Roma, mercoledì 25 ottobre 2006 - Ore 9.00 – 17.00
Sala delle Conferenze di palazzo Marini, Camera dei Deputati

P.A.N: Prevenzione **A**limentazione **N**utrizione
La Salute vien mangiando … dalla nascita

PROF. ANTONIO GAGLIONE SOTTOSEGRETARIO ALLA SALUTE

PREVENZIONE: DA DIRITTO COSTITUZIONALE A PRIORITA' DI GOVERNO

Grazie dell'invito a partecipare a questo incontro promosso dall'Associazione Giuseppe Dossetti. Sono qui a sottolineare l'interesse mio personale e del Governo sul tema della prevenzione sanitaria.

Prevenzione, la nuova parola chiave per il quinquennio che attende l'attuale governo della salute.

Prevenzione perché la salute è un diritto per tutti i cittadini, cui la comunità deve fornire sia strumenti adeguati per la tutela dell'ambiente di vita, di cui l'alimentazione è componente essenziale, sia adeguate informazioni e condizioni per poter gestire in maniera consapevole la propria salute.

La prevenzione è enunciata come pilastro della salute nel Programma di Governo dell'Ulivo, nella consapevolezza di dover recuperare 5 anni di confusione ed inerzia, e soprattutto di ritardo nei confronti di un'Europa che ha fatto passi da gigante per cominciare a vedere l'alimentazione e l'ambiente dalla parte del cittadino.

Il primo e fondamentale passo è stato nel 2000 il Libro Bianco per la Sicurezza Alimentare lanciato dal Presidente della Commissione Europea Romano Prodi; ad esso ha fatto seguito, nel 2003, l'inizio dell'attività dell'Authority Europea per la Sicurezza Alimentare ospitata a Parma.

Ma deve venire ricordato, sempre sotto la presidenza Prodi, anche il lancio della Strategia Europea per l'Ambiente e Salute per integrare ricerca e sorveglianza nella prevenzione dei rischi per i bambini, fascia più vulnerabile ed insieme promessa per il futuro della nostra società: strategia cui i ricercatori italiani hanno dato un importante contributo e che non ha avuto, sinora, la minima risonanza nel nostro Paese.

E' necessario ottemperare anche alle Raccomandazioni della Commissione delle Comunità Europee, emanate nel 2005, con il Libro Verde: " Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche".

Il suddetto Libro Verde inizia con il capitolo “Situazione attuale a livello europeo” e, al primo punto enuncia:

“L’alimentazione scorretta e la mancanza di attività fisica sono le cause principali di malattie evitabili e di decessi prematuri in Europa; la crescente prevalenza dell’obesità in tutta l’Europa è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica”.

La prevenzione e l’alimentazione sono elemento chiave nel Patto per la Salute elaborato dal Ministro Turco. L’obiettivo è quello di creare una sinergia positiva fra la adozione di opportuni stili di vita e comportamenti alimentari, prima garanzia per la salute del cittadino, e la sicurezza alimentare, una delle “quattro sicurezze” su cui deve poggiare la vita della comunità; questa vive della integrazione fra le innovazioni della ricerca, l’analisi del rischio (dalla valutazione alla comunicazione) ed un sistema di controlli razionalizzato ed efficiente.

La prevenzione è anche garanzia indiretta di salute per tutti i cittadini: la prevenzione efficace riduce l’incidenza di patologie evitabili, permettendo di razionalizzare la spesa sanitaria.

Ma perché tanta attenzione alla prevenzione ?

Non siamo mai stati così sani: ce lo dicono la durata della vita media degli italiani, tra le più alte nel mondo, e la stessa struttura demografica del nostro Paese, in cui la elevata percentuale di popolazione ultrasessantenne è oramai quella tipica delle società opulente con una lunga vita media ed un modesto indice di natalità.

Eppure, non siamo mai stati così malati.

La lunga durata media dell’esistenza non si traduce automaticamente in salute, benessere, “qualità della vita”. A partire dalle fasi critiche per lo sviluppo della persona - la vita intrauterina, l’infanzia, l’adolescenza - il cittadino della società opulenta accumula numerosi stress, legati al contesto di vita (ambiente, alimentazione, scelte individuali, tutti fattori che possono lavorare sinergicamente convergendo sullo stesso soggetto) e che progressivamente si traducono in disturbi del metabolismo e quindi in patologie cronico-degenerative: grazie allo sviluppo delle terapie e - molto di più - grazie allo sviluppo di un efficace sistema sociosanitario pubblico, la mortalità viene contenuta e dilazionata nel tempo. Ma l’incidenza di patologie nella popolazione italiana rimane elevatissima, e con essa il carico di invalidità, di sofferenze personali e familiari, di spesa per l’intera comunità.

I numeri sono impressionanti.

