

MASSIMO VALSECCHI*

Fame e povertà: l'influenza di una sana alimentazione sulla salute delle fasce deboli della popolazione

PREMESSA

Il grafico 1 illustra l'andamento della mortalità generale di Verona che rappresenta, con variazioni insignificanti, le cause di morte del nostro Paese e di un qualsiasi paese occidentale contemporaneo.

La mortalità per malattie infettive è ormai scesa ad una quota insignificante, inferiore all'1%, la principale causa di mortalità è data dalle patologie cardiovascolari (circa il 40%) e dalle forme tumorali (circa il 30%).

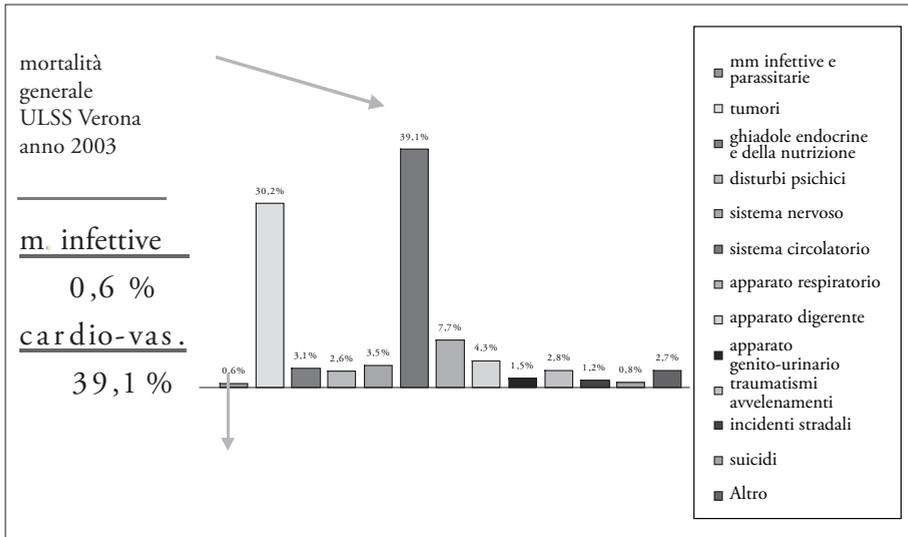
Il dato rilevante per programmi di sanità pubblica risiede in due aspetti distinti; il primo consiste nella constatazione che corretti stili di vita (astensione dal fumo di sigaretta, abbandono della sedentarietà, un tipo di alimentazione con regolari introiti di frutta, verdura e pesce) costituiscono un sistema molto efficace di prevenzione verso queste patologie cronico degenerative¹; il secondo aspetto riguarda un fatto un po' meno noto e cioè che questo tipo di patologie colpiscono in maniera differenziata (anzi, probabilmente, in maniera progressivamente differenziata) le diverse classi sociali.

LE DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ

Lo studio più completo su questo argomento è stato condotto in Inghilterra da Sir Donald Acheson, che ha redatto, nel 1998, un rapporto indipendente sulle

* *Direttore del Dipartimento di Prevenzione Uls 20 Verona*

¹ C. LORINO, F. VOLLER, G. MACIOCCO, *Malattie croniche. L'epidemia dimenticata*, in «L'Arco di Giano, Stili di vita tra prevenzione e responsabilità», 4, primavera 2006.

Graf. 1 *Mortalità generale*

disuguaglianze in campo sanitario presenti in Inghilterra su mandato del governo laburista, che, da allora, ha avuto cinque successive edizioni (l'ultima è del 2003).

Il rapporto (richiedibile allo *Stationery Office* di Londra per 21 sterline o scaricabile dal sito: www.archive.official-documents.co.uk/documents/doh/ih/contents.htm) è articolato in due sezioni:

- nella prima, sono esposti i dati attuali di evidenza sulle condizioni di disuguaglianza sanitaria in Inghilterra;
- nella seconda sono descritte 11 aree di possibile sviluppo nelle quali un intervento politico specifico può modificare sensibilmente le condizioni di disuguaglianza sanitaria evidenziate.

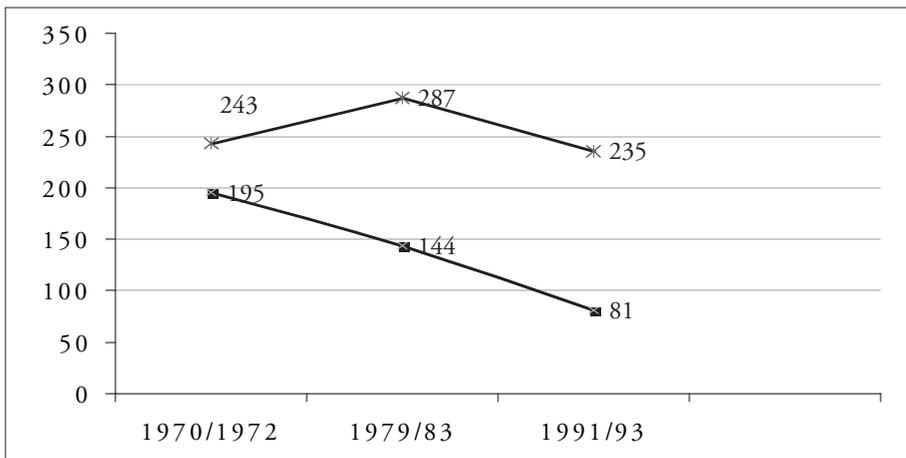
Il rapporto utilizza come strumento principale di analisi la collaudata suddivisione della popolazione inglese in sei classi sociali.

