

SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE, MEDICINA PREVENTIVA E SANITÀ PUBBLICA

# Alimentare la salute, il punto di partenza



L'accesso al cibo in quantità sufficiente, cibo sicuro e in grado di fornire il giusto apporto nutrizionale, è essenziale per mantenersi in salute e avere una vita attiva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità - Regione Europea nel documento relativo alla strategia europea "Salute 2020" finalizzato a promuovere salute e benessere, sottolinea come il livello di disegualianza in termini di salute fra i differenti gruppi sociali e i differenti Paesi europei sia alto in termini di attesa di vita: arriva sino ad 8 anni per le donne e 14 per gli uomini<sup>1</sup>

Le disegualianze in salute sono il risultato di un mix tra l'accessibilità alle cure, il livello culturale, il reddito, le condizioni di vita, di lavoro e gli stili di vita fra cui l'alimentazione ha un ruolo di assoluto rilievo.

Il *Global Burden of Disease 2013* ha evidenziato che, per la prima volta nel mondo, il peso delle patologie da insufficiente apporto calorico (868 milioni di persone denutrite) è stato superato da quello da cattiva alimentazione (1,5 miliardi di obesi/sovrappeso)<sup>2</sup> «*caratterizzata da un eccessivo apporto di energia, di componenti dannose (eccesso di grassi saturi, zuccheri, sale etc.) povera di componenti protettive come fibre, olii mono e poliinsaturi, vitamine, minerali, oligoelementi*».

Ovunque, a farne maggiormente le spese, per una alimentazione in difetto o in eccesso, sono le fasce di popolazione più povere dal punto di vista culturale e socio-economico: non solo la denutrizione, ma la stessa obesità colpisce maggiormente i soggetti più svantaggiati con il rischio concreto che la crisi economica aumenti il divario fra ricchi e poveri.

I sistemi di sorveglianza in uso nel nostro Paese, in particolare "OKkio alla salute" 2014 e "Passi/Passi d'argento" 2009-2013, evidenziano che un terzo dei ragazzi, e quasi la metà degli adulti, sono in eccesso ponderale e che in tutte le fasce di età eccesso ponderale, la scarsa attività fisica e la sedentarietà sono maggiormente rappresentati nei gruppi di popolazione con minore titolo di studio e un più basso livello socio-economico. Da qui l'esigenza di azioni a sostegno dell'equità sociale<sup>3,4</sup>.

I dati delle sorveglianze evidenziano che all'eccesso ponderale si associano abitudini alimentari e di vita che ne condizionano il mantenimento, stesse abitudini che il *Global Burden of Disease 2013* evidenzia fra le principali minacce per la salute.

In particolare, nel nostro Paese, i fattori legati alla dieta rappresentano il primo fattore di rischio (13% espresso in termini di DALY mortalità prematura e anni di vita persa in buona salute) per le principali patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete di tipo, broncopneumopatie) il cui costo è stimato in oltre 31 miliardi di spese sanitarie/anno e altrettanti costi indiretti<sup>5</sup>. Fra questi un ruolo di particolare rilievo compete alla dieta povera di frutta, che si trova al quinto posto nella graduatoria globale del *Global burden disease*<sup>2</sup>.

La crisi economica degli ultimi anni ha ridotto il potere d'acquisto penalizzando l'acquisto di alimenti come frutta e verdura il cui consumo nelle quantità raccomandate ("five a day") è ritenuto essenziale per il benessere e la prevenzione delle principali patologie cronico degenerative.

Tutto questo in un contesto in cui secondo la sorveglianza Passi (2010-2013) le 5 porzioni al giorno, raccomandate dalle Linee Guida per una corretta alimentazione, vengono consumate da appena il 10 % della popolazione adulta intervistata.

Si osserva, inoltre, un gradiente geografico con una più alta adesione al "five a day" nelle Regioni settentrionali (Liguria 18%) rispetto a quelle meridionali (Basilicata/Calabria 5%) nonostante l'abbondante presenza di vegetali (ortaggi, legumi) nei piatti della tradizione, proprio dove Ancel Benjamin Keys, 70 anni fa, scoprì i notevoli vantaggi della dieta mediterranea per la salute.

Consumano, inoltre, più frequentemente cinque porzioni al giorno di frutta e verdura le donne (11%), gli adulti fra i 50 e i 69 anni (13%), i più istruiti (11%) e coloro che non dichiarano difficoltà economiche (11%).