La popolazione con eccesso ponderale (sovrappeso ed obesa) va dal 35% al 45% e raggiunge livelli del 50-55% nella fascia in età lavorativa sopra i 50 anni, soprattutto fra i maschi. Ma il dato realmente preoccupante è che, già nella fascia più giovane, 18-24 anni, le percentuali del sovrappreso nelle varie regioni sono fra il 14-18%.

I soggetti più a rischio sono quelli con basso livello di istruzione, probabilmente perché dotati di meno strumenti (culturali, sociali, economici) per difendersi da una vecchia cultura alimentare legata alla quantità e non alla qualità.

Quanti italiani in sovrappeso rientrano nella obesità?

L’obesità non è solo “tanta ciccia”, ma è una forma di disturbo endocrino-metabolico a livello di organismo. Gli italiani obesi sono il 20%, cioè 1 su 5, ed in questo caso prevalgono le donne (22%) sui maschi (18%). Al contrario che il generico sovrappeso, l’obesità è massima fra le donne del sud (31%, cioè quasi una su 3) ed aumenta con l’età. In questa fascia vi è una chiara associazione con la persistenza di determinati modelli comportamentali, ad esempio la scarsa propensione a praticare una ragionevole attività fisica prima e soprattutto dopo il pensionamento, con un 58% che non fa alcuna attività fisica.

Ma prima di dare la colpa allo “stile di vita”, quanta educazione sanitaria fa la comunità? E quante strutture pubbliche funzionanti (a cominciare da parchi e giardini) sono a disposizione delle persone “di una certa età” che vogliono muoversi ? O dei bambini ?

Per brevità vorrei concentrarmi solo sulla incidenza di due gruppi di patologie strettamente legate all’alimentazione e all’ambiente di vita anche perché appartenenti al mio bagaglio professionale, non tutti sanno che sono un cardiochirurgo.

Le malattie cardiovascolari, cioè la principale causa di malattia e morte in Italia e l’insieme di alterazioni endocrino-metaboliche denominate sindrome metabolica (iperinsulinemia più obesità

addominale più ipertensione più alterazioni nel bilancio lipidi/colesterolo) che, oltre ad essere un'importante causa di patologia, rappresentano il principale fattore di rischio per le malattie cardiovascolari.

Ecco i dati diffusi nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità e da due società scientifiche, la Società Italiana di Cardiologia e la Società Italiana di Cardiochirurgia.

Gli eventi coronaci nella popolazione maschile italiana di 35-74 anni hanno un tasso di attacco annuo (cioè nuovi casi + recidive) che va da 2 a 4/1000 nelle regioni italiane, con una tendenza all'aumento dal nord al sud.

Per quanto riguarda l'ictus il tasso di attacco annuo va dal 2,6/1000 in Emilia ed in Toscana (campioni di Firenze e Modena) all' 1,7/1000 in Sicilia (campione di Caltanissetta). Questo vuol dire che in alcune regioni italiane, ogni 1000 cittadini maschi sopra i 35 anni si osservano, ogni anno, 6 o 7 casi nuovi o recidivanti (quindi in aggiunta a quelli avuti l'anno precedente) per eventi coronarici ed ictus. Ove la frequenza è "bassa" come in Sicilia, i casi nuovi o recidivanti ogni anno sono appena 3 o 4 ogni mille cittadini.

Per ambedue gli eventi, dopo i 55 anni, il tasso di attacco si impenna e si osserva il massimo addensarsi di nuovi casi, perché più facilmente dopo tale età l'accumulo di fattori di rischio, iniziato sin dalle prime fasi della vita, arriva alla "soglia critica".

Considerando la prevalenza, cioè la frequenza di italiani maschi adulti che hanno o hanno avuto esperienza di una determinata patologia, nel caso dell'ictus è dell'1,1% (cioè uno su 90).

Quanto all'infarto, la prevalenza nei maschi adulti è complessivamente dell'1,5% cioè superiore a 1 su 66, senza grandi differenze fra regioni, ma con maggiori frequenze nel nord-est e nel sud.

Ma le patologie cardiovascolari non sono, come pensa una convenzione sbagliata, qualcosa di "specifico per il sesso maschile".

Nelle donne di 35-74 anni, infatti, il tasso di attacco annuo per gli eventi coronarici e per l'ictus è intorno, rispettivamente, all'1/1000 e all'1,5/1000; in questo caso, al contrario che nei maschi, non ci sono differenze significative fra regioni, mentre l'età critica rimane quella dopo i 55 anni.

Per l'ictus la prevalenza è non molto inferiore a quella maschile: 0,8% cioè una italiana su 125.

Anche per l'infarto non si può parlare di una patologia solo maschile: la prevalenza fra le italiane adulte è dello 0,4%, cioè una italiana su 250, una cifra ragguardevole anche se inferiore a quella della popolazione maschile: fra le donne sono più a rischio quelle del sud con una prevalenza dello 0,6%, ovvero circa una italiana su 170.

