



**SIPREC**

società italiana  
per la prevenzione  
cardiovascolare

Documento del Gruppo di Lavoro Siprec 2014

---

# **IMPATTO DELLA CRISI ECONOMICA SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

## **Coordinamento Scientifico**

Maria Grazia Modena

## **Comitato di Esperti**

Gaetano Crepaldi

Giovanni de Gaetano

Gianluigi Ferrante

Giorgio Galanti

Simona Giampaoli

## Consiglio Direttivo

Bruno Trimarco	Presidente
Massimo Volpe	Past President
Gaetano Crepaldi	Presidente Onorario

Angelo Avogaro  
Paolo Bellotti  
Claudio Borghi  
Graziella Bruno  
Francesco Cosentino  
Cristina Giannattasio  
Ornella Guardamagna  
Maria Grazia Modena  
Pietro Amedeo Modesti  
Giulio Nati  
Roberto Volpe

## **Coordinamento Scientifico**

M.G. Modena                    Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche  
Materno-Infantili e dell'adulto  
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

## **Comitato di Esperti**

G. Crepaldi                    Sezione Invecchiamento  
Istituto di Neuroscienze del Consiglio Nazionale delle Ricerche  
Padova

G. de Gaetano                Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione  
IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli

G. Ferrante                    Sistema Sorveglianza PASSI  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione  
della Salute, ISS - Istituto Superiore Sanità, Roma

G. Galanti                     Scuola di Specializzazione di Medicina dello Sport  
Università degli Studi di Firenze

S. Giampaoli                 Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Vascolari  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione  
della Salute, ISS - Istituto Superiore Sanità, Roma

## **Hanno contribuito alla stesura del documento**

M. Bonaccio                 Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione  
IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli

L. Iacoviello                 Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione  
IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli

L. Palmieri                    Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Vascolari  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione  
della Salute, ISS-Istituto Superiore Sanità, Roma

L. Stefani                     Scuola di Specializzazione di Medicina dello Sport  
Università degli Studi di Firenze

D. Vanuzzo                    Centro di Prevenzione Cardiovascolare  
A.S.S. 4 - Agenzia Regionale della Sanità, Udine

## Indice

Prefazione	pag. 9
Introduzione	pag. 11
La salute non è uguale per tutti: i determinanti di una vita sana	pag. 15
Monitoraggio della salute cardiovascolare e livelli socio-economici	pag. 19
Sostenibilità di una sana alimentazione: la Dieta Mediterranea	pag. 23
Impatto della crisi economica sull'attività fisica	pag. 30
Impatto della crisi economica sull'attenzione alla propria salute	pag. 34
Conclusioni	pag. 38
Bibliografia	pag. 44

## Prefazione

Il ruolo delle Società Scientifiche è certamente cambiato nel corso del secolo scorso. Se, infatti inizialmente Esse costituivano un dotto consesso in cui discutere e confrontarsi su argomenti di ricerca al fine di favorire lo scambio di informazione tra i diversi gruppi di ricercatori, oggi questo tipo di funzione è superato grazie all'enorme progresso dei mezzi di comunicazione che consente uno scambio continuo di informazione tra i ricercatori.

Diviene allora fondamentale per giustificare l'esistenza delle Società Scientifiche modificare il loro ruolo e fornire un contributo alla divulgazione dei risultati della ricerca nella popolazione. Esse devono utilizzare le altissime competenze dei loro Soci per analizzare fenomeni di grande impatto sociale al fine di fornire ai cittadini un'informazione competente ed imparziale sulla natura, le cause e le possibili soluzioni di problematiche di grande attualità.

In questa ottica si è sempre posta la SIPREC, e il Documento di quest'anno rappresenta, a mio modo di vedere, la conferma della bontà di questa strategia. Se infatti si parla continuamente degli effetti che la crisi economica che il nostro Paese sta vivendo sulle spese voluttuarie delle famiglie, meno conosciuta è la ricaduta che l'attuale situazione economica ha su alcuni importanti determinanti della prevenzione cardiovascolare, quali l'alimentazione e l'attività fisica, e, soprattutto, sull'attenzione dei cittadini alla proprio stato di salute. Dal momento che la conoscenza di un problema è il primo passo per arrivare alla sua soluzione, a noi piace pensare che la divulgazione di questo prezioso Documento possa contribuire ad attenuare l'impatto negativo della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare suggerendo delle possibili soluzioni.

Infine, dal momento che il peso organizzativo del Documento è stato sopportato prevalentemente dagli Autori dei singoli Capitoli non posso che chiudere questa breve prefazione ringraziandoli. Soprattutto, mi preme dare atto alla professoressa Maria Grazia Modena, non solo per aver curato la realizzazione dell'intera opera, ma per l'importante contributo fornito in questi anni alla crescita della nostra Società.

B. Trimarco

## Introduzione

In Italia stiamo assistendo a sempre maggiori difficoltà a sostenere il Sistema Sanitario Nazionale. Dopo i 30 miliardi di euro di tagli alla Sanità effettuati negli ultimi due anni, il 20 settembre, il Documento di Economia e Finanza 2013 ha annunciato anche la riduzione del PIL destinata alla Sanità Pubblica. Il Sole 24 Ore attraverso la Fondazione GIMBE (Evidence for Health) ha in questi giorni diffuso una newsletter in cui si segnala, proprio in base al DEF 2013, l'allarme di un possibile smantellamento del SSN a fronte del via libera all'intermediazione assicurativa dei privati. La stessa fonte sta promuovendo una sottoscrizione per difendere il SSN pubblico, equo, universalistico.

La crisi economica che sta investendo il nostro Paese e parte dell'Europa va aggravandosi per una progressiva deindustrializzazione con uno spostamento progressivo delle forze manifatturiere nei paesi dove il costo del lavoro è più basso, con un crescente preoccupante livello di disoccupazione. Ad accentuare la crisi economica attuale si aggiungono i cambiamenti demografici, con un crollo delle nascite, l'aumento della speranza di vita e l'immigrazione, con mutamento del pattern delle malattie e impatto sul sistema sociale e socio-sanitario (1).

Per capire se la crisi economica attuale abbia o avrà un impatto sulla Prevenzione Cardiovascolare si può adottare un criterio di confronto con quelle che sono state le conseguenze in tal senso del grande sviluppo economico degli anni '80 nell'Europa Occidentale a fronte della stagnazione economica dell'Europa dell'Est dovuta al fallimento del modello economico comunista. Il risultato è semplice e si ricava dall'aumento della speranza di vita nell'Europa Occidentale, di 3.15 anni nell'uomo e di 2.47 anni nella donna fra il 1999 e il 2010. L'aumento della speranza di vita era mediata da vari fattori: minor esposizione a condizioni di vita a rischio, miglioramento dello stile di vita e dell'alimentazione, miglior efficienza del sistema sanitario pubblico e miglioramento della diagnosi e terapia delle malattie cardiovascolari. A questo si sono sommati i progressi in termini di salute materna e perinatale, di immunizzazione, di diagnosi e trattamento dell'ipertensione, delle malattie infettive e l'introduzione degli screening di certi tumori. La riduzione di mortalità della popolazione più anziana sembrò aprire una nuova fase nella transizione epidemiologica, che avrebbe avuto importanti conseguenze sull'invecchiamento della popolazione. La riduzione di mortalità dei più giovani era ascrivibile a un crollo di cause letali esterne, quali violenze e danni fisici, nell'ambito di un acquisito miglioramento delle condizioni di vita e di educazione (2). Il più grande impatto sulla prevenzione, in generale, si è raggiunto attraverso una politica di controllo dell'uso del tabacco e dell'alcool, dell'inquinamento atmosferico, della sicurezza del traffico stradale e dell'alimentazione.

A partire dagli anni '90 si cominciò tuttavia ad osservare un aumento dell'obesità anche nelle nazioni tradizionalmente "magre", fra cui Francia, Spagna e Italia. L'Unione Europea, come principio, possiede strumenti molto potenti per controllare l'obesità, quali le politiche del Mercato Comune, i sistemi regolatori sugli alimenti e la possibilità di finanziare infrastrutture e programmi di formazione attraverso grant competitivi. Così cominciò una campagna europea sulla

scia del movimento mondiale anti-obesità (3) e a favore di una sana alimentazione. L'Italia ha avuto un ruolo importante in questa politica comunitaria, essendo divenuta la città di Parma la sede dell'European Food Safety Authority incaricata del controllo scientifico della sicurezza del cibo. Purtroppo le diverse politiche sugli alimenti, l'ampio spettro e le differenze dei sistemi governativi europei hanno ampiamente limitato quelli che erano i target dell'agenda dell'Unione Europea in termini di salute pubblica nell'ultimo decennio. Su questo ha gravato ulteriormente la crisi economica (4). Tornando alla città di Parma, anche tutti gli sforzi per lanciare la campagna dello "slow food" hanno subito un rallentamento notevole, poichè considerata in modo scorretto un tipo di alimentazione ad elevato costo.

La crisi economica che ha coinvolto l'Europa a far data dal 2008 ha fatto nascere forti preoccupazioni in termini di salute della popolazione andando a impattare soprattutto sul fronte della prevenzione, che, nel campo cardiovascolare, rappresentava e rappresenta la sfida più difficile, avendo invece già raggiunto traguardi terapeutici soddisfacenti.

Nonostante più di 100 anni di ricerca sugli effetti della "turbolenza" economica sulla salute, la relazione fra i due fattori non è ancora stata del tutto chiarita. Basti pensare a fattori confondenti creati dalla crisi, quali aumento della sedentarietà e delle ore di sonno (a scapito dell'attività fisica) per depressione e perdita del lavoro; aumento, per le stesse ragioni, del consumo di alcol e sigarette, nonostante rialzi di prezzo e tassazione, e la riduzione degli incidenti automobilistici per minor utilizzo da "caro-benzina" (5).

Questo documento è stato pensato per cercare di comprendere le ragioni dell'impatto della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare nel nostro Paese e cercare anche solo degli spunti per porvi rimedio, sempre nell'ottica di risorse limitate.

Per quest'ordine di motivi si è pensato di analizzare:

- il monitoraggio della salute in relazione ai livelli socio-economici
- i determinanti di una vita sana
- la possibilità di ricorrere alla dieta più consona al " Belpaese" in epoca di crisi, quale è la Dieta Mediterranea
- le eventuali ripercussioni sull'attività fisica
- le possibili conseguenze sull'attenzione alla propria salute

M.G. Modena

## La salute non è uguale per tutti: i determinanti di una vita sana

G. de Gaetano, L. Iacoviello, M. Bonaccio

Qualcuno potrebbe pensare che le malattie e i problemi di salute in genere colpiscano le persone nello stesso modo, indipendentemente dal posto in cui vivono, dalla famiglia che hanno formato o dal lavoro che hanno svolto per una vita intera. Nulla di più sbagliato.

La salute non è uguale per tutti.

È da tempo ormai che il mondo scientifico fornisce supporto a quello che un tempo avremmo etichettato come semplice e comune buonsenso. Le persone con uno stato sociale basso o un livello culturale inferiore si ammalano di più. Ciò non avviene casualmente, ma è legato al fatto che nelle fasce sociali più deboli hanno una prevalenza di fattori di rischio per alcune patologie molto più alta rispetto ai gruppi che occupano il vertice della piramide sociale. Anche la loro sopravvivenza alle patologie è fortemente condizionata dal fatto di appartenere alla base della società.

Non avere un livello di istruzione adeguato o magari un reddito dignitoso può davvero avere ripercussioni sulla salute della gente? La scienza ne è convinta. Tant'è che gli studi sull'argomento si moltiplicano e i dati si riconfermano, indipendentemente dal tipo di società nelle quali vengono raccolti.

