotto stesso, dai suoi legami con un qui e ora, con una cultura e un luogo.

Naturalmente le conseguenze di tutto questo non sono solo di carattere culturale e identitario. Quando dico che ci si allontana dagli ingredienti, quando dico che il cibo diventa un accessorio sto parlando anche di elementi nutrizionali. La vaniglia è un caso esemplare. Nelle preparazioni artigianali l’aroma di vaniglia viene estratto con procedimenti costosi dalle bacche di vaniglia, ingredienti a loro volta molto costosi. Non solo. Alcuni processi industriali, in particolare quelli per la produzione di prodotti da forno sono troppo violenti per la vaniglia al naturale. Occorre un prodotto chimico che mantenga, anche dopo i processi industriali, l’aroma di vaniglia. Questo prodotto è la vanillina, che è un composto sintetico che si può produrre a partire dai residui di lavorazione della carta. Nulla a che fare con il cibo, come si vede.

Attenzione, la tecnologia non è, in sé, il male. Mai come oggi il cibo di qualità, nel senso in cui lo intendiamo noi, ovvero di qualità organolettica, ambientale e sociale ha avuto bisogno di innovazione, ricerca, tecnologia. Ma deve essere una tecnologia orientata, per l’appunto al gusto, alla salute e alla sostenibilità, e non solo ed esclusivamente al risparmio di chi produce.

Allora: il gusto globalizzato è il gusto sganciato dal prodotto. È la riproduzione di un effetto, sempre uguale a se stesso, senza sfumature, senza *intenzioni*, senza variabilità e senza competenze. Non solo non sono necessarie competenze in chi vende o propone quel cibo. Ma non sono necessarie competenze nemmeno in chi lo mangia. Anzi, meno competenze ha in fatto di cibo reale chi mangia e meglio è per la diffusione e il successo del cibo industriale. Allora il cibo globalizzato non può che essere cibo industriale, ma il cibo industriale può avere successo solo in un mercato di persone incompetenti, dimentiche della loro cultura alimentare. E comunque questo cibo, per via del fatto che non è cibo o per via del fatto che non paga tutti i suoi costi, costa troppo poco: non è un caso se l’obesità cresce tra le classi deboli.

L’incompetenza però non è un dono; qualche volta può essere un talento naturale, ma è raro. È possibile lavorarci. E un valido aiuto nella costruzione dell’incompetenza sta nell’impossibilità di ricevere informazioni. Il cibo industriale è un cibo centralizzato. Nella produzione di cibo succede quel che succede con tutte le centralizzazioni. Se ci sono tante piccole case produttrici di film, per esempio, le competenze su come fare cinema saranno diffuse, e ci saranno tanti piccoli centri di competenza su come si fanno i film. Il pubblico sarà più vicino ai centri di competenza, ci saranno scuole di cinema, ci sarà la possibilità che ognuno si informi, si educi. Se la potenza produttrice si concentra in poche mani, se le competenze vengono in qualche modo allontanate dal pubblico non solo si avrà un pubblico meno qualificato per il giudizio, ma soprattutto quanti vorranno richiedere informazioni non sapranno dove rivolgersi o non potranno comunque accedere alla fonte dell’informazione perché troppo lontana.

Se sono pochi a produrre per molti, e se, come nel caso del cibo, questi molti non possono davvero scegliere se consumare, perché si può scegliere di non andare al cinema, ma non si può

scegliere di non mangiare, allora il vulnus del sistema diventa l'informazione: chi è tenuto a darla, chi ha diritto di chiederla e dove la deve cercare.

Il sistema industriale del cibo è costruito in modo da dover dare la minore quantità possibile di informazioni sulla realtà degli alimenti e da formare progressivamente nel tempo un pubblico sempre meno determinato a fare la fatica necessaria per procurarsi le informazioni che gli servono.

Quello che comunemente chiamiamo GUSTO, non è altro che quel mix di memoria, cultura, competenza tecnica e consuetudine che ci consente di riconoscere un cibo come appartenente alla nostra o all'altrui cultura e che ci consente comunque di riconoscerlo nelle sue caratteristiche.