Tale divario è destinato ad aumentare in virtù del peggioramento della crisi economica e del ridotto potere d'acquisto che evidentemente colpisce i più deboli.

A fronte della crisi che scoraggia gli acquisti di alimenti utili a mantenersi in salute, occorre intensificare educazione alimentare, acquisto consapevole e lotta allo spreco. Una maggiore consapevolezza può essere la chiave di volta che aiuta a privilegiare ali-

menti nutrizionalmente ricchi, che costano meno per ragioni diverse (stagionalità, località, presenza abbondante sul mercato) consentendo, anche ai meno abbienti, di avvantaggiarsi di uno stile alimentare “di valore” spendendo meno.

Da qui l'importanza di intervenire diffusamente con interventi di promozione di un'alimentazione salutare che supporti gli acquisti rendendoli sostenibili, aiuti a programmare meglio la spesa e il consumo, contribuendo anche alla riduzione degli sprechi e dei rifiuti.

Se la crisi economica può aver contribuito a ridurre il consumo di alimenti come frutta e verdura, non si può negare che l'allontanamento da un modello di dieta di tipo mediterraneo trova ben altre radici e paradossalmente appare più evidente nella Regioni meridionali che ne sono state la culla.

Tutto questo mentre si rinnovano ogni anno le evidenze scientifiche circa la validità preventiva della dieta mediterranea per le malattie non trasmissibili (m. cardio-cerebrovascolari, tumori, diabete, patologie neurodegenerative).

Complici di quanto accade sono i cambiamenti nel sistema alimentare globale, con l'immissione sul mercato di quantità di alimenti e bevande a elevata densità energetica, ricchi di zuccheri, grassi e sale, promossi con strategie di marketing intensivo, con porzioni maggiori a prezzi bassi che trovano un facile mercato fra i consumatori con minori disponibilità economiche e culturali e fra i più piccoli destinatari di pressanti campagne pubblicitarie che promuovono il cibo “spazzatura”<sup>7</sup>.

In aggiunta a ciò, l'importazione di modelli alimentari come il *fast food*, il sempre minore tempo da dedicare ad acquisto, preparazione e consumo del cibo, il moltiplicarsi dei pasti fuori casa (12 milioni di italiani pranzano fuori casa - Fipe 2012) per motivi di studio, lavoro o tempo libero, fa sì che la ristorazione fuori casa condizioni sempre più la qualità della nostra alimentazione<sup>8</sup>. La ristorazione collettiva costituisce un contesto fondamentale per promuovere un'alimentazione salutare (ridurre il consumo di sale, favorire il consumo delle porzioni raccomandate di frutta/verdura, l'apporto equilibrato dei diversi componenti nutrizionali utili a contrastare obesità e le malattie croniche non trasmissibili) e promuovere l'educazione alimentare senza la quale anche le proposte più salutari rischiano di naufragare a partire da quella scolastica.

In questo ambito sono già attive da diversi anni - nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione l'impegno dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione cui compete la tutela della Salute collettiva correlata all'alimentazione - attività di sorveglianza, come “Okkio alla Salute”, che tutelano gli aspetti di sicurezza igienica e nutrizionale, e la promozione di stili alimentari e di vita salutari in diversi *setting* come scuola, lavoro, utenze socio-sanitarie e collettività in genere.

Tale impegno sembra avere concorso concretamente ad ottenere risultati importanti documentati dalla sorveglianza “Okkio alla Salute” che nel 2014 ha evidenziato, rispetto alle precedenti rilevazioni, una progressiva diminuzione della percentuale di bambini di 8-9 anni in eccesso ponderale: il 20,9% è in sovrappeso

(23,2% nel 2008) e il 9,8% obeso (12% nel 2008) e dei miglioramenti anche per quanto riguarda alcuni comportamenti sedentari e abitudini alimentari (consumo di merende abbondanti e bevande zuccherate/gassate)<sup>3</sup>.

Anche la sorveglianza “HBSC Italia” 2014 (*Health Behaviour in School-aged Children* - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) inerente gli adolescenti, rispetto al 2010, mostra una diminuzione dei ragazzi in sovrappeso e un lieve calo dell'obesità. Come per i più piccoli vi è un gradiente geografico tra le Regioni e le prevalenze più alte si registrano in quelle del Centro-Sud<sup>10</sup>.