I meccanismi che stanno alla base di queste profonde crepe della nostra società sono stati ravvisati principalmente negli stili di vita poco salutari. Fumo, scarso esercizio fisico e un'alimentazione poco sana sono caratteristiche dominanti nelle fasce più basse della popolazione (6). Questo significa che il fardello del rischio non solo cardiovascolare, ma anche tumorale, è molto più pesante ed incisivo rispetto invece a chi sta attento a ciò

che mangia o magari pratica regolarmente attività fisica. Ovviamente non tutti gli stili di vita pesano allo stesso modo. Tra i comportamenti fortemente legati alla salute, la dieta rappresenta di certo uno dei fattori strettamente connessi allo stato socioeconomico a cui si appartiene (7).

Ma anche il posto in cui si vive sembra fare la differenza. Abitare in periferia, ad esempio, comporta un aumento del rischio cardiovascolare, osservazione imputata sia ad una lontananza dai centri di salute sia all'accesso alimentare che almeno negli Stati Uniti è profondamente diverso a seconda della zona in cui si vive (8). In Italia i gap sociali sono molto meno marcati rispetto ad altre realtà europee e d'oltreoceano in particolare. Tuttavia anche sul territorio nazionale le differenze socioeconomiche determinano esiti diversi in termini di salute.

In un nostro recente studio abbiamo potuto osservare che anche piccole disuguaglianze di reddito producono disparità di alimentazione, indipendentemente dal livello di istruzione. In pratica, chi ha più disponibilità di denaro è anche più propenso a seguire uno stile alimentare più sano, più vicino alla Dieta Mediterranea (9). E seguire la Dieta Mediterranea significa di fatto una riduzione importante della mortalità non solo cardiovascolare, ma anche tumorale (10).

Ma, come del resto nell'esperienza quotidiana, anche nel campo della salute e delle malattie il denaro non è tutto: altri fattori svolgono, infatti, una parte importante nel comporre il complesso puzzle della salute. Un recente filone di ricerca si sta orientando a



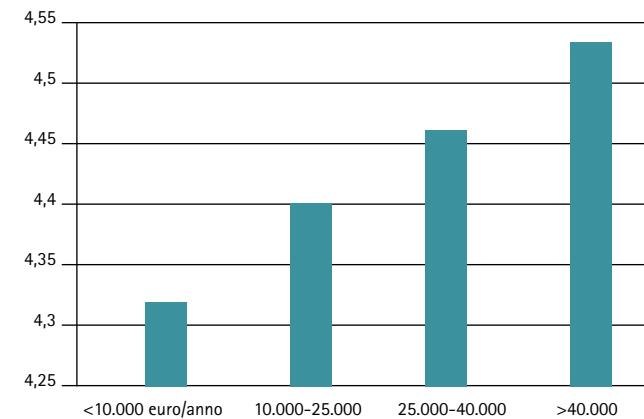
capire quanto la conoscenza nutrizionale possa tamponare lo svantaggio di appartenere ad una fascia socioeconomica più debole. In effetti, sapersi muovere bene nella giungla delle informazioni alimentari è stato associato a migliori scelte a tavola (11). Questo dato spinge a pensare che saper distinguere i cibi salutar da quelli che non lo sono, o magari avere nozione dei legami profondi che esistono tra dieta e patologie, può fare la differenza anche se si è nei gradini più bassi della piramide sociale. Non molto diversamente si comportano coloro che invece sono parecchio esposti al messaggio mediatico. Sebbene le ore trascorse davanti alla televisione siano state stigmatizzate dal mondo scientifico come un fattore di rischio da non sottovalutare, perché di fatto è tutto tempo di inattività fisica, quando si cambia prospettiva, le cose non appaiono poi così scontate. In pratica, se le ore trascorse sul divano utilizzando i mass-media, tecnicamente sottratte al movimento (ammesso che invece si tradussero in attività fisica), vengono considerate come momento di acquisizione di informazioni, si rileva che le persone che usano TV e giornali in maniera informativa, e non solo come svago, seguono un'alimentazione migliore rispetto agli altri, indipendentemente dai loro studi (12). Queste indagini recenti sono incoraggianti perché indicano che reddito e livello di istruzione bassi potrebbero non rappresentare più una condanna senza scampo. Tuttavia, la mannaia della crisi economica rischia di compromettere anche questa speranza, rendendo di fatto il fattore economico lo spartiacque quasi assoluto tra salute e malattia. La crisi economica e

il conseguente aumento dei prezzi stanno favorendo l'aumento delle disparità tra i gruppi sociali, con i poveri che mangiano sempre peggio e i benestanti che invece ancora possono permettersi una selezione più accurata dei cibi da portare a tavola. Questo perché essere consapevoli di cosa si mangia non basta più. Non è sufficiente sapere che i grassi, alla lunga, compromettono le arterie o che troppo sale rischia di fare schizzare la pressione arteriosa. Non basta sapere, bisogna pure essere in grado di potersi permettere cibo sano. Ed ecco quindi che la crisi economica finisce solo per allargare progressivamente le maglie del tessuto sociale con una selezione inaccettabile in una società civile. Negli Stati Uniti, bibite gassate, zuccheri e cibi grassi, semplicemente perché costano meno, restano la corsia preferenziale attraverso la quale i fattori di rischio stritolano le fasce sociali più deboli (13). Ecco perché sempre più spesso si parla di disparità di accesso ai cibi salutar come causa di ineguaglianze alimentari e conseguenti differenze in termini di obesità, ad esempio. Ma non è solo l'alimentazione a tagliare in due, o più parti, la popolazione. Anche altri stili di vita contribuiscono ad acuire le differenze di salute tra i diversi strati sociali. L'attività fisica, ad esempio, segue anch'essa un gradiente socioeconomico. Per quanto le popolazioni con livello socioeconomico più basso possano praticare maggiore attività fisica da lavoro (quella derivante ad esempio dal lavoro manuale), l'esercizio sportivo sembra essere una prerogativa delle classi più abbienti (14) ed è anche il tipo di attività fisica maggiormente associato ad una riduzione del

rischio cardiovascolare (15). Stesso discorso per il fumo, dato che gli ex fumatori sono più presenti tra i benestanti (16), indice di una renzione verso la buona strada che probabilmente si accompagna ad una maggiore attenzione anche verso altri stili di vita più salutar. In conclusione, non sembra esserci dubbio che il veicolo delle cattive abitudini spinga i

gruppi socioeconomici più bassi ad un destino meno salutare rispetto a coloro che occupano i vertici della piramide sociale. Tuttavia, resta ancora da capire quanto altri fattori modificabili possano in qualche modo contenere il danno e restituire un'autentica e concreta uguaglianza sociale. In salute e in malattia.

**Figura 1**  
Adesione alla Dieta Meditteranea e reddito familiare.  
Modificato da Bonaccio M. et al, BMJ Open. 2012 19;2 (6)



**Tabella 1**

Possibilità di trovarsi nella categoria alta di adesione alla Dieta Mediterranea e rischio di essere obeso secondo i livelli di conoscenza nutrizionale. Modificato da Bonaccio M et al, *Appetite*. 2013; 68:139-46.

MEDITERRANEAN SCORE				
Nutrition Knowledge	Low (0-4) (n=401, 53,9%)	High (>4) (n=343, 46,1%)	OR	(95%CI)
Low (%)	36,9 %	30,9 %	-1-	(referent)
Medium (%)	32,9 %	33,8 %	1,26	(0,86-1,84)
High (%)	30,2 %	35,3 %	1,62	(1,09-2,40)
P for trend = 0,016				
OBESITY				
Nutrition Knowledge	BMI<=30 (n=732, 71,5%)	BMI >30 (n=212, 28,5%)	OR	(95%CI)
Low (%)	31,2 %	41,5 %	-1-	(referent)
Medium (%)	33,3 %	33,5 %	0,82	(0,55-1,23)
High (%)	35,5 %	25,0 %	0,61	(0,40-0,95)
P for trend = 0,030				

## Monitoraggio della salute cardiovascolare e livelli socio-economici

S. Giampaoli, L. Palmieri, D. Vanuzzo

Le persone che vivono nei distretti più poveri sono anche quelle che hanno aspettativa di vita più breve: gli abitanti di Glasgow che vivono nelle zone più disagiate hanno 12 anni di aspettativa di vita in meno rispetto a coloro che abitano nei distretti più lussuosi (17). Questo fenomeno è presente anche se consideriamo i diversi paesi: in Russia l'aspettativa di vita è 58,4 anni, 20 anni di meno rispetto a Svezia e Islanda (18). Molti studi epidemiologici hanno messo in evidenza che vi è una gradualità fra le diverse classi sociali: il più famoso, il Whitehall Study degli impiegati inglesi (19, 20), dimostra che i dirigenti godono di un migliore stato di salute, ma anche nell'ambito della stessa categoria di impiegati lo stato di salute peggiora man mano che si scende nella classe sociale. È plausibile quindi che oltre al livello economico le circostanze in cui vivono e lavorano le persone, come l'insicurezza finanziaria e la mancanza di speranza, giochino un ruolo importante nel perseguire il buono stato di salute.

È comunque difficile identificare variabili che considerate insieme o da sole possano essere un buon indicatore della posizione socio-economica; usualmente per definire la condizione socioeconomica si utilizzano delle variabili "proxy": fra queste le più utilizzate in letteratura sono la scolarità, l'occupazione e lo stato civile. Il livello di scolarità è un buon indicatore nell'età più giovane, mentre l'occupazione, che tiene conto dell'attività lavorativa, è un buon indicatore nell'età adulta, ma è difficile da applicare nelle persone anziane e nelle donne. I dati ISTAT riportano che in Italia il livello di scolarità si correla bene con il

reddito (21). La procedura di campionamento, la metodologia standardizzata applicata nel raccogliere le informazioni e nell'effettuare le misurazioni, assieme alla buona riproducibilità della domanda specifica sulla scolarità (livello di educazione/anni di studio continuativi) o sulla occupazione, garantiscono la validità e la comparabilità dei risultati. Non va comunque dimenticato che nelle indagini di popolazione il tasso di partecipazione è più basso per le classi sociali più disagiate (22).

Nei paesi economicamente sviluppati gli uomini e le donne con livello socio-economico basso hanno un rischio cardiovascolare maggiore. Anche in Italia questa associazione, particolarmente forte negli uomini per l'obesità e l'abitudine al fumo di sigarette e nelle donne sembra essere confermata per l'obesità (23). Il livello di scolarità elevato è protettivo verso la mortalità totale e le malattie cardiovascolari (24). Ciò è intuibile facilmente: coloro che hanno più elevato livello di istruzione sono anche coloro che adottano uno stile di vita più sano. Lo stato civile è risultato associato alla mortalità totale (25,26), i single tendono ad avere comportamenti meno salutari, (abitudine al fumo, inattività fisica e minor interesse verso gli screening di prevenzione).

In Italia il rischio di malattie cardiovascolari è stato per anni tradizionalmente considerato più alto nelle classi sociali più elevate, in quanto coloro che appartenevano alla classe sociale più bassa erano anche le persone che seguivano un'alimentazione più povera, caratterizzata da maggior consumo di frutta e verdura, fibre, meno zuccheri, più grassi monoinsaturi (Dieta Mediterranea descritta

da Ancel Keys negli anni '70). Attualmente la situazione risulta invertita, sono cambiate le abitudini, l'alimentazione nelle famiglie più povere, dopo aver raggiunto un maggior benessere, è diventata ipercalorica e l'attività fisica si è ridotta comportando un aumento dell'obesità dovuto ad un eccesso di introito calorico rispetto ad un disperdimento energetico scarso.