I dati della mortalità generale sono stati “letti” attraverso questa griglia sociale nel periodo 1970/1972, 1979/1983 e 1991/1993.

Riporto di seguito l'andamento dei tassi di mortalità cardiaca nella prima e nell'ultima delle sei classi sociali.

I tassi di mortalità cardiaca (su 100.000) nella prima classe sociale sono stati, nei periodi citati, rispettivamente di 195, 144 ed 81 mentre nella sesta: di 243, 287 e 235.

Si è avuto così, in questo intervallo di tempo, una diminuzione di mortalità in ambedue le classi sociali solo che la diminuzione nella sesta è stata mo-



Graf. 2

destissima (8 punti) mentre nella prima di 114. In questo modo, la differenza fra le classi sociali che nel 1970/1972 era di 48 punti a favore della prima è aumentata, nel 1991/1993 a 154.

Per cogliere completamente l'enormità della disparità evidenziata ricordo che stiamo parlando di un Paese dotato di un Servizio Sanitario Nazionale (il *National Health Service*) che garantisce a tutti i cittadini un'assistenza sanitaria gratuita e di qualità. Di conseguenza le disparità di mortalità evidenziate non possono (nella loro maggior componente) essere attribuite ad un deficit di diagnosi o terapia ma principalmente a diversi stili di vita.

Il rapporto elenca, quindi, una serie di dati che possono spiegare questa disparità:

- la dieta dei bambini d'età fra un anno e mezzo e quattro anni e mezzo che vivono in famiglie di lavoratori consumano meno succhi di frutta, vegetali freschi e cereali integrali e preferiscono cibi dolci e pasticceria;
- la popolazione di più basso stato sociale tende a mangiare meno frutta e verdura e meno cibi ricchi di fibre; ci sono dati che indicano che questo tipo di disuguaglianza è aumentato negli ultimi 15 anni;
- la popolazione più svantaggiata (dal punto di vista del livello d'educazione) consuma più sale: la media della pressione arteriosa scende con il salire della classe sociale;
- sussiste un marcato gradiente sociale nell'obesità che è più marcato nelle donne rispetto agli uomini;
- la politica agricola comunitaria ha mantenuto i prezzi delle derrate alimentari più elevati del necessario;

- l'aspetto più negativo, dal punto di vista nutrizionale, di questa politica è costituito dalla distruzione di larghe quantità di frutta fresca e dalla verdura, alimenti fondamentali nella prevenzione del cancro e delle coronaropatie.

Studi nord americani confermano il dato inglese e cioè che «La povertà si associa con una riduzione della spesa per il cibo, un minor consumo di frutta e verdura e una minor qualità degli alimenti e che l'associazione tra povertà e obesità può dipendere in parte dal basso costo dei cibi ad alto contenuto energetico e può essere rinforzata dall'appetibilità di zuccheri e grassi»².

Gli studi relativi alla situazione italiana sono molto meno completi ma forniscono, in ogni caso, informazioni che si muovono nella stessa direzione.

Per quanto riguarda il nostro Paese gli unici lavori di cui ho notizia, su questo tema, sono i lavori pionieristici del gruppo di Torino³ che hanno preceduto la recente pubblicazione di un allegato al numero di Maggio-Giugno 2004 di «Epidemiologia e Prevenzione» che tenta di allargare l'analisi a tutto il territorio nazionale. In quest'ultima analisi è emerso che «le persone socialmente più sfavorite manifestano una propensione inferiore a seguire la tipica dieta mediterranea, ricca di frutta, verdura, cereali e povera di grassi animali»⁴.

Vediamo, quindi, in conclusione che un sensato programma di prevenzione in Italia (e più in generale in Occidente) non può prescindere dalla necessità di mettere in atto politiche preferenziali volte a fronteggiare nella popolazione le differenze di stili di vita che risultano rilevanti per lo stato di salute.

Questa regola è, purtroppo, ancora stata fatta propria dalla programmazione sanitaria neanche nei più recenti programmi nazionali (Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007).