L'inversione di tendenza rispetto all'eccesso ponderale dei più giovani, se di conforto rispetto alla bontà di alcune strategie sinora adottate, non autorizza ad allentare l'impegno in quanto restano comunque alti i valori di sovrappeso/obesità, specie fra i bambini delle primarie, con punte preoccupanti soprattutto in alcune Regioni del Meridione, con il rischio più che concreto che sovrappeso e ancor più obesità persistano in età adulta.

Permane per tutti la necessità di migliorare le abitudini alimentari unitamente a uno stile di vita attivo.

Oltre che al mondo scolastico, di ogni ordine e grado, sarà importante favorire la disponibilità di scelte alimentari salutari negli ambienti di lavoro, servizi sanitari, socio-assistenziali e nelle collettività in genere sviluppando campagne di informazione ed educazione alimentare e di sani stili di vita per la comunità<sup>11</sup>.

L'adesione al modello di dieta di tipo mediterraneo, oltre ai vantaggi per la salute, evidenzia indubbi vantaggi ecologici, studi finanziati dalla Comunità europea hanno dimostrato che si potrebbero ottenere una riduzione delle emissioni di CO<sub>2</sub> (fino a 200 milioni di tonnellate) se i cittadini europei riducessero le calorie e adottassero un modello alimentare ispirato a quello mediterraneo.

Accanto alla povertà alimentare esiste il paradosso dello spreco alimentare relativamente al quale il Parlamento europeo ha adottato nel 2012 una risoluzione che incoraggia le istituzioni pubbliche e di volontariato a «raccolgere e ridistribuire ai bisognosi derrate alimentari inutilizzate ma ancora commestibili, come misura aggiuntiva e non sostitutiva rispetto agli attuali sistemi di tutela sociale».

L'esperienza italiana ha anticipato e ispirato la risoluzione attraverso molteplici iniziative che si sono sviluppate nel territorio nazionale e che, in modo spontaneo o attraverso l'azione sinergica di enti pubblici e associazioni di volontariato, hanno consentito negli ultimi anni il recupero e il riutilizzo di quantitativi significativi di prodotti alimentari di elevato valore nutrizionale.

Tale attività ha visto in prima linea diversi servizi di igiene alimenti e nutrizione italiani: da Bologna dove si è partiti nel 2000, a Verona dove ha avuto un ampio sviluppo, Ferrara, Livorno, Udine sino a interessare una quarantina di realtà italiane. Garantire un'alimentazione adeguata è un'importante fattore di protezione specie nelle persone in stato di indigenza. Fornire alimenti igienicamente sicuri è tanto più importante se i destinatari sono in condizione di precarietà da qui la necessità

di conciliare leggi come ?? “del Buon Samaritano” 155/03 con i Regolamenti UE di Sicurezza alimentare.

Tutto ciò è stato attuato con la predisposizione, condivisione e validazione di procedure per il recupero, conservazione, confezionamento e trasporto degli alimenti/pasti non consumati nella GDO, nella ristorazione collettiva; nelle scuole, nei Comuni, nelle associazioni di volontariato che garantiscono il supporto sul territorio (*Last minute Market, Spin Off* Università di Bologna etc.) e nelle associazioni beneficiare sono stati attivati momenti di formazione in tema di sicurezza igienica e di prevenzione nutrizionale per gli operatori che consegnano, ricevono, trattano e ri-distribuiscono gli alimenti.

Tali esperienze hanno, peraltro, contribuito in modo sostanziale a mettere a fuoco temi e problemi e ad aggiornare la normativa in tema di recupero (3 agosto 2016) consentendo il superamento di alcune criticità attraverso la semplificazione delle procedure, l'ampliamento della platea dei soggetti autorizzati alla donazioni e le categorie di prodotti, il chiarimento di aspetti controversi e responsabilità.

Tenuto conto che la Salute è un elemento chiave nelle strategie di sviluppo sia economico sia sociale, imprescindibili dalla sicurezza alimentare intesa anche come accessibilità al cibo, è importante che i SIAN e i Dipartimenti di prevenzione prendano parte alla *governance* sulla tematica con azioni intersettoriali volte a ridurre le inequità nell'alimentazione in sinergia con le politiche sanitarie di Health 2020.