Ci sono pochi dati disponibili sulle abitudini alimentari degli italiani, alcuni dati analizzati nell'ambito dello studio europeo EURALIM hanno dimostrato che nella seconda metà del 20° secolo la tendenza è stata quella della omogeneizzazione alle abitudini alimentari e i classici fattori di rischio nella popolazione generale non sono più a favore del Sud (27). Dati sulle malattie cardiovascolari e sui fattori di rischio sono disponibili grazie all'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/ Health Examination Survey attraverso due indagini (la prima tra il 1998 e il 2002 e la seconda tra il 2008 e il 2012) condotte con le stesse metodologie standardizzate. Tutte le regioni rappresentate attraverso campioni casuali estratti dalla popolazione generale, ci permettono di confrontare alcuni dati interessanti relativi alle condizioni a rischio altamente associate alla modifica degli stili di vita avvenuti in questi ultimi anni. Questi dati sono stati presentati all'ANMCO nel maggio del 2013 e sono riportati nella tabella 2 per uomini e donne in base al livello di scolarità (elementari/media inferiore e media superiore/laurea); i dati sono grezzi, ma la variazione nel tempo è stata valutata sul dato standardizzato della prevalenza, in modo da non risentire della

differente distribuzione per età; in particolare sono state definite diabetiche le persone che avevano glicemia a digiuno su siero  $\geq 126$  mg/dl oppure erano in terapia, ipertese le persone con pressione arteriosa  $\geq 140$  e/o 90 mmHg o in terapia specifica, obese le persone con indice di massa corporea  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, ipercolesterolemiche le persone con colesterolemia  $\geq 240$  mg/dl. I nostri risultati mostrano che negli ultimi 10 anni è aumentata la prevalenza del diabete e dell'obesità; l'abitudine al fumo e l'inattività fisica nel tempo libero sono leggermente migliorate. Soprattutto è importante notare che il peggioramento dei fattori e delle condizioni a rischio è stato più rilevante in coloro che avevano livello di istruzione più basso, mentre i miglioramenti, se presenti, riguardavano maggiormente il livello di istruzione più elevato.

Dati del progetto CUORE recentemente pubblicati riguardanti le coorti longitudinali relativamente al ruolo causale del livello di scolarità sul rischio cardiovascolare mostrano che, a parità degli altri fattori di rischio, la differenza di incidenza è molto lieve, né si evidenzia una differenza fra popolazioni del Nord Italia, rispetto a quelle del Centro-Sud, anche se la letalità degli eventi è maggiore negli uomini che vivono soli rispetto al resto della popolazione (28).

In condivisione, i fattori sociali possono offrire utili informazioni per pianificare azioni preventive per le malattie cardiovascolari. Le differenze evidenziate nei diversi livelli di scolarità indicano che per migliorare la prevenzione è fondamentale un approccio culturale, che non significa solo iniziare ad educare alla

prevenzione durante il periodo scolastico, ma vuol dire anche che i cambiamenti possono avvenire nella popolazione adulta dedicando più tempo alla cultura della prevenzione. Le condizioni a rischio (obesità, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia) sono talmente diffuse nella popolazione generale che il trattamento individuale non è più sufficiente per affrontare l'emergenza della epidemia delle malattie cardiovascolari. Alle strategie individuali è indispensabile associare strategie di popolazione. Tali strategie si basano sul miglioramento dello stile di vita, richiedono un

cambiamento culturale e un lungo periodo di tempo per essere implementate, danno risultati più lentamente, ma più duraturi e sono utili per la prevenzione di gran parte delle malattie cronico-degenerative. Il Programma Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari, promosso dal Ministero della Salute, prevede la realizzazione di interventi integrati, concertati fra istituzioni e governo a tutela della salute pubblica per una trattazione globale dei principali fattori di rischio (fumo, alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica).

**Tabella 2**  
Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey.  
Confronto fra le principali condizioni a rischio valutate nel 1998-2002 e nel 2008-2012.

UOMINI								
Fattori di rischio	Elementare   Media Inferiore				Media Superiore   Laurea			
	1998 N=2.961	2008 N=1.835	Dff. Ass. EU STD	Sig.	1998 N=1.904	2008 N=2.076	Dff. Ass. EU STD	Sig.
Diabete	16,3 %	17,7 %	-0,8	n.s.	9,9 %	8,6 %	-1,8	*
Sindrome Metabolica	28,6 %	30,9 %	1,4	n.s.	22,5 %	20,1 %	-2,9	*
Obesità	21,0 %	29,1 %	7,4	≠	13,4 %	21,8 %	8,4	≠
Ipertensione Arteriosa	60,2 %	62,2 %	-1,4	n.s.	47,7 %	48,6 %	-0,4	n.s.
Ipercolesterolemia	21,3 %	40,0 %	17,4	≠	43,7 %	31,7 %	9,4	≠
Abitudine al Fumo di sigaretta	32,6 %	25,2 %	-6,1	≠	29,3 %	20,6 %	-8,3	≠
Sedentarietà nel tempo libero	33,2 %	31,9 %	1,2	n.s.	34,0 %	30,5 %	-3,4	*

DONNE								
Fattori di rischio	Elementare   Media Inferiore				Media Superiore   Laurea			
	1998 N=3.193	2008 N=1.925	Dff. Ass. EU STD	Sig.	1998 N=1.552	2008 N=2.001	Dff. Ass. EU STD	Sig.
Diabete	11,6 %	13,2 %	0,4	n.s.	4,0 %	3,7 %	-0,6	n.s.
Sindrome Metabolica	31,4 %	29,6 %	-3,1	*	12,2 %	11,5 %	-2,4	*
Obesità	28,0 %	35,2 %	6,4	≠	11,7 %	17,2 %	4,1	+
Ipertensione Arteriosa	54,8 %	52,9 %	-5,5	≠	30,0 %	29,0 %	-4,9	+
Ipercolesterolemia	28,0 %	45,6 %	15,8	≠	22,1 %	32,4 %	6,9	≠
Abitudine al Fumo di sigaretta	19,4 %	18,0 %	-0,6	n.s.	26,7 %	21,3 %	-4,2	+
Sedentarietà nel tempo libero	48,7 %	43,2 %	-3,9	+	41,0 %	39,7 %	-1,1	n.s.

## Sostenibilità di una sana alimentazione: la Dieta Mediterranea

G. Crepaldi

La tradizione romana, su modello di quella dell'antica Grecia – identificava nel pane, nel vino e nell'olio i prodotti tipici della civiltà contadina e agricola. La civiltà araba poi fuse insieme questi elementi della tradizione romano-cristiana, attraverso un processo di rinnovamento agrario, aggiungendo nuovi ingredienti alla dieta italica: la canna da zucchero, il riso, gli agrumi, la melanzana, le spezie, ecc. La cultura araba partecipò all'integrazione della cultura mediterranea che aveva già avviato Roma secoli addietro, fornendo un significativo apporto in termini di ingredienti e scelte alimentari. Il Mediterraneo è stato ed è incontro di civiltà, di stili di vita e di diverse culture: il modello mediterraneo non indica solo un modo di nutrirsi, ma è espressione di un sistema culturale integrato, fondato sulla salubrità, sulle qualità alimentari, sulle tipicità territoriali, sulla convivialità e sulla integrazione stretta tra culture, tradizioni ed ambiente.

La Dieta Mediterranea è, quindi, caratterizzata dal consumo prevalente di alimenti di origine vegetale, insieme a un moderato apporto di quelli animali – principalmente pesce – l'uso dell'olio d'oliva e un consumo moderato di vino. La piramide alimentare è un modo semplice e diretto di raffigurare un modello di nutrizione corretta, in cui si mangiano quantità differenti di tutti i prodotti alimentari. Alla base della piramide frutta e verdura – preferibilmente di stagione e di filiera corta – il pane, la pasta e i cereali, insieme ai legumi e all'olio d'oliva. A metà piramide il latte e i latticini, carni bianche, uova e pesce: tutti alimenti da consumare con moderazione. In cima alla pi-

ramide carne rossa e dolci, da limitare a poche occasioni

Anche se la Dieta Mediterranea è sempre più insidiata dai modelli alimentari nord-americani basati sulla carne e sul "cibo spazzatura" dei fast food, sembra ancora preservarci da molti problemi legati a un'alimentazione scorretta e squilibrata. Il modello nord-americano (non solo Stati Uniti, ma anche Messico e Canada) sta portando la popolazione a pandemie di ipertensione, diabete e obesità (le tipiche malattie del benessere) e la spesa sanitaria sta diventando insostenibile. Anche Paesi come Cina e India sono ormai avviate sulla nostra strada: meno cibi vegetali, più carne e calorie, meno attività fisica, più malattie cronico-degenerative, spesa sanitaria alle stelle (29).

L'alimentazione mediterranea, insieme all'attività fisica, aiuta a prevenire le malattie cardiovascolari, il diabete e alcuni tipi di tumore (colon retto, mammella, prostata, pancreas, endometrio). Inoltre, l'assunzione di cibi freschi e integrali permette una maggiore disponibilità e utilizzo di micronutrienti e antiossidanti. Mangiare mediterraneo si dimostra utile al mantenimento di un buono stato di salute, grazie all'azione sinergica di importanti nutrienti, come acidi grassi omega-3 e antiossidanti, in grado di contrastare lo stato infiammatorio alla base delle malattie croniche degenerative che interessano un sempre maggior numero di individui nel mondo (30, 31, 32). Il primo rapporto sulle virtù della Dieta Mediterranea fu dell'epidemiologo americano Ancel Keys (1904-2004), autore del libro "Eat well and stay well, the Mediterranean way".

Keys notò una bassissima incidenza di malattie cardiocircolatorie presso gli abitanti della Campania e dell'isola di Creta, nonostante l'elevato consumo di olio d'oliva. In seguito a questa osservazione, prese l'avvio la famosa ricerca "Seven Countries Study", basata sul confronto dei regimi alimentari di 12.000 persone, di età compresa tra 40 e 59 anni, sparse in sette Paesi del mondo (Finlandia, Giappone, Grecia, Italia, Olanda, Stati Uniti e Jugoslavia). I paesi del Nord Europa dove la dieta era ricca di grassi saturi (burro, strutto, latte e suoi derivati, carni rosse, ecc...) avevano una mortalità per cardiopatia ischemica significativamente più alta delle popolazioni mediterranee, in cui la dieta si basava su uno schema dietetico ricco in carboidrati, proteine prevalentemente di origine vegetale, grassi monoinsaturi, abbondante fibra alimentare (Tabella 3). Ancel Keys proseguì i suoi studi principalmente in Italia, nel Cilento, dove continuò a vivere per oltre 40 anni e morì a quasi cento anni.

Più recentemente, in uno studio pubblicato nel 2003 da Antonia Trichopoulou, è stata studiata la dieta di più di 22.000 abitanti della Grecia a secondo del rigore con cui costoro seguivano la tradizionale Dieta Mediterranea. Durante i 4 anni dello studio è stato documentato che quanto più la dieta dei soggetti coinvolti era vicina a quella tradizionale, tanto minori erano le probabilità di morte per malattie cardiovascolari o tumorali (33). Nel complesso, durante il periodo dello studio, nelle persone che seguivano più rigorosamente la Dieta Mediterranea è stato rilevato un 25% di probabilità di morte in meno rispetto

alla popolazione generale. Da ciò si può dedurre che chi segue più strettamente la Dieta Mediterranea ha maggiori possibilità di vivere più a lungo. Gli autori dello studio hanno notato che i singoli componenti o gruppi di alimenti della Dieta Mediterranea non fornivano alcuna protezione rilevante. In pratica, è probabile che questo tipo di dieta sia così salutare grazie a una combinazione di tutti i diversi alimenti. Non solo, è anche probabile che altri fattori, quali un atteggiamento più rilassato nei confronti del cibo, l'abbondanza di sole e una maggiore attività fisica, contribuiscano a creare i presupposti di uno stile di vita complessivamente più sano.

