

Dalle parole ai fatti. Come rendere efficace la promozione degli stili di vita

* Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione a scopi non commerciali è possibile citando l'Autore e la Fonte della pubblicazione

di Francesco Bottaccioli

Come incrementare la diffusione degli stili di vita salutari

Si parla e si scrive molto del ruolo decisivo degli stili di vita nel mantenimento e nel recupero della salute.

Si ha la sensazione che ormai tutti sappiano che la dieta, l'attività fisica, il controllo dello stress non siano trastulli intellettuali di qualche alternativo, bensì i pilastri della salute. Ma perché, allora, anche da noi cresce l'obesità, cala l'attività fisica e aumentano i livelli di rabbia e di violenza sociale soprattutto nelle grandi città? Del resto, che non sia un fenomeno italiano è dimostrato dalla pubblicazione, nel numero di aprile di Journal of Nutrition, degli atti di un simposio dedicato proprio al tema di come modificare una situazione nutrizionale paradossale a livello mondiale.

Paradossale perché convivono tre fenomeni. Da un lato, pur con qualche ridimensionamento documentato dal recente rapporto della Organizzazione Mondiale della Sanità sullo "Stato della nutrizione nel mondo", permane una quota importante del genere umano che soffre la fame e la malnutrizione; dall'altro c'è una crescita netta dell'obesità nei paesi ricchi. Ma c'è un terzo paradosso: quando i paesi poveri emergono, rapidamente dilagano il sovrappeso e l'obesità.

Se si va a scavare in quest'ultimo aspetto, come fa Eileen T. Kennedy, della Scuola di politica e scienza della nutrizione della Tufts University a Boston, notiamo un legame tra povertà e obesità. Se si paragona lo strato più povero con quello più ricco della popolazione femminile del Brasile, tipico paese emergente, si nota che, nel 1975, la percentuale di obese tra le più ricche era un po' meno del 10 per cento, mentre tra le più povere era del 4,7 per cento. Nel 1997, la situazione si è drammaticamente capovolta: le più ricche sono rimaste lì (10,9%), le più povere sono balzate al 12,6!

Non si pensi che questo legame tra povertà e obesità sia tipico dei paesi emergenti, è documentato anche nei paesi ricchi, Stati Uniti in primo luogo. Perché? Perché gli strati più poveri, sia dal punto di vista economico sia culturale, preferiscono cibi con gusto accattivante e molto convenienti, che quindi hanno porzioni più grandi e sono a più alto contenuto energetico. Sono cibi però che, oltre ad essere negativi per la salute, hanno un più basso potere saziante: di qui la spinta a mangiare.

Come è accaduto per il fumo, quindi, anche per il cibo, le differenze sociali si fanno sentire. Gli strati più benestanti e colti fanno più attenzione al cibo, anche perché hanno i mezzi economici e culturali per evitare di restare intrappolati nella soverchiante offerta di cibo spazzatura o comunque non salutare. Servono quindi interventi di politica economica e di informazione sociale mirata.

In alcuni paesi, Stati Uniti e Australia in testa, negli ultimi anni, si sono realizzate alcune esperienze pilota per contrastare la cattiva alimentazione nei luoghi cruciali: posti di lavoro e scuole. Gli strumenti sono stati economici (diminuzione dei prezzi e aumento della disponibilità del cibo a basso contenuto di grassi; distribuzione di frutta gratis nelle scuole) e psico-sociali (coinvolgimento di gruppi di ragazzi delle scuole superiori nella diffusione attiva di comportamenti alimentari salutari). I risultati sono chiari: se si rimuovono gli ostacoli economici e culturali, la gente è disposta a cambiare.

Un ruolo cruciale potrebbe essere svolto dai medici di base e in generale da tutti gli operatori sanitari. Ma anche qui purtroppo siamo molto indietro. Una ricerca pubblicata sull'ultimo numero di Preventive Medicine, realizzata in undici paesi europei, dimostra che la maggioranza dei medici di base è scettica sulla possibilità di influenzare positivamente gli stili di vita dei propri pazienti e quindi nemmeno ci prova. Durante la visita non pesa i propri pazienti, non elabora l'indice di massa corporea, non dedica tempo all'illustrazione dei vantaggi della dieta e dell'attività fisica e magari pensa di fare prevenzione prescrivendo una sfilza di esami, anche inutili. Emerge anche un legame tra le abitudini del medico e la sua capacità di consigliare. Se fuma, se non fa attività fisica, se è grasso, sarà poco convinto e poco convincente! È il vecchio "medico, cura te stesso", che i partecipanti allo studio hanno colto in pieno. Ecco il dato incoraggiante: la volontà degli intervistati a cambiare, se opportunamente supportati dalle istituzioni, anche con specifici corsi di formazione.