Il gusto globalizzato invece è in sé un ossimoro, perché il cibo globalizzato ha bisogno di un pubblico senza gusto, senza capacità di riconoscere gli ingredienti veri da quelli sintetizzati. Il successo del cibo globalizzato sta proprio nell'indebolirsi del gusto ed è proprio per questo che diventa cruciale il lavoro di educazione che in tante situazioni si sta portando avanti. Un consumatore educato è un consumatore che va alla ricerca di cibo vero e il cui organismo potrà beneficiare dell'aroma di vaniglia che sta nella vaniglia, senza doversi piegare a composti chimici di sintesi.

Un consumatore educato è, fatalmente, un consumatore che mangia di meno, perché il cibo vero nutre e l'organismo lo riconosce, mentre il cibo accessorio è un cibo di per sé nevrotico, che solo dopo grandi volumi libera finalmente il segnale di sazietà.

La strada è completamente in salita. Ma voglio chiudere citando ancora Paul Roberts: occorre "riconoscere che quel che è successo al nostro cibo, e di conseguenza a noi stessi, non è stato un processo casuale e inevitabile. La trasformazione del sistema alimentare è stata di fatto guidata e plasmata da una delle forze umane più potenti e brutalmente efficienti: il mercato. Quel sistema però è ancora in gran parte un cantiere aperto, un prodotto di miliardi e miliardi di decisioni umane. E se molte di quelle decisioni vengono prese in luoghi e contesti che vanno ben oltre il nostro controllo, ce ne sono molte altre che vengono prese più vicino: nelle nostre regioni, nelle nostre comunità e nelle nostre cucine. Da migliaia di anni il cibo è lo specchio della società. È la fonte del materiale e delle idee che hanno portato avanti la civiltà nonché i meccanismi a causa dei quali la civiltà sembra ora cadere a pezzi. Agli albori del XXI secolo siamo più vicini a quel precipizio di quanto lo siamo mai stati, però siamo forse maggiormente in grado di allontanarcene".

Bibliografia

1. Calvino I. *Le città invisibili*. Roma: Mondadori; 1996.
2. Kant I. *Critica della ragion pratica*. 1788.
3. Roberts P. *La fine del cibo*. Torino: Codice edizioni; 2009.

LA SOLUZIONE MEDITERRANEA

Serge Latouche
Università Paris Sud 11, Parigi

Un economista, anche un po' filosofo, sociologo, antropologo e politologo, non è normalmente portato a parlare di obesità. In realtà, questo termine appare eccezionalmente nei miei libri solo tre volte, credo, e nella terza, per di più, in modo quasi metaforico. Ma proprio per questo, più significativo.

La prima volta, come enunciazione di un particolare, ne "La scommessa della decrescita" tra gli esempi del tradimento del benessere (1):

"La felicità promessa ai vincenti di questa società si traduce in frenetica accumulazione dei beni di consumo, in aumento dello stress, dell'insonnia, delle turbe psicosomatiche, delle malattie di ogni tipo (tumori, crisi cardiache, allergie varie, obesità, cirrosi epatica, diabete ecc.). All'aumento della crescita in tutti i settori sociali", osserva Jean-Paul Besset, "corrisponde un aumento del disagio individuale: stati depressivi, sindrome da fatica cronica, tentativi di suicidio, turbe psichiche, atti di demenza, internamenti, consumo di antidepressivi, tranquillanti, sonniferi, antipsicotici, stimolanti, integratori di ogni tipo, assenteismo al lavoro, a scuola, ansia, comportamenti a rischio...(2)".

La seconda volta nella introduzione del "Breve Trattato sulla decrescita serena" (3):

«Ci sono tre domande fondamentali in questo mondo, ci dice Woody Allen: Da dove veniamo? Dove andiamo? Che mangiamo stasera? Se per i due terzi dell'umanità la terza domanda rimane la più importante, per noi abitanti del Nord, i sovralimentati del sovraconsumo, non è più un problema. Consumiamo troppa carne, troppi grassi, troppo zucchero, troppo sale. Siamo minacciati dal sovrappeso. Rischiamo il diabete, la cirrosi epatica, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Staremmo meglio se ci mettessimo a dieta ».

Precisando in una nota:

«Il fenomeno riguarda il 60 per cento della popolazione negli Stati Uniti, il 30 per cento in Europa e il 20 per cento dei bambini in Francia»: (4) secondo il professor Dominique Belpomme, oncologo promotore dell'appello di Parigi, capo della commissione per il cancro e autore, in particolare, dell'interessantissimo libro "Le malattie causate dall'uomo" (5).