La Dieta Mediterranea rappresenta molto più che una dieta: è l'insieme di tradizioni, storia, conoscenze che accompagnano il cibo dalla produzione al consumo, attraverso la valorizzazione di alimenti tipici che permettono la tutela del territorio. Infatti, oltre all'impatto sullo stato di salute, può rappresentare l'incubatore di un modello di sviluppo attento ai fattori della sostenibilità ambientale. Il tema dell'alimentazione sostenibile restituisce la giusta centralità alla questione della salvaguardia dell'agricoltura, in quanto risorsa primaria dello sviluppo, perché sono le risorse energetiche e agricole il punto focale su cui si decide l'indirizzo e la sostenibilità dello sviluppo di un paese. Infatti, il modello alimentare mediterraneo oltre ad essere salutare per le persone lo è anche per l'ambiente. Si stima in media che per ottenere 100 calorie, la Dieta Mediterranea provoca un impatto ambientale di circa il 60 % inferiore rispetto ad un'alimentazione di tipo Nordeuropeo o Nordame-

ricano, basata in misura maggiore su carni e grassi animali, piuttosto che su vegetali e cereali (34).

Ma il modello alimentare mediterraneo, come sottolineato dall'UNESCO, va oltre il concetto di cibo. Il termine stesso dieta deriva dal greco antico *diaita* (stile di vita), che indica la valenza sociale e culturale della Dieta Mediterranea. Considerando gli effetti positivi sulla sfera sociale, economica ed ambientale, si può considerare la dieta mediterranea un modello alimentare sostenibile.

La valutazione dei dati ambientali relativi all'impatto degli alimenti viene effettuata considerando l'intero ciclo di vita dei cibi e tenendo conto di tre indicatori fondamentali: l'Ecological Footprint (che misura la capacità della Terra di rigenerare le risorse impiegate), il Carbon Footprint (che misura le emissioni dei gas a effetto serra) e il Water Footprint (che misura l'utilizzo della risorsa idrica) (35).

I benefici ambientali sono facilmente evidenziabili quando si considera l'impiego di risorse naturali. La Dieta Mediterranea prevede un elevato consumo di cereali, frutta, verdura e legumi, la cui produzione richiede un impiego di risorse naturali (suolo, acqua) e di emissioni di gas serra meno intensivo rispetto ad un modello alimentare basato perlopiù sul consumo di carni e grassi animali.

La Dieta Mediterranea prevede il consumo degli alimenti rispettando la stagionalità degli stessi. Questo si traduce in una riduzione delle coltivazioni in serra e dei relativi impatti ambientali, così come dell'approvvigionamento e dei costi di trasporto da paesi lontani.

La Dieta Mediterranea rispetta il territorio e

la biodiversità, attraverso semine diverse in ogni area e rotazione delle colture, al fine di garantire anche la sicurezza alimentare.

La frugalità è un'altra caratteristica della Dieta Mediterranea, che prevede porzioni moderate e consumo di alimenti integrali e freschi, poco trasformati. Sia le quantità consumate che le minori trasformazioni subite dagli alimenti contribuiscono a ridurre gli impatti ambientali dei comportamenti alimentari.

Un'altra, tipica caratteristica della Dieta Mediterranea è la convivialità, che promuove l'interazione sociale, espressione dell'intero sistema storico e culturale del Mediterraneo. È una tradizione alimentare millenaria che si tramanda di generazione in generazione, promuovendo non solo la qualità degli alimenti e la loro caratterizzazione territoriale, ma anche il dialogo tra i popoli.

I benefici economici vengono spesso dibattuti, ma è certo che una maggiore aderenza delle abitudini alimentari al modello mediterraneo migliorerebbe lo stato di salute generale della popolazione, che si tradurrebbe in una diminuzione della spesa sanitaria nazionale. Inoltre, privilegiando alimenti di stagione, prevalentemente cereali e vegetali, permette una diminuzione della spesa alimentare delle famiglie. La diffusione del modello alimentare mediterraneo si tradurrebbe in un aumento della domanda commerciale dei prodotti naturali (frutta, verdura, cereali, legumi...) e dei loro derivati (olio, vino, pasta, pane...), creando reddito e occupazione per le aziende delle regioni mediterranee. Inoltre, porterebbe ad una valorizzazione dell'offerta agro-eno-gastronomica dei nostri territori, contribuendo

alla destagionalizzazione dell'offerta turistica. In un recente studio pubblicato sull'*American Journal of Clinical Nutrition* si sottolinea un criterio di valutazione degli alimenti che permette di considerarne contemporaneamente il valore nutrizionale ed il costo: le uova, il pollo, il latte e i legumi sono risultate le fonti proteiche più convenienti. Conviene, pertanto, ridurre le carni rosse e conservate ed i prodotti lattiero-caseari ad alto contenuto di grassi, più costosi e meno salutari (36). In un altro studio pubblicato sull'*American Journal of Clinical Nutrition* ed eseguito dai ricercatori della "School of Public Health di Harvard" sui consumi alimentari di 78000 donne americane, si è visto che è possibile una dieta più salutare senza aumentarne il costo. Tale dieta comprendeva frutta secca con guscio, legumi, cereali integrali, pesce, pollame, verdura e frutta fresca: in sintesi una dieta "mediterranea" (37).

La Dieta Mediterranea è una risorsa culturale per lo sviluppo sostenibile del Mediterraneo, una parte integrante del patrimonio sociale, storico, economico, artistico e paesaggistico dei popoli della Regione. Rappresenta uno stile di vita importante, sia come patrimonio comune a tutta l'area, sia quale espressione delle singole comunità che la compongono. Questo modello di alimentazione, grazie alla varietà di prodotti ed alla possibilità di abbinare un'infinità di sapori che incontrano il gusto di milioni di consumatori, non è solo un modo di cibarsi, ma l'espressione di un intero sistema culturale improntato alla salubrità, alla qualità degli alimenti ed alla specificità territoriale.

Le prospettive future prevedono la cooperazione a livello europeo tra l'industria agroalimentare e la ricerca scientifica, affinché sia garantita un'implementazione delle politiche di educazione alimentare in grado di formare consumatori sempre più consapevoli. Inoltre, l'aumento esponenziale della popolazione mondiale, che nel 2025 arriverà a 8 miliardi di individui, richiede una crescente quantità di cibo che sia al tempo stesso sicuro, sano e rispettoso dell'ambiente. Qualche miglioramento si può già intravedere: per esempio il consumo di zucchero tra bambini e adolescenti negli Stati Uniti è in calo e il tasso di obesità si è stabilizzato da 10 anni, ma è indubbio che la strada da fare è ancora molto lunga. E non passa solo attraverso l'impegno personale, perché in realtà noi mangiamo in base a dove viviamo, alla cultura della nostra famiglia o della nostra classe sociale, al livello di scolarizzazione e a quello che viene proposto dalle aziende con la pubblicità.

Ma allora, se è vero che si può essere sostenibili senza sforzi eccessivi, perché continuiamo a mangiare in modo poco equilibrato? La parola chiave è "educazione alimentare". Oggi mancano il tempo, le competenze, le occasioni (considerato che è sempre più raro mangiare tutti insieme attorno alla tavola) e talvolta non c'è neanche la giusta motivazione. Quindi, occorre trovare altri canali per informare ed educare le persone (specialmente i più giovani) ai benefici che la Dieta Mediterranea apporta alla salute e all'ambiente.

A parte l'ambito specifico della medicina e dell'assistenza sanitaria, esistono altri contesti da utilizzare per diffondere l'informazione

e favorire l'adozione di diete equilibrate: la pubblicità commerciale; la comunicazione sociale; la ristorazione collettiva (in particolare le mense scolastiche) e le catene della grande distribuzione.

La Dieta Mediterranea è sostenibile a 360°, anzi è uno dei modelli alimentari più sostenibili per l'ambiente e la salute, come confermano numerose evidenze scientifiche. Purtroppo, però, nel nostro paese l'aderenza alla Dieta Mediterranea sta diminuendo e a questo trend non è estraneo il favore di cui godono sui Media e nel web le diete iperproteiche.

Come recuperare il significato della "mediterraneità"? Come aiutare anche le giovani generazioni a capire il potenziale che questo "modello" contiene in sé nel ripristinare "uno stile di vita sano e sostenibile", non solo per noi ma anche per l'ambiente in cui viviamo? Come riportare tale modello al centro delle nostre scelte comportamentali?

Credo che lo si possa fare solo mettendo al centro della realtà produttiva ed economica l'approccio culturale. Ciò significa proteggere la varietà territoriale locale, conservando la ricchezza delle identità di specie naturali; rafforzare il capitale emotivo legato alle radici, alle tipicità locali, alla localizzazione territoriale, esaltandone comunque anche gli aspetti umanamente universali. Questo significa trasferire alle future generazioni le conoscenze e il saper fare del mondo contadino, tramandato di generazione in generazione, valorizzandoli come giacimenti di straordinaria ricchezza culturale, meritevole di rispetto,

sostegno e attenzione. Questo significa tornare a un sano rapporto con il territorio e con il luogo agricolo di produzione della materia prima, nel rispetto dei cicli naturali. Partire dall'approccio culturale significa recuperare usi e costumi antichi, come anche sapori antichi, rinnovandoli - perché no - in modo creativo in linea con il gusto contemporaneo, mettendo al centro le persone e le loro emozioni; ri-orientando gli stili di vita e di consumo verso modalità più sostenibili per la salute, l'ambiente e l'integrità sociale.

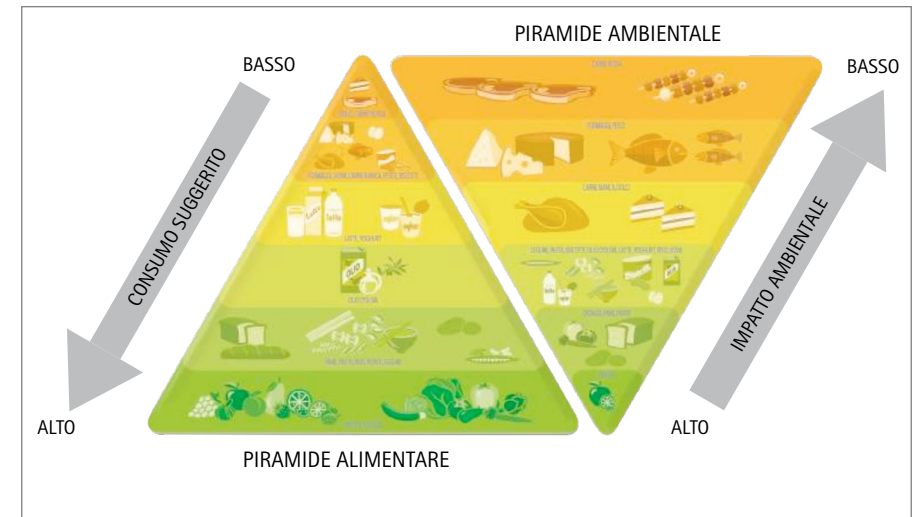
Educare poi, attraverso l'approccio culturale, a una nuova ecologia dell'alimentazione, significa fare bene a noi e all'ambiente. In particolare, partire dall'educazione alimentare può facilitare un processo di crescita di attenzione e coscienza anche rispetto ai danni, spesso irreparabili, che l'inquinamento e il modello di consumo sfrenato delle risorse, creano sull'intero ecosistema naturale.