Ed a conferma di quanto detto sopra, oltre il 30% della popolazione italiana ambosessi ha problemi di ipertensione, con solo una lieve prevalenza a "favore" del sesso maschile.

In particolare, la prevalenza di soggetti ipertesi è massima (37%) fra i maschi del nord-est (triveneto ed Emilia-Romagna) con una verosimile associazione con un maggior peso di fattori di rischio quali l'alimentazione.

Esistono certo le terapie per le patologie cardiovascolari, in primo luogo gli interventi chirurgici, campo in cui l'Italia può vantare le prestazioni di diversi centri del proprio servizio sanitario nazionale. Ma quali rischi e quali costi comportano le terapie ?

Un solo esempio: la mortalità a 30 giorni per gli interventi di by-pass è superiore al 2,5% (cioè superiore a 1 su 40), e purtroppo qui si osserva un chiaro aumento scendendo a sud, dove i servizi sono meno efficienti.

Nel loro complesso, le patologie cardiovascolari rappresentano in Italia ed in Europa una causa di morte ancora maggiore dei tumori, rappresentando oltre il 40% di tutti i decessi in Italia, secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il costo sociale non si limita purtroppo ai decessi. Molto spesso chi sopravvive ad un infarto del miocardio o ad un ictus cerebrale diventa un malato cronico.

In Italia, nel 2001, vi erano 423.000 titolari di pensione d'invalidità per patologia cardio e cerebro-vascolare **per una spesa complessiva di circa 2.7 miliardi di Euro**.

Infine secondo la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese redatta nel 2000, la sola spesa per i farmaci cardiovascolari era risultata uguale **allo 0,3% del PIL del nostro Paese**.

Tra le malattie appartenenti alla “sindrome metabolica” la più rilevante è il diabete.

Il diabete colpisce il 9% della popolazione maschile adulta ed il 6% della popolazione femminile adulta in Italia, senza grandi variazioni regionali, ma con una tendenza ad aumentare dal nord al sud.

Gli italiani adulti che possono essere definiti affetti da “sindrome metabolica”, cioè dall’aggregazione dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono il 23%, senza alcuna differenza fra i sessi.

Ancora una volta il rischio è maggiore al Sud ove le percentuali sono del 26% fra gli uomini e del 29% fra le donne.

Questo vuol dire che circa un italiano adulto su 4 presenta una significativa aggregazione di fattori di rischio importanti, in particolare (ma non solo !), per l’insorgenza di patologie cardiovascolari.

Ma quanto costa “l’epidemia obesità”?

E’solo un falso allarme legato a canoni estetici? Purtroppo no.

Dati europei ottenuti in Francia, Regno Unito e Olanda indicano che i costi economici legati all'obesità e al sovrappeso rappresentano dal 2 al 7% dei costi sanitari totali, a seconda delle diverse situazioni nazionali e delle modalità di realizzazione dell'analisi: ad esempio, le stime più cautelative si limitano a considerare il costo diretto delle malattie con evidente e chiara correlazione all'obesità (assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci), ma anche in questo caso tale costo **non scende mai sotto il 2% circa della spesa sanitaria totale**.

Ma forse i costi sanitari non esprimono tutto l’impatto che ne deriva in termini di salute. **Secondo una valutazione effettuata nel Regno Unito il costo umano è di 18 milioni di giorni di malattia all'anno,** che determinano una perdita di 40.000 anni di vita lavorativa e 30.000 decessi all'anno.

Mancano ancora simili valutazioni affidabili in Italia, ma purtroppo i dati oggi disponibili ci indicano che l’ordine di grandezza non può, ragionevolmente, essere dissimile.

E non dimentichiamo il carico di sofferenza personale con cui il cittadino affetto da obesità deve combattere, sin dall’infanzia quando il bambino obeso è facilmente vittima del bullismo dei compagni, o, per reazione alla stigma verso un aspetto “sgradevole”, protagonista stesso di episodi di bullismo nei confronti dei più deboli. Il giovane con problemi di obesità deve spesso combattere contro una stigma che lo sfavorisce nel lavoro e nelle relazioni interpersonali, creando patologici circoli viziosi fra l’incomprensione sociale ed il rifugiarsi nell’autoidentificazione con il proprio disturbo. L’allarme per “l’epidemia obesità”, del tutto giustificato, non può portare la comunità a trascurare che chi ne è colpito è una persona con i suoi bisogni, i suoi desideri, la sua vita sociale.

In questo ambito è fondamentale ricordare che “in puero homo”, cioè che la prevenzione deve cominciare sin dall’infanzia se si vuole migliorare la salute della popolazione. Sicuramente è fondamentale spostare in parte l’attenzione a ciò che succede nelle prime fasi della vita.