La terza volta, a proposito della crisi attuale:

«Soprattutto, va detto che la decrescita scelta non è la stessa cosa di una decrescita subita. Il progetto di una società di decrescita è radicalmente diverso dalla crescita negativa, quella che noi abbiamo già imparato a conoscere. La prima è paragonabile a una cura d'austerità intrapresa volontariamente per migliorare il benessere, mentre l'iper-consumismo ci minaccia d'obesità. La seconda è una dieta forzata che può portare alla morte per carestia » (6).

Nei primi due casi, l'obesità è compresa tra i rischi per la salute causati dalla crescita economica. Essa viene correlata, per esempio, al cibo-spazzatura (*junk food*).

Nell'ultimo caso, invece, l'obesità è considerata come un simbolo del consumismo, condizione di dipendenza ingravescente. Così, per l'obiettore di crescita, l'obesità è principalmente il risultato del modello alimentare della società dei consumi, ma, in senso più generale, può rappresentare la dipendenza dal consumo espressione della società della crescita dal quale il progetto della decrescita mira a liberarci.

Cibo spazzatura (*Junk-food*) e obesità

Naturalmente, l'obesità non è estranea a tutto lo stile di vita suscitato dalla civiltà della crescita: riduzione dell'attività manuale a vantaggio di una vita sedentaria e passiva dinnanzi ad una scrivania (perfino nelle officine), diminuzione del moto "a piedi" a vantaggio delle auto.

Questa riduzione dell'attività fisica non viene sufficientemente compensata dallo jogging né dalla bicicletta.

Tuttavia, l'obesità ci porta a considerare le abitudini alimentari generate dalla società dei consumi come prima causa soprattutto in questa fase (di cocacolonizzazione e di mcdonaldizzazione). La mondializzazione ha, in effetti, trasformato la dieta dei consumatori ingenui e poco accorti, che, attratti dalla apparenza deliziosa, credono di consumare, fuori stagione, della ottima frutta e delle verdure fresche (che tuttavia spesso si rivelano insipide e perfino velenose) provenienti dai luoghi più lontani della terra.

Tutto questo è ragionevole e necessario?

Gli alimenti prodotti dall'industria e le bibite analcoliche (gasate e zuccherate) sono largamente responsabili dell'obesità e del diabete.

Tutto questo è evidente qui da noi ma risulta ancor più caricaturale nel caso degli abitanti dell'isola di Nauru, una isoletta del Pacifico che si è autodistrutta esportando i propri fosfati.

Si è passati in entrambi i casi da una alimentazione equilibrata adatta alle esigenze di un metabolismo millenario (il famoso modello cretese o mediterraneo) a cibi industriali troppo ricchi di zuccheri, grassi, sali e molecole di sintesi.

Inoltre, secondo lo studio di Didier Raoult, responsabile del laboratorio dell'Ospedale pediatrico "La Timone" in Marsiglia, pubblicato sulla rivista *Nature* nel settembre 2009 gli yogurt così-detti "salute" dopati con probiotici, cioè con quei "batteri salutari vivi e attivi" sarebbero uno dei fattori favorevoli l'obesità. Ciò non è tuttavia veramente sorprendente se si considera che queste sono le stesse molecole che vengono somministrate agli animali degli allevamenti industriali, maiali e volatili, per farli ingrassare (7).

I fast-food, la formula dei quali è stata dettata da Yves Cochet, sono divenuti il simbolo di un modello da abolire: "produttori malpagati" + una energia a basso costo + bassi costi di trasporto + una trasformazione operata a proletari stranieri + delle condizioni ambientali e sanitarie non controllate = una alimentazione "moderna" economica per dei consumatori occidentali frettolosi (8). Tutte queste cose sono combattute dagli obiettori di crescita come dal movimento altermondialista (ndt: movimento sociale che si oppone ad alcuni aspetti della globalizzazione, propugnando un modello di sviluppo sociale più equo – Devoto-Oli 2010) o lo Slowfood (ndt: movimento internazionale fondato da Carlo Petrini nel 1986 in antagonismo al fastfood).