Non a caso, sempre più applicato dagli studiosi ed esperti del settore è il modello della doppia piramide alimentare-ambientale (Figura 2), a cui tutti, e in particolare le generazioni più giovani, dobbiamo prestare attenzione. Infatti dalla doppia piramide si evince chiaramente come proprio l'impiego eccessivo di quegli alimenti che dovrebbero essere utilizzati con minore frequenza, per le loro note conseguenze sulla salute - quali ad esempio la carne rossa - determina un grave impatto sull'ambiente e sulle risorse naturali, con la conseguenza di una consistente riduzione delle prospettive di vita delle future generazioni. Mentre il "modello mediterraneo" si fonda proprio sull'uso di quegli alimenti che

nel confronto tra le due piramidi, vincono sia sul piano della sostenibilità alimentare, che di quella ambientale. Infatti i cibi più salutari sono proprio quelli che implicano minore impatto in termini di consumo delle risorse naturali (terra, acqua, ecc.) ed emissioni (si collocano nella base della piramide alimentare e nel vertice della piramide ambientale). Scegliendo il "modello mediterraneo" e preferendo l'uso di prodotti del territorio, per lo più a Km0, si sottolinea ulteriormente una coscienza di consumo responsabile, riducendo anche i consumi di emissioni legati ai trasporti delle merci, in ambito nazionale ed internazionale. La decisione dell'UNESCO di elevare la Dieta Mediterranea a patrimonio immateriale dell'umanità afferma la valenza culturale della nostra alimentazione. Il documento afferma, infatti, che la Dieta Mediterranea è

"parte dell'identità storica e culturale del Mediterraneo e non è solo un modo di nutrirsi, ma è espressione di un intero sistema culturale, improntato, oltre che alla salubrità, alla qualità degli alimenti e alla loro distintività territoriale, a una tradizione millenaria che si tramanda di generazione in generazione". Le nazioni che hanno proposto la Dieta Mediterranea come patrimonio immateriale dell'umanità (Grecia, Italia, Marocco e Spagna) dovrebbero sviluppare una strategia congiunta per salvaguardare tale dieta, intesa come un unico sistema culturale non frammentabile. È in questo senso che la "Fondazione Dieta Mediterranea", creata ad Ostuni (Brindisi) nel 2010, si sta impegnando attivamente, con un board di esperti che provengono dal settore medico, agro-alimentare, economico e commerciale.

**Figura 2**  
La doppia piramide: alimentare e ambientale.



**Tabella 3**

I nutrienti della dieta mediterranea		
Carboidrati	55-60% del totale	
Proteine	10-12% del totale	prevalentemente di origine vegetale
Grassi	< 30%	buona prevalenza di monoinsaturi
Fibra alimentare	abbondante	
Apporti contenuti di sodio (sale), elevati di potassio ed altri minerali		
Elevato contenuto in antiossidanti (vitamine C ed E, carotenoidi, polifenoli)		

## Impatto della crisi economica sull'attività fisica

G. Galanti, L. Stefani

La prevenzione sia "primaria e secondaria" rappresentano oggi la chiave di gestione di molte patologie a carattere cronico degenerativo che gravano sui costi della sanità.

Il concetto di prevenzione oggi ha assunto un criterio temporale molto ampio in quanto fare prevenzione significa iniziare alcune manovre di modifica dei fattori rischio contenuti nello stile di vita quotidiano, ma soprattutto continuare a farlo durante tutta la vita, quindi anche in presenza di patologie in atto e dopo che queste si sono consolidate (38, 39).

Il monitoraggio attento di un corretto stile di vita è infatti il primo atto fondamentale che ha più risvolti positivi nel tempo (40, 41). Questo incide negativamente sull'aumento dei fattori di rischio cardiovascolare molti dei quali si maturano e crescono con l'età, in particolare nelle donne dove il periodo post menopausale rappresenta quello più critico (42, 43). La realtà attuale ci informa che circa 34 milioni di italiani non si dedicano all'attività fisica nel loro tempo libero, o comunque ne praticano troppo poca (Figura 3).

I dati generali sulla pratica dello sport e dell'attività fisica sono facilmente identificabili: quasi il 40% della popolazione non pratica sport o attività fisica, un altro 20% pratica attività fisica meno di una volta a settimana, il solo rimanente 40% dichiara di praticare sport o attività fisica una volta a settimana o più.

Lo scenario che si presenta, ci permette di valutare la situazione con criteri di lettura abbastanza evidenti, tanto da poter quindi orientare anche i nostri obiettivi. Si nota che l'Italia si pone su un livello di attività fisica

che ha medie simili a quelle di Spagna e Portogallo, quindi abbastanza inferiori rispetto a quelle di Centro e Nord Europa. A fronte di questo tuttavia si nota una tendenza all'aumento della pratica sportiva (soprattutto all'aperto) negli ultimi due anni.

Anche in Italia i numeri del CONI aggiornati al 2011 informano che la quota di atleti tesserati dalle Federazioni Sportive Nazionali (FSN) ha raggiunto i 4 milioni e 357 mila, con un incremento percentuale del +2,6% rispetto all'anno precedente. Quindi attualmente, se da una parte si assiste ad una tenuta della percentuale di soggetti che praticano sport, tuttavia la pratica dell'attività fisica non è in assoluto in aumento. A conferma di questa retro-tendenza anche in Italia ci sono dati relativi alla crescente adesione delle regioni del centro-nord rispetto al sud ma solo per le federazioni sportive (Figura 4) e la percentuale dei soggetti aderenti ad un programma di attività fisica si riduce con l'aumento dell'età (44, 45). In questo senso non è ancora diffuso l'utilizzo a scopo di monitoraggio del livello di attività fisica motoria spontanea e programmata, l'uso dei pedometri o comunque di accelerometri in grado di stimolarla.

Trovare un denominatore comune a giustificazione di tale andamento, significa indirizzare l'attenzione verso la difficilmente gestibile ed inevitabile crisi economica della nostra società, in particolare nel nostro Paese. L'Italia è stato un paese da sempre volto a garantire una sanità di buon livello ai cittadini indipendentemente dal loro reddito, ma negli ultimi anni è stato purtroppo continuamente sollecitato a riformare i servizi e le sedi di terapie

a causa una crisi economica dilagante e di problematica risoluzione.

A riprova dell'attualità di questo argomento si può notare come sia stata sempre più abbondante la letteratura che si è sviluppata negli ultimi anni con articoli che cercano di affrontare da diversi punti di vista il rapporto costo-beneficio delle terapie attuali, soprattutto quelle di nuovo riscontro come ad esempio la sport terapia (44, 45, 46). Il cattivo rapporto Sport/Salute è considerabile come indicatore di disagio sociale e può essere considerato uno dei parametri economici più attuali su cui porre attenzione come indice di miglioramento dello stato della nostra società anche in senso economico. Ecco quindi che si delinea sempre più il rapporto tra economia ed attività fisica e patologie associate (46, 47) con inevitabili risvolti negativi sull'attività fisica stessa, qualora la crisi economica si faccia avanti.

L'analisi dettagliata della modalità con cui questo si configura è tuttavia tutt'ora complessa.

La crisi economica induce un maggiore stato di stress psico-fisico legato per lo più alla percezione di un'instabilità dell'organizzazione statale e all'incertezza del lavoro. A questo si aggiunge l'incalzante crescita di ritmi lavorativi frenetici in risposta ad esigenze di performance sempre più elevate che non concedono momenti di riflessione o momenti di riposo, né tanto meno momenti che siano accettati negli ambienti lavorativi come propri e quindi come patrimonio da dedicare a sé stessi e quindi alla propria salute.

In parallelo troviamo in molte realtà urbane

la carenza di strutture pubbliche, che siano di facile accesso, dedicate a percorsi vita e che quindi agevolino la quota di attività fisica giornaliera. La crisi economica ed il suo legame con la ridotta attività fisica al di sotto dei livelli accettabili per l'abbattimento del rischio cardiovascolare, si configura quindi attualmente anche attraverso la carenza di strutture urbane adeguate che consentano alla popolazione generale tutta, di muoversi e soprattutto con modalità "meno tecnologica". Questi aspetti si traducono, nella maggioranza della popolazione generale che non ha acquisito uno stile di vita corretto e non ha introdotto l'attività fisica regolarmente svolta come ingrediente fondamentale della propria vita, in uno stato di prevalente inattività o ancor peggio di sedentarismo.

L'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha definito attraverso studi specifici che le persone inattive, ma soprattutto le sedentarie, hanno un rischio di mortalità maggiore del 20-30% rispetto a chi fa attività fisica moderata: "La pratica sportiva o l'attività fisica, che si può praticare a qualunque età, riduce la morbilità e la mortalità. Avere uno stile di vita attivo produce quello che nessun farmaco potrà rendere".

La realtà in Toscana, territorio di "nostro interesse", è in linea con le altre regioni del territorio nazionale come si può apprezzare dai dati curati dal CONI (Tabella 4).

L'analisi di questo aspetto, ha un grande valore politico in quanto traccia i contorni di un impegno sociale che riguarda tutte le realtà e le classi nel tentativo di migliorare e di meglio organizzare lo scenario della attività sportiva

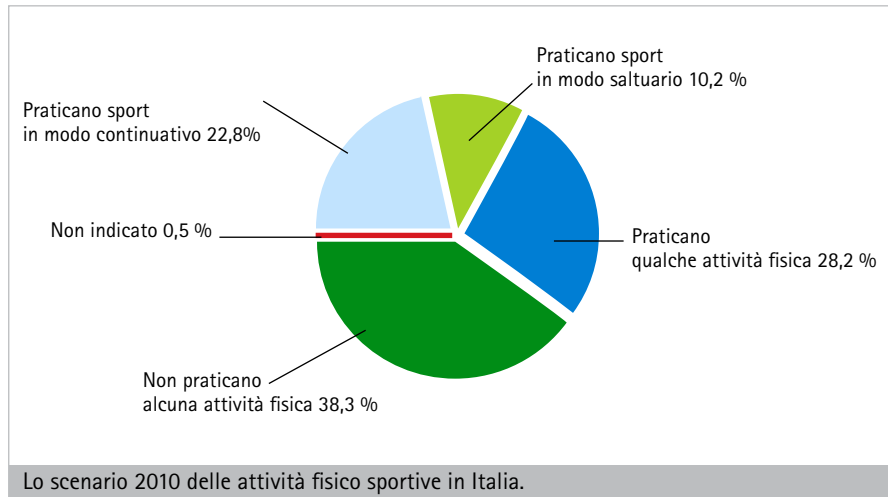


sul territorio nazionale, benché, come sappiamo sia attualmente penalizzata da ristrettezze economiche.

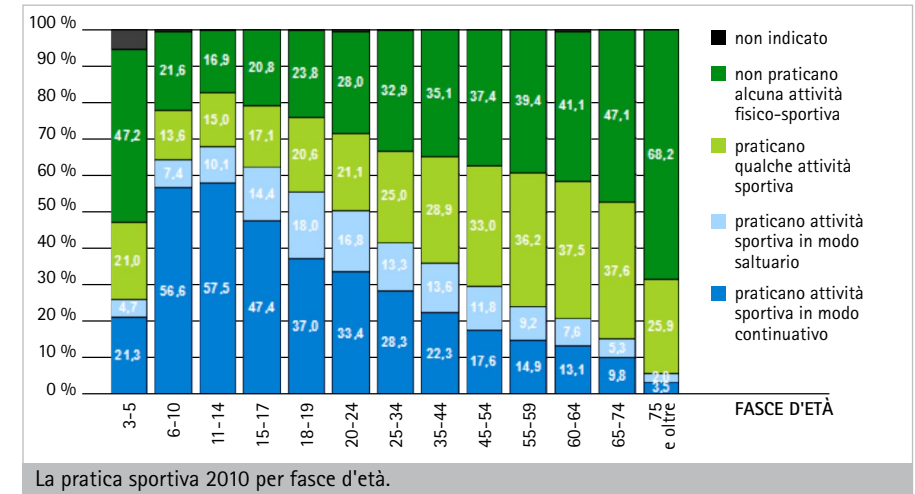
L'obiettivo è quindi quello di integrare, a partire dalle principali fonti relative alle informazioni dello sport nel territorio, i dati noti con quelli delle effettive esigenze della popolazione generale tutta, di aderire ad uno stile di vita che contempra la "attività fisica e/o sportiva" come mezzo indispensabile alla riduzione della spesa sanitaria intesa, sia come

"spesa in farmaci" che come "giornate di ospedalizzazione". La pratica regolare dell'attività fisica che in certi casi raggiunge i livelli di performance dell'attività sportiva vera e propria, dovrebbe essere oggi modernamente intesa come un investimento anche alla luce di una iniziale dispendio di energie che preveda l'adeguamento dei piani regolatori territoriali, i quali se opportunamente sensibilizzati, dovrebbero farsi carico di tali necessità.