Un'occasione da non perdere per dare attuazione a tutto questo sarà il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18<sup>12</sup> con le sue declinazioni Regionali e Locali che dovranno fare tesoro, delle indicazioni derivanti dall'*European food and nutrition action-plan 2015- 2020*<sup>13</sup> che dichiara che per contrastare le disuguaglianze in salute si deve arrivare a una dieta sana bilanciata e accessibile economicamente a tutti attraverso:

«- la creazione di ambienti favorevoli al consumo di cibo sano;  
- la promozione di una dieta sana per tutto il corso della vita;

- il rinforzo dei sistemi sanitari per la promozione di un'alimentazione salutare;  
- il sostegno alla sorveglianza, al monitoraggio e alla valutazione degli interventi;  
- il rafforzamento e la promozione di azioni intersettoriali;  
- l'approccio di salute in tutte le politiche.»

A tal fine, sarà essenziale mantenere attive alleanze, collaborazioni, sinergie fra Servizi sanitari, Pubbliche amministrazioni territoriali da impegnare con interventi di contesto, agenzie educative, mondo accademico, mondo produttivo, terzo settore, cittadini singoli e in forma organizzata, in un'ottica di intervento tesa a coinvolgere tutte le politiche e l'intera comunità.

SIIt ha realizzato diversi contributi sui temi sopra sintetizzati nel volume “Alimentare la Salute” (Aracne 2016)<sup>11</sup>.

Preme infine ricordare come, in situazioni analoghe a quelle dell'evento sismico che recentemente ha colpito varie Regioni italiane facendo precipitare in una condizione di indigenza anche alimentare intere popolazioni, i servizi di Sanità pubblica (SIAN, SVET nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione) concorrano tempestivamente ad adottare le strategie operative riconosciute più efficaci. A tal fine va sottolineata l'importanza di collaborazioni intersocietarie fra SIIt e SI-VeMP concretizzatesi nel convegno svoltosi a Catania il 13 maggio 2016 su “Gestione delle emergenze non epidemiche in sanità pubblica, la risposta alle emergenze ambientali: ruolo e attività dei Dipartimenti di prevenzione delle AASSLL in tema di sicurezza alimentare” che ha portato a un documento condiviso utile anche per il confronto con le istituzioni regionali e nazionali.

#### Emilia Guberti

Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Dipartimento di Sanità Pubblica Az. USL Bologna, Referente Giunta nazionale Società Italiana Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica per Alimenti e Nutrizione

<sup>1</sup> SALUTE 2020 Un modello di politica europea, Ministero della Salute 2013 [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_publicazioni\\_1819\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_1819_allegato.pdf)

<sup>2</sup> GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators Mohsen Naghavi, Haidong Wang, Rafael Lozano et al Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet* 2015; 385: 117–71 Published Online December 18, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2).

<sup>3</sup> Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità Okkio alla SALUTE: Sintesi dei risultati 2014 <http://www.epicentro.iss.it/>

<sup>4</sup> Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità Eccesso ponderale: caratteristiche di sovrappeso/obesi, distribuzione geografica e trend temporale Passi2010 - 2013 [www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp)

<sup>5</sup> D'Argenio Paolo Peso socioeconomico della cronicità Atti Conferenza Nazionale: BPCO e comorbidità Roma 19 novembre 2014 <http://www.pazientibpco.it/pages/giornataMondialeBPCO/2014/relazioni/dArgenio.pdf>

<sup>6</sup> Silvia Zucconi - Il calo dei consumi di ortofrutta: impatti su filiera e benessere collettivo, *Nomisma* 16 gennaio 2015 [www.nomisma.it/2015ortofrutta/746-16-gennaio](http://www.nomisma.it/2015ortofrutta/746-16-gennaio).

<sup>7</sup> Manila Bonciani, Paola Nardone, Enrica Pizzi et al. Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire dalle evidenze della letteratura Rapporto ISTISAN 15/1). [www.iss.it/publ/?lang=1&cid=2857&tipo=5](http://www.iss.it/publ/?lang=1&cid=2857&tipo=5)

<sup>8</sup> Federazione Italiana Pubblici Esercizi I consumi alimentari fuori casa degli italiani gennaio 2013 [www.fipe.it/files/host\\_15-10-13\\_ricercaLaCasaFuori](http://www.fipe.it/files/host_15-10-13_ricercaLaCasaFuori)

<sup>9</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane Università Cattolica Roma - Rapporto Osservasalute 2009-10 [www.osservasalute.it/](http://www.osservasalute.it/)

<sup>10</sup> Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Dott.ssa Paola Dalmaso e al Il Sistema di Sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati.

<sup>11</sup> Emilia Guberti e Gruppo Lavoro SIIt alimenti e sicurezza dei consumatori “Alimentare la Salute” (Aracne 2016).