La tossicodipendenza del consumatore

Noi siamo tossicodipendenti della crescita: la tossicodipendenza dalla crescita non è una metafora. Essa è polimorfa. Alla bulimia consumatrice di coloro che subiscono il fascino irresistibile dei supermercati e dei grandi magazzini ribatte il *workaholic*, la dipendenza ossessiva dal lavoro dei dirigenti, sostenuti, se necessario, con la somministrazione di antidepressivi e persino, secondo le inchieste inglesi, con il consumo di cocaina per i dirigenti superiori che vogliono essere all'altezza.

L'iperconsumismo dell'individuo contemporaneo "consumatore turbo" porta a una felicità paradossale o ferita (9). Mai, prima d'ora, l'individuo aveva raggiunto un simile grado di derelizione. L'industria dei "beni di consolazione" cerca invano di porre rimedio a ciò (10). Noi francesi abbiamo ottenuto, in questo settore, un triste record: abbiamo acquistato nel 2005 ben

41 milioni di confezioni di antidepressivi (11). Senza entrare nei dettagli di “questa malattia generata dall’uomo”, non possiamo che far nostra una diagnosi del Prof. Belpomme: “la crescita è divenuta il cancro dell’umanità”(4).

È venuto alla luce un consumo di farmaci e medicali esagerato e il budget della sicurezza sociale non è più sufficiente a farsi carico i bambini e gli adulti portatori di handicaps, né a garantire il trattamento a tutti i pazienti bisognosi di dialisi.

In verità, la politica della salute, nell’era tarda-moderna, non può essere che mostruosa.

Delle menti sagge ritengono che, prima di lanciarsi in queste nuove performance, sarebbe stato giudizioso trovare delle soluzioni accettabili a questi problemi.

Non è forse più ragionevole scegliere la lotta contro l’inquinamento, piuttosto che lasciare che il tumore cresca e poi costruire, con grandi spese, nuovi centri di cura? Si pensa persino che l’aspettativa di vita abbia imboccato la via del declino.

La battaglia condotta dal movimento del “per la decrescita” va oltre. Gli “obiettori di crescita” pretendono di affrontare il male alla radice, “la società della crescita “ e propongono una cura radicale, costruire una società della sobrietà scelta, unica compatibile con i limiti del pianeta. Il progetto della decrescita implica, in particolare, una “demondializzazione” sistematica e un rigetto della agricoltura programmata verso una continua crescita della produzione (produttivismo).

Il terzo e il quarto punto del programma “politico” esposto nella terza parte del piccolo trattato già citato (4), sono molto espliciti: «Rilocalizzare le attività, in particolare rimettendo in questione l’enorme volume degli spostamenti di uomini e di merci sul pianeta, visto l’impatto nefasto che hanno sull’ambiente». Per esempio, perché consumare frutta e verdura “fuori stagione”?

Restaurare l’agricoltura contadina, e cioè incoraggiare una produzione il più possibile locale, stagionale, naturale, tradizionale

È indispensabile sopprimere progressivamente l’uso dei pesticidi allergeni, neurotossici, immunodepressori, mutageni, cancerogeni, e perturbatori delle funzioni endocrine, cioè reprotossici (che possono provocare la sterilità).

L’agricoltura produttivista, in effetti, guidata dal solo scopo del rendimento favorisce la monocoltura, le manipolazioni genetiche e la “brevettabilità” del vivente finalizzata agli interessi dei grandi gruppi operanti nel settore agro-alimentare. Risultato: circa i tre quarti della diversità biologica su base genetica delle colture agricole, secondo la FAO sono andate perdute nel corso dell’ultimo secolo. La lotta contro la grande distribuzione e la pubblicità completa questo quadro.

L’uscita del lavoro attuale e del sistema produttivista, comportano la sostituzione di allevamento industriale di agricoltura contadina, molti più posti di lavoro, più orientato verso i mercati locali.

L’abbandono del sistema produzione e di lavoro attuali presuppone la sostituzione di una agricoltura industriale con una agricoltura contadina, molto più ricca in posti di lavoro e più orientata verso i mercati più vicini.