**Figura 3**  
I numeri dello sport



**Figura 4**  
I numeri dello sport



**Tabella 2**  
Struttura Territoriale delle Federazioni Sportive Nazionali in Toscana  
(I numeri dello Sport Italiano CONI)

CATEGORIA PROVINCE	SOCIETÀ SPORTIVE	DIRIGENTI SOCIETARI	TECNICI	UFFICIALI DI GARA	ATLETI
Massa-Carrara	273	2.652	896	384	14.174
Lucca	477	4.420	1.595	851	34.743
Pistoia	354	3.023	1.347	579	22.838
Firenze	987	11.687	4.257	2.140	84.805
Livorno	483	3.887	2.467	1.091	33.584
Pisa	518	5.485	1.688	940	30.237
Arezzo	405	4.266	1.539	905	28.529
Siena	338	3.327	1.297	652	22.255
Grosseto	328	3.114	1.228	537	18.589
Prato	228	2.102	723	461	18.678
<b>TOSCANA</b>	<b>4.391</b>	<b>43.908</b>	<b>17.037</b>	<b>8.540</b>	<b>308.432</b>

## Impatto della crisi economica sull'attenzione alla propria salute

G. Ferrante

La crisi finanziaria che ha colpito l'Italia e altri Paesi occidentali a partire dal 2008 non costituisce solo un problema economico ma compromette tutte le dimensioni sociali della popolazione e tra queste la salute è una delle più importanti.

Ad oggi alcuni effetti diretti della crisi economica sulla salute sono già conosciuti, come ad esempio l'aumento dei casi di depressione e dei suicidi; di contro la diminuzione della pressione produttiva e dei consumi sembra comportare una riduzione degli infortuni sul lavoro e degli incidenti stradali (48, 49). Poco si sa, invece, degli effetti della crisi sull'attenzione alla propria salute.

Il sistema di sorveglianza di popolazione PASSI raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili nella popolazione italiana adulta (18-69 anni) e rappresenta uno strumento utile per valutare l'impatto della crisi finanziaria sui comportamenti individuali connessi all'insorgenza delle malattie croniche.

Più in dettaglio, PASSI è condotto in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane e si basa su interviste telefoniche fatte da operatori di ASL opportunamente formati, attraverso un questionario standardizzato, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione 18-69 anni di età residente nel territorio di competenza della ASL.

Una delle domande del questionario chiede all'intervistato come arriva a fine mese con le risorse finanziarie a disposizione (da reddito

proprio o familiare): su questa domanda si costruisce un indicatore di benessere economico che permette di classificare il campione in tre gruppi: persone con molte, con qualche e con nessuna difficoltà economica. Tra il 2008 e il 2012 sono state raccolte più di 188.000 interviste con un tasso di risposta, calcolato annualmente, sempre superiore all'80%.

Attraverso questi dati abbiamo studiato l'andamento nel tempo delle difficoltà economiche percepite nella popolazione italiana e la relazione tra queste ultime e alcuni indicatori di attenzione alla propria salute, quali l'abitudine al fumo di sigaretta, il consumo di alcol, lo svolgimento di attività fisica e il consumo giornaliero di frutta e verdura.

La figura 5 mostra l'andamento temporale relativo al periodo 2008-12 della percentuale di persone con molte, con qualche e con nessuna difficoltà economica. Si osservano due andamenti statisticamente significativi: la riduzione della percentuale di persone che arrivano a fine mese senza alcuna difficoltà economica e l'aumento di percentuale di quelle che invece arrivano a fine mese con molte difficoltà economiche. L'apparente aumento della percentuale di intervistati con qualche difficoltà economica non è statisticamente significativo.

La tabella 5 descrive la diffusione dei principali indicatori di attenzione alla propria salute nella popolazione italiana: il 29% degli intervistati fuma, il 5% fa un consumo di alcol abituale elevato, meno di tre persone su dieci (27%) svolgono attività fisica nel tempo libero e uno su dieci (10%) consuma almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.

Esplorando queste percentuali nelle tre fasce di popolazione con nessuna, con qualche e con molte difficoltà economiche, si osserva che nelle classi economicamente svantaggiate sono più diffusi gli stili di vita sfavorevoli, fumo e consumo di alcol, e meno diffusi quelli favorevoli, svolgimento dell'attività fisica e consumo quotidiano di frutta e verdura.

Questa situazione è confermata anche dall'analisi logistica multivariata, dove l'associazione tra stili di vita e difficoltà economiche viene aggiustata per alcuni fattori di confondimento quali le condizioni socio-anagrafiche. In particolare la probabilità che una persona con molte difficoltà economiche fumi è quasi doppia (OR 1,9;  $p < 0,001$ ) rispetto ad una persona senza difficoltà economiche, così come la probabilità di fare un consumo alcolico elevato è maggiore tra le persone economicamente svantaggiate (OR 1,3;  $p < 0,001$ ). L'attività fisica nel tempo libero e il consumo quotidiano di almeno cinque porzioni di frutta e verdura sono meno frequenti tra le persone con molte difficoltà economiche (rispettiva-

mente OR 0,9;  $p < 0,001$  e OR 0,9;  $p < 0,05$ ).

Nel complesso i risultati evidenziano un peggioramento della situazione economica generale nella popolazione, con la crescita del gruppo più svantaggiato, e una minor diffusione degli stili di vita salutari nelle persone più povere, inducendo a prevedere un aumento della quota di popolazione con stili di vita sfavorevoli. Sul lungo periodo, ciò si traduce con un aumento dell'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili nella popolazione generale, un peggioramento delle condizioni di salute nei gruppi più vulnerabili e un conseguente incremento del carico assistenziale sul sistema sanitario nazionale.

In questo contesto diventa di fondamentale importanza l'adozione da parte dei sistemi nazionali e locali di Sanità Pubblica di interventi e politiche per ridurre le disuguaglianze causate dai determinanti sociali, ovvero le condizioni sociali ed economiche in cui vivono determinati strati di popolazione e che possono influire sulla loro salute.

Figura 5

Difficoltà economiche percepite: analisi di trend delle percentuali mensili da gennaio 2008 a dicembre 2012 – Pool di ASL PASSI 2008-12.

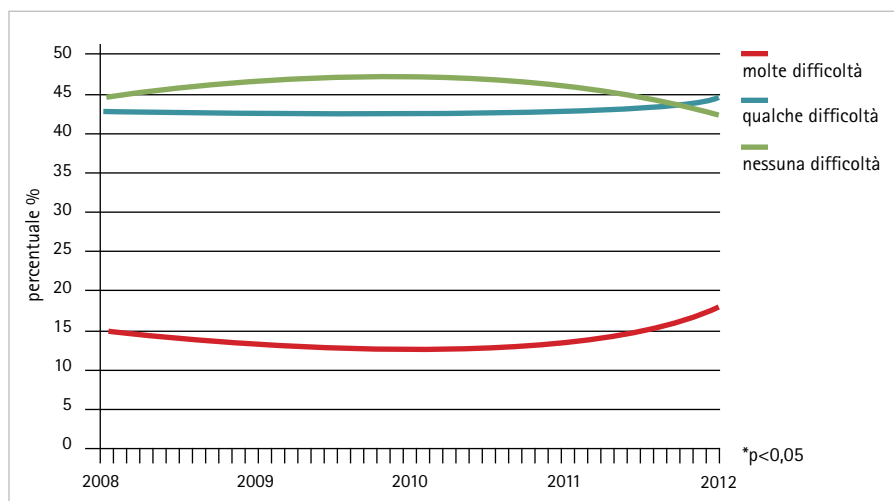


Tabella 5

		Abitudine al fumo di sigaretta <sup>1</sup>			Consumo alcolico abituale elevato <sup>2</sup>			Svolgimento di attività fisica nel tempo libero <sup>3</sup>			Consumo giornaliero di frutta e verdura (5-a-day) <sup>4</sup>		
		%	OR <sup>5</sup>	sig. <sup>6</sup>	%	OR <sup>5</sup>	sig. <sup>6</sup>	%	OR <sup>5</sup>	sig. <sup>6</sup>	%	OR <sup>5</sup>	sig. <sup>6</sup>
	<b>totale</b>	<b>28,7</b>			<b>4,5</b>			<b>27,2</b>			<b>9,8</b>		
<b>Difficoltà economiche</b>	<i>nessuna</i>	24,9	1,0		4,5	1,0		28,3	1,0		11,0	1,0	
	<i>qualche</i>	29,9	1,3	**	4,2	1,0	ns	26,4	0,9	**	8,9	0,9	**
	<i>molte</i>	37,2	1,9	**	5,2	1,3	**	25,9	0,9	**	8,7	0,9	*
<b>Età</b>	<i>18-34 anni</i>	33,6	1,0		2,0	1,0		29,5	1,0		6,4	1,0	
	<i>35-49 anni</i>	30,0	0,7	**	3,7	1,7	**	24,4	0,8	**	9,1	1,5	**
	<i>50-69 anni</i>	23,3	0,6	**	7,4	3,4	**	28,0	0,9	**	13,3	2,4	**
<b>Sesso</b>	<i>uomini</i>	33,5	1,0		5,4	1,0		26,5	1,0		8,1	1,0	
	<i>donne</i>	24,0	0,7	**	3,6	0,6	**	27,9	1,0	ns	11,5	1,5	**
<b>Area di residenza</b>	<i>sud</i>	29,3	1,0		2,7	1,0		25,8			7,6	1,0	
	<i>centro</i>	30,0	1,1	**	4,4	1,7	**	26,6	1,1	**	9,1	1,1	**
	<i>nord</i>	27,4	1,0	ns	6,1	2,4	**	28,7	1,2	**	12,2	1,6	**
<b>Livello istruzione</b>	<i>laurea</i>	22,0	1,0		3,2	1,0		28,2	1,0		11,5	1,0	
	<i>media superiore</i>	28,8	1,4	**	3,5	1,1	*	27,5	0,9	**	9,4	0,8	**
	<i>media inferiore</i>	33,6	1,8	**	5,4	1,4	**	26,0	0,8	**	9,3	0,7	**
	<i>nessuna/elementare</i>	22,8	1,4	**	7,8	1,6	**	27,9	0,8	**	10,2	0,6	**
<b>Lavoro</b>	<i>regolare</i>	31,7	1,0		4,2	1,0		24,1	1,0		9,4	1,0	
	<i>non regolare</i>	33,5	0,9	*	4,5	1,3	**	27,1	1,2	**	8,0	1,0	ns
	<i>nessun lavoro</i>	22,3	0,6	**	5,0	1,0	ns	32,1	1,6	**	10,8	1,1	**

<sup>1</sup>Persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

<sup>2</sup>Più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

<sup>3</sup>Persone di età 18-69 anni che riferiscono di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, 30 minuti di attività moderata, per almeno 5 giorni alla settimana, o più di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali.

<sup>4</sup>Consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

<sup>5</sup>OR = odds ratio, aggiustati per tutte le variabili in tabella

<sup>6</sup>sig. = significatività statistica: \*\*p <0,001, \*p <0,05, ns= non significativo (p≥0,05)

## Conclusioni

M.G. Modena

A conclusione di questo Documento vanno fatte alcune considerazioni perché, dall'analisi che è stata fatta, possano scaturire gli usuali suggerimenti da parte di una Società che si occupa di Prevenzione Cardiovascolare, basandosi su evidenze scientifiche, con un approccio trasversale, sin dall'epoca della sua fondazione, avvenuta in tempi più "rigogliosi".