L'ESPERIENZA LAST MINUTE MARKET A VERONA E NELLA REGIONE VENETO

Mi scuso per la lunghezza della prefazione ma mi era necessaria per chiarire i motivi che hanno indotto il Dipartimento di Prevenzione, quando è stata pro-

² *Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs*, «Am J Clin Nutr», 79, 1, Jan 2004, pp. 6-16.

³ G. COSTA, F. FAGGIANO, *L'equità della salute in Italia*, Milano. Franco Angeli, 1994; G. COSTA, M. CARDANO, M. DEMARCA, *Torino. Storie di salute in una grande città*, Ufficio statistico città di Torino, 1998.

⁴ F. VANNONI, *Gli stili di vita*, in supplemento, «Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia e Prevenzione», maggio-giugno 2004.

posta dalle ACLI provinciali e dalla Facoltà di Agraria dell'Università di Bologna, ad appoggiare l'iniziativa Last Minute Market e a tentare di inserirla come componente organica di un programma di prevenzione nella Regione Veneto.

In altri termini di questa iniziativa, promossa dal Prof. Andrea Segrè e presieduta dal Dott. Luca Falasconi della Facoltà di Agraria dell'Università di Bologna, penso vada apprezzato non solo il rilevante contenuto etico ma anche la possibilità di utilizzarla per iniziare a colmare quel deficit di programmazione sanitaria che ho illustrato.

La Regione Veneto ha adottato nel 2005 un piano di intervento per prevenire le patologie cardiovascolari ed il diabete⁵.

In questo piano vengono previsti «interventi di distribuzione di frutta e verdura (pesce ?) alle classi sociali disagiate attraverso modalità quali il last minute market». L'intervento pilota di questo piano è in atto a Verona.

A Verona l'iniziativa, cui ha aderito l'Assessorato all'Istruzione del Comune, ha avuto una fase sperimentale nel 2005 tramite la raccolta di cibo non consumato in due scuole che è stato utilizzato in due diverse strutture di accoglienza sociale.

Questa fase ci ha permesso di mettere a punto i protocolli operativi e le modalità di controllo della qualità degli alimenti e delle modalità di raccolta e distribuzione che sono stati discussi e controllati dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione.

Questo aspetto è, ovviamente, di grande importanza non solo dal punto di vista igienico-sanitario ma anche per garantire anche formalmente ed ufficialmente a chi usufruisce del cibo raccolto, alle pubbliche amministrazioni e all'opinione pubblica che il cibo che viene distribuito non è materiale di scarto ma cibo che risponde completamente agli standard di sicurezza e qualità vigenti.

Nel 2005 e 2006 la campagna di raccolta è stata potenziata ed è, di conseguenza, stato allargato il numero delle comunità di fruitori del cibo raccolto. Per il momento, infatti, usufruiscono del cibo raccolto solo comunità e non singoli. Questi restano un obiettivo importante del nostro progetto ma è evidente che questo sviluppo richiede la costruzione di reti locali di quartiere che sarà complicato mettere assieme ma che costituiranno, una volta attivate, un importante incremento di "capitale sociale" nei quartieri così come ci stimola a fare l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁶.

⁵ Delibera n. 2031 del 26.07.2005 della Giunta Regionale del Veneto su Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, Allegato A, Cardiovascolare e diabete, punto 2.2.7 Strategie e metodi.

⁶ Il capitale sociale è creato dalle interazioni quotidiane fra le persone e sviluppato in strutture quali i gruppi civici e religiosi, le reti informali della comunità e dal volontariato. Più queste reti sono consolidate e più alta è la probabilità che si instaurino modalità di collaborazione

TIPOLOGIA	MENÙ INVERNALE		MENÙ ESTIVO	
	QUANTITÀ	%	QUANTITÀ	%
Primo	1.981,80	43,28%	551,80	45,54%
Secondo	734,24	16,03%	226,60	18,70%
Contorno	927,44	20,25%	223,02	18,41%
Frutta/Yogurt	134,84	2,94%	9,42	0,78%
Varie	88,36	1,93%	12,65	1,04%
Pane	712,39	15,56%	188,19	15,53%
TOTALE	4.579,07	100,00%	1.211,68	100,00%
5.790,75 Kg				

Tab. 1 *Riepilogo raccolta nel Comune di Verona. Periodo novembre 2005-giugno 2006*

Altro elemento importante per la valorizzazione di questa iniziativa è stata la scelta del Comune di Verona di inserire questo fra gli otto progetti che costituiscono il “Piano di sviluppo della salute del Comune di Verona” (www.pianoperlasalute.verona.it).

Viene così rafforzato il tratto “strategico” e non occasionale che questa iniziativa può veicolare.

E, infine, a conferma dell’interesse di questa proposta, segnalo che la Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno, Mantova ed Ancona (www.fondazionecrverona.org) ha inserito questa iniziativa fra i temi finanziabili con il bando relativo all’anno 2007.

reciprocamente vantaggiose. In questo modo il capitale sociale crea salute e può valorizzare i benefici degli investimenti in salute.