Le AMAP (*Associations pour le Maintien de l’Agriculture Paysanne* / Associazioni per il mantenimento dell’agricoltura contadina) permettono così il radicarsi, in zone periurbane, di una agricoltura solidale locale, l’insediamento dei giovani agricoltori sfuggiti alle tentazioni del settore agro-industriale e di conseguenza il mantenere o la riconquista, dell’occupazione agricola. Tuttavia, questo cambiamento necessario, non è scontato. Gli interessi in gioco sono enormi. Le lobby private possono contare sulla complicità degli stati e dei loro esperti.

Ricordiamo che sotto la pressione degli interessi economici, numerosi allarmi lanciati da scienziati (amianto, le aflatossine, fipronil e imidacloprid, eparina, campi elettromagnetici, diossina, perturbatori endocrini ...) sono stati soffocati dalle agenzie governative – tagliando gli

stanziamenti dei laboratori coinvolti, o licenziando dal loro incarico i responsabili scientifici (a volte con la complicità dei sindacati per “proteggere “ posti di lavoro).

Nel suo splendido libro “Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza” Marco Bobbio (12) elenca numerosi esempi ben documentati di questi conflitti d’interesse poco favorevoli alla salute della popolazione.

Il momento del crollo si avvicina pericolosamente, quello della decrescita è dunque arrivato! La società della sobrietà scelta, che emergerà nella sua scia, ammetterà un diverso rapporto col tempo. Reinstaurare un rapporto sano con il tempo sarà semplicemente come riappare a stare al mondo.

Questo programma prevede anche un risvolto alimentare. Preoccuparsi per il cibo può sembrare sorprendente, per i sostenitori della decrescita, ma mangiare è diventato nelle parole di Carlo Petrini, “un atto agricolo” (13) e persino un atto politico e medico.

Lo slogan dell’associazione dei consumatori italiani, sostenuta da Slow Food, “Chilometri Zero” è, a nostro avviso, del tutto appropriata. Effettivamente, dobbiamo impegnarci a favore di consumi che non comportino l’uso mezzi di trasporto, quindi con zero emissioni di gas ad effetto serra, zero rifiuti e, per concludere, zero stress.

Interrogarsi sul contenuto del piatto rivela una inclinazione legittima per i piaceri della bocca, perché il cibo influenza l’intera vita sociale. “*Un gastronomo che non è un ecologista è un idiota, ma un ambientalista che non è un gastronomo è un povero diavolo*”, ama ripetere Carlo Petrini. “*Avremo il buon cibo quando tutti i consumatori ricchi o poveri saranno intenditori ed esigenti circa la qualità.*”, ha detto il socialista Charles Fourier precursore della decrescita (14). “*Bisogna che l’uomo, ha aggiunto, diventi gastronomo prima di diventare un agronomo.*” Questo, senza dubbio è il migliore dei modi per guarire dall’obesità, attraverso una alimentazione sana e gustosa (15).

Bibliografia

1. Latouche S. *La scommessa della decrescita*. Roma: Feltrinelli; 2007.
2. Besset JP. *Comment ne plus être progressiste... sans devenir réactionnaire*. Paris: Fayard; 2005.
3. Latouche S. *Breve Trattato sulla decrescita serena*. Torino: Bollati Boringhieri; 2008.
4. Belpomme D. *Avant qu’il ne soit trop tard*. Fayard; 2007.
5. Belpomme D. *Ces maladies créées par l’homme*. Albin Michel; 2004.
6. Bosi A, Deriu M, Pellegrino V (Ed). *Il dolce avvenire. Decrescita*. Reggio Emilia: Diabasis; 2009.
7. Raoult D. Probiotics and obesity: a link? *Nature* 2009;7:616.
8. Cochet Y. *Petrole apocalypse*. Paris: Fayard; 2005.
9. Lipovetsky G. *Le Bonheur Paradoxal, essai sur la société d’hyperconsommation*. Gallimard; 2006.
10. Leclair B. *L’industrie de la consolation*. Genève: Verticales; 1998.
11. Canfin P. *L’économie verte expliquée à ceux qui n’y croient pas*. Paris: Les petits matins; 2006.
12. Bobbio M. *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza*. Torino: Einaudi; 2004.
13. Petrini C. *Militants de la gastronomie*. Le Monde diplomatique; 2006.
14. Fourier C. *La Fausse Industrie*. VIII;1835:1:38.
15. Seignalet J. *L’Alimentation ou la troisième médecine*. Paris: Francois-Xavier de Gilbert; 2004.

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2011 (n. 4) 32° Suppl.