Innanzitutto nel Documento è stata fatta una fotografia dell'entità della crisi. In Italia stiamo assistendo a sempre maggiori difficoltà a sostenere il Sistema Sanitario Nazionale a far data dal fatidico 2008. Dopo i 30 miliardi di euro di tagli alla Sanità effettuati negli ultimi due anni, il 20 settembre 2013 il Documento di Economia e Finanza 2013, ha annunciato anche la riduzione del PIL destinata alla Sanità Pubblica. La crisi economica che ha coinvolto l'Europa ha fatto nascere forti preoccupazioni in termini di salute della popolazione andando a impattare soprattutto sul fronte della prevenzione, che, nel campo cardiovascolare, rimane la vera sfida dopo i traguardi terapeutici raggiunti. Il secondo punto esaminato è stato il tema che "la salute non è uguale per tutti", ma che esistono pur sempre elementi "poco costosi" per una vita sana. Questo rappresenta il primo spunto di riflessione per SIPREC. Qualcuno potrebbe pensare che le malattie e i problemi di salute in genere colpiscono le persone nello stesso modo, indipendentemente dal posto in cui vivono, dalla famiglia che hanno formato o dal lavoro che hanno svolto per una vita intera. Nulla di più sbagliato. Le persone con uno stato sociale basso o un livello culturale inferiore si ammalano di più. Ciò non avviene casualmente, ma è legato al fatto che le fasce sociali più deboli hanno una prevalenza di fattori di rischio per alcune patologie molto più alta rispetto ai gruppi che occupano il vertice della piramide sociale. Anche la loro sopravvivenza alle patologie è fortemente condizionata dal fatto di appartenere alla base della società. I meccanismi che stanno alla base di queste profonde crepe della nostra società sono stati ravvisati principalmente negli stili di vita poco salutari. Fumo, scarso esercizio fisico e un'alimentazione poco sana sono caratteristiche dominanti nelle fasce più basse della popolazione. Ma, come del resto nell'esperienza quotidiana, anche nel campo della salute e delle malattie il denaro non è tutto: altri fattori svolgono, infatti, una parte importante nel comporre il complesso puzzle della salute. Un recente filone di ricerca si sta orientando a capire quanto la conoscenza nutrizionale possa tamponare lo svantaggio di essere ad una fascia socioeconomica più debole. In effetti, sapersi muovere bene nella giungla delle informazioni alimentari è stato associato a migliori scelte a tavola. Ma non è solo l'alimentazione a tagliare in due, o più parti, la popolazione. Anche altri stili di vita contribuiscono ad acuire le differenze di salute tra i diversi strati sociali. L'attività fisica ad esempio segue anche essa un gradiente socio-economico. Per quanto le popolazioni con livello socioeconomico più basso possano praticare maggiore attività fisica da lavoro (quella derivante ad esempio dal lavoro manuale), l'esercizio sportivo sembra essere una prerogativa delle classi più abbienti ed è anche il tipo di attività fisica maggiormente associato ad una riduzione del rischio cardiovascolare. Stesso discorso per il fumo, dato che gli ex fumatori sono più presenti tra i benestanti, indice di una redenzione verso la buona strada che probabilmente

si accompagna ad una maggiore attenzione anche verso altri stili di vita più salutari. Si è passati, come terzo punto, a considerare il monitoraggio della salute cardiovascolare in relazione livelli socio-economici evidenziando i gradienti fra i vari stati della Comunità Europea. Le persone che vivono nei distretti più poveri sono anche quelle che hanno aspettativa di vita più breve: gli abitanti di Glasgow che vivono nelle zone più disagiate hanno 12 anni di aspettativa di vita in meno rispetto a coloro che abitano nei distretti più lussuosi. Questo fenomeno è presente anche se consideriamo i diversi paesi: in Russia l'aspettativa di vita è 58,4 anni, 20 anni di meno rispetto a Svezia e Islanda. Molti studi epidemiologici hanno messo in evidenza che vi è una gradualità fra le diverse classi sociali: il più famoso, il Whitehall Study degli impiegati inglesi, dimostra che i dirigenti godono di un migliore stato di salute, ma anche nell'ambito della stessa categoria di impiegati lo stato di salute peggiora man mano che si scende nella classe sociale. È plausibile quindi che oltre al livello economico le circostanze in cui vivono e lavorano le persone, come l'insicurezza finanziaria, la mancanza di speranza, giochino un ruolo importante nel perseguire il buono stato di salute. È comunque difficile identificare variabili che considerate insieme o da sole possano essere un buon indicatore della posizione socio-economica. Usualmente per definire la posizione socioeconomica si utilizzano delle variabili "proxy": fra queste le più citate in letteratura sono la scolarità, l'occupazione e lo stato civile. Il livello di scolarità è un buon indicatore nell'età più giovane, mentre l'occupazione, che tiene conto dell'attività lavorativa, è un buon indicatore nell'età adulta, ma è difficile da applicare nelle persone anziane e nelle donne. I dati ISTAT riportano che in Italia il livello di scolarità si correla bene con il reddito. Nei paesi economicamente sviluppati gli uomini e le donne con livello socio-economico basso hanno un rischio cardiovascolare maggiore. Anche in Italia questa associazione è particolarmente forte negli uomini per l'obesità e l'abitudine al fumo di sigarette; nelle donne sembra essere confermata per l'obesità. Il livello di scolarità elevato è protettivo verso la mortalità totale e le malattie cardiovascolari. Lo stato civile è risultato associato alla mortalità totale; i single tendono ad avere comportamenti meno salutari, (abitudine al fumo, inattività fisica e minor interesse verso gli screening di prevenzione). In Italia il rischio di malattie cardiovascolari è stato per anni tradizionalmente considerato più alto nelle classi sociali più elevate, in quanto coloro che appartenevano alla classe sociale più bassa erano anche le persone che seguivano una alimentazione più povera, caratterizzata da maggior consumo di frutta e verdura, fibre, meno zuccheri, più grassi monoinsaturi (dieta mediterranea descritta da Ancel Keys negli anni '70). Attualmente la situazione risulta invertita, sono cambiate le abitudini, l'alimentazione è diventata ipercalorica nelle famiglie più povere dopo aver raggiunto un maggior benessere e l'attività fisica scarsa, con un eccesso di introito calorico rispetto ad un dispendio energetico scarso. Ci sono pochi dati disponibili sulle abitudini alimentari degli italiani, alcuni dati analizzati nell'ambito dello studio europeo EURALIM hanno dimostrato che nella seconda metà del XX secolo la tendenza è stata quella della omogeneizzazione alle abitudini alimentari e i classici

fattori di rischio nella popolazione generale non sono più a favore del Sud. I fattori sociali possono offrire utili informazioni per pianificare azioni preventive per le malattie cardiovascolari. Le differenze evidenziate nei diversi livelli di scolarità indicano che per migliorare la prevenzione è fondamentale un approccio culturale, che non significa solo iniziare educare alla prevenzione durante il periodo scolastico, ma vuol dire anche che i cambiamenti possono avvenire nella popolazione adulta dedicando più tempo alla cultura della prevenzione. Il quarto punto affrontato è stato quello della "Sostenibilità di una sana alimentazione" ovvero la "Dieta Mediterranea", partendo dalle sue origini strettamente mediterranee e in particolare "italiche". La tradizione romana, sul modello di quella dell'antica Grecia – identificava nel pane, nel vino e nell'olio i prodotti tipici della civiltà contadina e agricola. La civiltà araba poi fuse insieme questi elementi della tradizione romano-cristiana, attraverso un processo di rinnovamento agrario, aggiungendo nuovi ingredienti alla dieta italiana: la canna da zucchero, il riso, gli agrumi, la melanzana, le spezie, ecc. Il Mediterraneo è stato ed è incontro di civiltà, di stili di vita e di diverse culture: il modello mediterraneo non indica solo un modo di nutrirsi, ma è espressione di un sistema culturale integrato, fondato sulla salubrità, sulle qualità alimentari, sulle tipicità territoriali, sulla convivialità e sulla integrazione stretta tra culture, tradizioni ed ambiente. La Dieta Mediterranea è, quindi, caratterizzata dal consumo prevalente di alimenti di origine vegetale, insieme a un moderato apporto di quelli animali – principalmente pesce –, l'uso dell'olio d'oliva e un consumo moderato di vino. La piramide alimentare è un modo semplice e diretto di raffigurare un modello di nutrizione corretta, in cui si mangiano quantità differenti di tutti i prodotti alimentari. Alla base della piramide frutta e verdura – preferibilmente di stagione e di filiera corta – il pane, la pasta e i cereali, insieme ai legumi e all'olio d'oliva. A metà piramide il latte e i latticini, carni bianche, uova e pesce: tutti alimenti da consumare con moderazione. In cima alla piramide carne rossa e dolci, da limitare a poche occasioni.

Anche se la Dieta Mediterranea è sempre più insidiata dai modelli alimentari nord-americani basati sulla carne e sul "cibo spazzatura" dei fast food, sembra ancora preservarci da molti problemi legati a un'alimentazione scorretta e squilibrata. Il modello nord-americano (non solo Stati Uniti, ma anche Messico e Canada) sta portando la popolazione a pandemie di ipertensione, diabete e obesità (le tipiche malattie del benessere) e la spesa sanitaria sta diventando insostenibile. L'alimentazione mediterranea, insieme all'attività fisica, aiuta a prevenire le malattie cardiovascolari, il diabete e alcuni tipi di tumore (colon retto, mammella, prostata, pancreas, endometrio). Inoltre, l'assunzione di cibi freschi e integrali permette una maggiore disponibilità e utilizzo di micronutrienti e antiossidanti. La Dieta Mediterranea rappresenta molto più che una dieta: è l'insieme di tradizioni, storia, conoscenze che accompagnano il cibo dalla produzione al consumo, attraverso la valorizzazione di alimenti tipici che permettono la tutela del territorio. Infatti, oltre all'impatto sullo stato di salute, può rappresentare l'incubatore di un modello di sviluppo attento ai fattori della sostenibilità ambientale. Il tema dell'alimentazione sostenibile

restituisce la giusta centralità alla questione della salvaguardia dell'agricoltura, in quanto risorsa primaria dello sviluppo, perché sono le risorse energetiche e agricole il punto focale su cui si decide l'indirizzo e la sostenibilità dello sviluppo di un paese. I benefici economici vengono spesso dibattuti, ma è certo che una maggiore aderenza delle abitudini alimentari al modello mediterraneo migliorerebbe lo stato di salute generale della popolazione, che si tradurrebbe in una diminuzione della spesa sanitaria nazionale. Inoltre, privilegiando alimenti di stagione, prevalentemente cereali e vegetali, permette una diminuzione della spesa alimentare delle famiglie. La Dieta Mediterranea è una risorsa culturale per lo sviluppo sostenibile del Mediterraneo, una parte integrante del patrimonio sociale, storico, economico, artistico e paesaggistico dei popoli della Regione. Le prospettive future prevedono la cooperazione a livello europeo tra l'industria agroalimentare e la ricerca scientifica, affinché sia garantita un'implementazione delle politiche di educazione alimentare in grado di formare consumatori sempre più consapevoli. Inoltre, l'aumento esponenziale della popolazione mondiale, che nel 2025 arriverà a 8 miliardi di individui, richiede una crescente quantità di cibo che sia al tempo stesso sicuro, sano e rispettoso dell'ambiente. La decisione dell'UNESCO di elevare la Dieta Mediterranea a patrimonio immateriale dell'umanità afferma la valenza culturale della nostra alimentazione.