Alcuni elementi ci devono portare a riflettere.

Per l’ipertensione, primo fattore di rischio per le patologie cardiovascolari, non vi sono oramai molti dubbi sulla validità della “ipotesi Barker” (dal ricercatore inglese che la formulò nel 1988) che propone un’associazione fra basso peso alla nascita e rischio di ipertensione nella vita adulta. Il basso peso alla nascita e/o la prematurità sono a loro volta associati a vari fattori quali: fumo di tabacco ed altri contaminanti che interferiscono con la funzione placentare, così come l’alimentazione materna.

Ulteriori studi effettuati in diverse popolazioni (USA, Cina) suggeriscono che il basso peso alla nascita è un fattore di rischio per lo sviluppo della sindrome metabolica.

I dati non sono ancora sufficienti per chiarire l’entità del rischio e l’effettiva associazione con forme lievi di ritardo di crescita intrauterino e prematurità, ma indicano sicuramente alla ricerca italiana una strada su cui muoversi per potenziare la base di conoscenze per la prevenzione primaria.

Per l’obesità, è vero che possiamo parlare di un fenomeno in grave crescita nell’età evolutiva.

I risultati di un’indagine promossa dal Ministero della Salute indicano che all’età di 9 anni il 23,9% dei bambini è in soprappeso (cioè quasi uno su 4) ed il 13,6% è obeso (cioè circa 1 su 7).

Anche questa indagine conferma la più elevata prevalenza di obesità nelle regioni del sud.

Nell'insieme, il rischio per i bambini obesi di divenirlo da adulti varia tra 2 e 6,5 volte rispetto ai bambini non obesi. Inoltre, il rischio relativo per un bambino obeso di diventare un adulto obeso aumenta con l'età in cui si osserva la persistenza dell'obesità ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale. Così fra i bambini obesi in età prescolare, dal 26 al 41% è obeso da adulto, mentre la percentuale di rischio sale all'83% per gli adolescenti obesi.

Ed infine, alcuni lavori di prestigiose istituzioni scientifiche straniere come NIH, purtroppo ancora limitati, ci portano a riflettere come - argomento spesso trascurato dagli epidemiologi - la pervasiva presenza di sostanze chimiche nel nostro ambiente di vita possa interagire con lo sviluppo dei meccanismi di regolazione del metabolismo del nostro organismo nelle delicate fasi dell'età evolutiva.

Una raccomandazione quindi alla ricerca di non dimenticare i rischi ambientali, da una parte, e, dall'altra, di indagare la potenziale protezione che il nostro organismo può ricavare da stili di vita corretti, ed in primo luogo dalla corretta alimentazione.

Ben oltre le raccomandazioni sulla dieta mediterranea e sugli stili di vita, i dati ci parlano quindi di un ambiente patogeno in cui la diffusione di alimenti ad alto contenuto energetico ed a basso contenuto di vitamine ed altri fattori protettivi, le scarse possibilità di attività fisica, assieme ad altri fattori inquinanti specifici si combinano con insidiosa sinergia a danno della salute dei cittadini.

I dati epidemiologici disponibili chiamano l'intera comunità a stabilire un'efficace piano di azione per la prevenzione primaria e per la salvaguardia della salute a partire dalle prime fasi della vita.

Come rispondere da parte di chi è responsabile del Governo della salute del Paese?

Occorre un Piano d'Azione per la prevenzione che abbia il respiro per affrontare problemi complessi ed il coraggio di sostenere sfide a lungo termine.

Occorre, dopo l'inerzia e gli sprechi, valorizzare, integrare, utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Occorre promuovere la ricerca su grandi obiettivi di prevenzione, perché molto è già stato ottenuto attraverso l'incremento delle conoscenze, ma ciò non è mai sufficiente, anche perché il mondo muta rapidamente.

Occorre migliorare la conoscenza complessiva dello stato di salute dei cittadini, in particolare monitorando attentamente le fasce più giovani.

Occorre ripensare i sistemi di sorveglianza ambientale, alimentare ed epidemiologica, aggiornandone i criteri e soprattutto favorendo lo scambio di informazioni per mettere in atto sistemi di allerta efficienti.

Occorre dialogare con gli operatori sanitari ed i cittadini, favorendo uno scambio di informazioni a due sensi: la nuova prevenzione non è solo un sistema di controlli, è una guida che accompagna i cittadini, istruendoli e coinvolgendoli nei comportamenti e nelle scelte.

Guardare al nostro futuro e scoprire una popolazione italiana sì longeva, ma numericamente ridotta, non solo a causa del problema della bassa natalità, ma per le perdite subite a causa dei disordini alimentari e delle patologie che ne conseguono, deve costituire la massima spinta, per le Istituzioni, ad adottare, sin da subito, gli indispensabili correttivi ormai non più procrastinabili.