Il quinto punto affrontato è stato quello dell' "Impatto della crisi economica sull'attività fisica". Il concetto di prevenzione oggi ha assunto un criterio temporale molto ampio in quanto fare prevenzione significa iniziare alcune manovre di modifica dei fattori rischio contenuti nello stile di vita quotidiano, ma soprattutto continuare a farlo durante tutta la vita, quindi anche in presenza di patologie in atto e dopo che queste si sono consolidate.

Il monitoraggio attento di un corretto stile di vita è infatti il primo atto fondamentale che ha più risvolti positivi nel tempo. La realtà attuale ci informa che circa 34 milioni di italiani non si dedicano all'attività fisica nel loro tempo libero, o comunque ne praticano troppo poca. I dati generali sulla pratica dello sport e dell'attività fisica sono facilmente identificabili: quasi il 40% della popolazione non pratica sport o attività fisica, un altro 20% pratica attività fisica meno di una volta a settimana, solo rimanente 40% dichiara di praticare sport o attività fisica una volta a settimana o più. Lo scenario che si presenta, ci permette di valutare la situazione con criteri di lettura abbastanza evidenti, tanto da poter quindi orientare anche i nostri obiettivi. Quindi attualmente, se da una parte si assiste ad una tenuta della percentuale di soggetti che praticano sport, tuttavia la pratica dell'attività fisica non è in assoluto in aumento. A conferma di questa retro-tendenza anche in Italia ci sono dati relativi alla crescente adesione delle regioni del centro-nord rispetto al sud ma solo per le federazioni sportive e la percentuale dei soggetti aderenti ad un programma di attività fisica si riduce con l'aumento dell'età. La crisi economica induce un maggiore stato di stress psico-fisico legato per lo più porta alla percezione di un'instabilità dell'organizzazione statale ed all'incertezza del lavoro. A questo si aggiunge l'incalzante crescita di ritmi lavorativi frenetici in risposta ad esigenze di performance sempre più elevate che

non concedono momenti di riflessione o momenti di riposo, né tanto meno momenti che siano accettati negli ambienti lavorativi come propri e quindi come patrimonio da dedicare a sé stessi e quindi alla propria salute. In parallelo troviamo in molte realtà urbane la carenza di strutture pubbliche, che siano di facile accesso, che siano dedicate a percorsi vita e che quindi agevolino la quota di attività fisica giornaliera. La crisi economica ed il suo legame con la ridotta attività fisica al di sotto dei livelli accettabili per l'abbattimento del rischio cardiovascolare, si configura attualmente quindi anche attraverso la carenza di strutture urbane adeguate che consentano alla popolazione generale tutta, di muoversi e soprattutto con modalità "meno tecnologica".

L'ultimo punto che il Documento ha voluto prendere in considerazione è stato quello dell'impatto della crisi economica sull'attenzione alla propria salute, come parametro "a basso costo" delle eventuali misure da adottare per introdurre misure di tipo correttivo. Ad oggi alcuni effetti diretti della crisi economica sulla salute sono già conosciuti, come ad esempio l'aumento dei casi di depressione e dei suicidi; di contro la diminuzione della pressione produttiva e dei consumi sembra comportare una riduzione degli infortuni sul lavoro e degli incidenti stradali. Poco si sa, invece, degli effetti della crisi sull'attenzione alla propria salute. Il sistema di sorveglianza di popolazione PASSI raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili nella popolazione italiana adulta e rappresenta uno strumento utile per valutare l'impatto della crisi finanziaria sui comportamenti individuali connessi all'insorgenza delle malattie croniche. Più in dettaglio, PASSI è condotto in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane e si basa su interviste telefoniche fatte da operatori di ASL opportunamente formati, attraverso un questionario standardizzato, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione 18-69 anni di età residente nel territorio di competenza della ASL. Una delle domande del questionario chiede all'intervistato come arriva a fine mese con le risorse finanziarie a disposizione (da reddito proprio o familiare): su questa domanda si costruisce un indicatore di benessere economico che permette di classificare il campione in tre gruppi: persone con molte, con qualche e con nessuna difficoltà economica. Tra il 2008 e il 2012 sono state raccolte più di 188.000 interviste con un tasso di risposta, calcolato annualmente, sempre superiore all'80%. Attraverso questi è stato studiato l'andamento nel tempo delle difficoltà economiche percepite nella popolazione italiana e la relazione tra queste ultime e alcuni indicatori di attenzione alla propria salute, quali l'abitudine al fumo di sigaretta, il consumo di alcol, lo svolgimento di attività fisica e il consumo giornaliero di frutta e verdura.

In questo contesto diventa di fondamentale importanza l'adozione da parte dei sistemi nazionali e locali di Sanità Pubblica di interventi e politiche per ridurre le disuguaglianze causate dai determinanti sociali, ovvero le condizioni sociali ed economiche in cui vivono determinati strati di popolazione e che possono influire sulla loro salute.

## Bibliografia

1. Health in Europe 1, *Lancet* 2013, 381,1125-1134.
2. Riley JC. *Rising life expectancy. A global history.* Cambridge: Cambridge University Press, 2001. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age old delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986; 64:355-91.
3. Kurzer p,Cooper A. Hold the croissant ! The European Union declare war on obesity *J Eur Soc Policy* 2011;21:1-13.
4. Greer SL, Mackenbach JP, Mc Kee M. Health in Europe 2. Health law and policy in the European Union. *Lancet* 2013,381, 1135-1144.
5. Karanikolos M, Mladavosky P, Cylus, Thomson S et al.Health in Europe 7. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013,381, 1323-1331.
6. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, Singh-Manoux A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 2010; 24:1159-66.
7. Giskes K, Avendano M, Brug J, Kunst AE. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev.* 2010;11:413-29.
8. Franco M, Diez-Roux AV, Nettleton JA, Lazo M, Brancati F, Caballero B, Glass T, Moore LV. Availability of healthy foods and dietary patterns: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Clin Nutr.* 2009;89:897-904.
9. Bonaccio M, Bonanni AE, Di Castelnuovo A, De Lucia F, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L; Moli-sani Project Investigators. Low income is associated with poor adherence to a Mediterranean diet and a higher prevalence of obesity: cross-sectional results from the Moli-sani study. *BMJ Open.* 2012 19;2(6).
10. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1189-96.
11. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, De Lucia F, Olivieri M, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L, Bonanni A. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite.* 2013; 68:139-46.
12. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, De Lucia F, Olivieri M, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L, Bonanni A. Mass media information and adherence to Mediterranean diet: results from the Moli-sani study. *Int J Public Health.* 2012; 57:589-97.
13. Drewnowski A . Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev.* 2009; 67 Suppl 1,S36-9.
14. Lindström M, Hanson BS, Ostergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Soc Sci Med.* 2001;52:441-51.
15. Oppert JM, Thomas F, Charles MA, Benetos A, Basdevant A, Simon C. Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults. *Public Health Nutr.* 2006; 9: 746-54.
16. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6: 447-55.
17. NHS Health Scotland. Public Health Institute for Scotland, 2004.
- 18 World Health Organization The World Health Report 2005, WHO Geneva.
19. Marmot MG,et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991, 337:1387-93.
20. Marmot MG, et al. Inequalities in death-specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1984, i: 1003-1006.
21. ISTAT Rapporto annuale. La situazione nel paese nel 1998.
22. Harald K et al. Non participation and mortality in different socio-economic groups: the FIN-RISK population survey in 1972-92. *J Epidemiol Community Health* 2007, 61:449-54.
23. Beer-Borst S, et al. Obesity and other health determinants across Europe: the EURALIM Project. *J Epidemiol Community Health* 2000, 54:424-30.
24. Mackenbach JP, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European Countries. *Int J Epidemiol* 2003, 32:830-37.
25. Ben-Shlomo Y, et al. Magnitude and cause of mortality differences between married and unmarried men. *J Epidemiol Community Health* 1993, 47:200-5.
26. Cheung YB. Marital status and mortality in British women: a longitudinal study. *Int J Epidemiol* 2000, 29: 93-99.
27. Beer-BorstS, et al. Dietary patterns in six European populations: results from EURALIM, a collaborative European data harmonization and information campaign. *Eur J Clin Nutr* 2002, 54: 253-262.
28. Fornari C, et al. Social Status and cardiovascular disease: a Mediterranean case. Results from the Italian Progetto Cuore color study. *BMC Public Health* 2010, 10:574.
29. Rehm CD, et al. The quality and monetary value of diets consumed by adults in the United States. *Am J Clin Nutr.* 2011 Nov;94(5):1333-9.

30. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA*. 2002 Nov 27;288(20):2569–78. Review.
31. Rossi M, et al. Mediterranean diet and glycaemic load in relation to incidence of type 2 diabetes: results from the Greek cohort of the population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Diabetologia*. 2013 Nov;56(11):2405–13.
32. Bamia C, et al. Mediterranean diet and colorectal cancer risk: results from a European cohort. *Eur J Epidemiol*. 2013 Apr;28(4):317–28.
33. Trichopoulos A, et al. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2599–608.
34. FAO (2010). Biodiversity in Sustainable Diets. Report of a Technical Workshop; Rome, 31 May – 1 June 2010. FAO, Rome.
35. GFN (2011). Footprint Basics – Overview. Global Footprint Network (GFN). <[http://www.footprintnetwork.org/en/index.php/GFN/page/footprint\\_basics\\_overview/](http://www.footprintnetwork.org/en/index.php/GFN/page/footprint_basics_overview/)>
36. Bernstein A M et al. Relation of food cost to healthfulness of diet among US women. *Am J Clin Nutr* 2010; 92:1197–203.
37. Drewnowski A. The Nutrient Rich Foods Index helps to identify healthy, affordable Foods. *Am J Clin Nutr* 2010;91(suppl):1095S–101S.
38. Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults Position Stand *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(12): 2145–56.
39. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, et al. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:371–81.
40. Bassett DR, Schneider PL, Huntington GE. Physical activity in an Old Order Amish community. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(1):79–85.
41. Christ M, Iannello C, Iannello PG, Grimm W. Effects of a weight reduction program with and without aerobic exercise in the metabolic syndrome. *Int J Cardiol*. 2004;97:115–22. doi: 10.1097/HCO.0b013e328364289c.
42. Carels RA, Darby LA, Cacciapaglia HM, Douglass OM. Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women through a lifestyle change intervention. *J Womens Health*. 2004;13:412–26.
43. Smigielski J, Bielecki W, Drygas W. Health and life style-related determinants of survival rate in the male residents of the city of Łódź. *nt J Occup Med Environ Health*. 2013 Jun;26(3):337–48. doi: 10.2478/s13382-013-0104-4. Epub 2013 Sep 1.
44. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does

- the new epidemiological evidence show?. *Curr Opin Cardiol*. 2013 Sep;28(5):575–83. doi
45. Chan CB, Ryan DA, Tudor-Locke C. Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Prev Med*. 2004;39:1215–22.
46. Leventhal AM, Huh J, Dunton GF Clustering of modifiable biobehavioral risk factors for chronic disease in US adults: a latent class analysis. *Perspect Public Health*. 2013 Aug 2. [Epub ahead of print].
47. Berk DR, Hubert HB, Fries JF. Associations of changes in exercise level with subsequent disability among seniors: a 16-year longitudinal study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006; 61:97–102.
48. Costa G, Marra M, Salmaso S; Gruppo AIE su crisi e salute. Health indicators in the time of crisis in Italy. *Epidemiol Prev*. 2012 Nov–Dec;36(6):337–66. Italian. PubMed PMID: 23293258.
49. Karanikolos M, Rechel B, Stuckler D, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe – Authors' reply. *Lancet*. 2013 Aug 3;382(9890):392. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61665-7. PubMed PMID: 23911372.



