



Unione
Europea



Regione
Calabria



Città di
Reggio Calabria



POR Calabria



PSU Calabria



Fondazione BNC



SE CI PENSO BENE, MANGIO MEGLIO

Campagna per la lotta all'obesità
e per il rilancio della Dieta Mediterranea
Progetto M.A.RE.A.

Progetto finalizzato alla prevenzione, soprattutto tra i giovani, dell'obesità e delle patologie metaboliche correlate ed alla diffusione della dieta mediterranea.

Background e rationale

Il concetto di **dieta mediterranea** origina nel 1950 con il “**Seven Countries Study**” avviato da **Ansel Keys**.

Questo studio osservazionale con una estensione di 15 anni, infatti, ha messo in evidenza, in popolazioni di sesso maschile di età compresa tra i 40 ed i 59 anni che risiedevano in aree rurali del Mediterraneo (Dalmazia, Crevalcore, Creta, Corfù, Montegiorgio), una longevità significativamente maggiore ed una prevalenza decisamente più bassa di malattie cardiovascolari e neoplastiche rispetto a popolazioni, confrontabili per sesso ed età, residenti in regioni del Nord Europa.

Responsabile di questa favorevole condizione fu considerata la dieta tradizionale praticata in questi paesi(1) che viene indicata come “dieta mediterranea”.

Più recentemente gli effetti favorevoli esercitati dalla dieta mediterranea nei confronti della patologia cardio-vascolare, di certi tipi di cancro e, più in generale, sull'aspettativa di vita sono stati confermati dagli studi condotti in Grecia da **Trichopoulos D.** (2) e dall'**EPIC-elderly Prospective**

Cohort Study che ha messo a confronto gli stili alimentari di oltre 70.000 soggetti di diverse aree d'Europa (Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Norvegia, Gran Bretagna, Spagna, Svezia) (3).

La dieta mediterranea utilizza come alimenti: cereali, legumi, frutta fresca, vegetali, frutta secca (mandorle, nocciole e specialmente noci che presentano un elevato contenuto di acidi grassi omega-3), olio di oliva (che, ricchissimo di acidi grassi monoinsaturi, costituisce la principale sorgente di grassi) .

Completa questo programma alimentare : un moderato consumo di pesce, pollami e uova, un basso introito di carni rosse ed un moderato consumo di vino rosso ai pasti (circa 2 bicchieri al giorno).

Le caratteristiche di questa dieta vengono esemplificate schematicamente nella cosiddetta “**Piramide Alimentare**”, che ha costituito sino ad oggi lo strumento più utilizzato per la divulgazione dei principi di una sana alimentazione ispirata alla dieta mediterranea e, più recentemente, nello “**Healthy Italian Mediterranean Diet Temple Food Guide**” proposto dall'italiano **Flaminio Fidanza** (4).

Tutti gli studi concordano nel concludere che gli effetti benefici della dieta non sarebbero attribuibili ai singoli nutrienti quanto piuttosto alla loro complementare integrazione.

Non esiste un unico modello di dieta mediterranea. La tradizione, le caratteristiche geografiche ed ambientali, la cultura delle diverse regioni del bacino del mediterraneo hanno, piuttosto, dato origine a diverse “proposte” nutrizionali. In Italia la dieta presa a modello (**Reference Italian Mediterranean Diet – RIMD**) è quella utilizzata, negli anni cinquanta-sessanta, dalla popolazione di **Nicotera**.

Nicotera è stata la terza popolazione rurale italiana esaminata nell'ambito del Seven Countries Study. La dieta della cittadina calabrese prevedeva un elevato consumo di cereali (48-52% delle calorie introdotte), di olio di oliva (14.5%-16.6%), vegetali (5-7%), legumi (4.4-6.6%), un consumo

moderato di frutta (2-2.6%), pesce (1.6-2%) e vino rosso (4.2-6%). Molto limitato è il consumo di carne (2.6-4%), latte e relativi prodotti (1.3-1.8%), uova (0.8-1.4%) e grassi animali (1-2%). La popolazione era, inoltre, impegnata in un'attività fisica non sedentaria (5).

A Nicotera nel 1957, epoca dello studio, la prevalenza di malattie degenerative croniche negli uomini, con età compresa tra i 45 ed i 64 anni era molto bassa, l'ipertensione, il sovrappeso, l'obesità e il diabete mellito erano condizioni patologiche rare e le neoplasie erano praticamente assenti (5).

Lo studio fu, purtroppo, interrotto, per assenza di fondi, perdendo un'occasione unica di registrare la variazione dell'epidemiologia delle malattie metaboliche, cardiovascolari e neoplastiche in rapporto ai nuovi modelli alimentari che si sono affermati con l'avvento della civiltà del benessere che ha coinciso con una **“globalizzazione dei consumi alimentari”**.

Le abitudini alimentari degli Italiani, anche al Sud, sono drammaticamente mutate e le caratteristiche benefiche della dieta mediterranea sono state abbandonate con conseguenze negative sullo stato di salute.

A più di 40 anni di distanza dallo studio di Nicotera, un'indagine epidemiologica condotta a **Cittanova**, cittadina che dista solo pochi chilometri da Nicotera, ha ridisegnato uno scenario dello stato di salute della popolazione drammaticamente cambiato con una prevalenza di alterazioni metaboliche sovrapponibile a qualsiasi altra area industrializzata del Nord Europa o del Nord America (6).

Nella popolazione di Cittanova si registra una prevalenza di sovrappeso ed obesità rispettivamente del 36 e 17%. Queste condizioni nutrizionali si accompagnano ad alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico ed a patologia metabolica epatica (NAFLD), che costituiscono le componenti della cosiddetta “sindrome metabolica”, ovvero una particolare aggregazione di alterazioni, di cui il sovrappeso/obesità e insulino-resistenza rappresentano i momenti patogenetici fondamentali, che predispongono al rischio di diabete mellito e patologia cardio-vascolare (7-8).

La sindrome metabolica, in Italia, interessa almeno il 25% della popolazione e la sua diffusione è, paradossalmente, maggiore, anche se in termini non statisticamente significativi, nella popolazione del Mezzogiorno segno di un abbandono delle proprie tradizioni e di una accettazione di modelli di vita estranei che si traducono, anche sul piano della salute, in condizioni di emergenza sociale (9).

Per il futuro la situazione dovrebbe ulteriormente aggravarsi se si considera che più del 30% della popolazione italiana di bambini ed adolescenti si presenta in sovrappeso o francamente obesa (dati di prevalenza questi del tutto sovrapponibili a quelli registrati negli USA, Paese che ha anticipato di qualche decennio mode nutrizionali ormai diffuse a tutto l'Occidente) e cominciano ad essere frequenti patologie, quali il diabete e l'ipertensione arteriosa, raramente riscontrabili, in queste fasce di età, nelle epoche precedenti (10-12).

Obiettivi del Progetto

I dati epidemiologici riportati nel precedente paragrafo ci autorizzano a parlare, anche per il nostro Paese, così come ormai succede da più di un decennio negli Stati Uniti, di “**epidemia dell'obesità**”.

Tuttavia, come si può misurare dalla scarsa attuazione e dalla sporadicità di iniziative sociali di tipo preventivo/correttivo, a differenza del contesto nord-americano, non sembra ancora sufficientemente diffusa la consapevolezza degli effetti sanitari e sociali della patologia nutrizionale.

In questo contesto nascono le seguenti urgenti necessità:

- 1) attuazione di studi di popolazione finalizzati a stabilire la prevalenza nel territorio di interesse della patologia metabolica e dei suoi rapporti con determinati stili di vita. Le informazioni ricavate dalle indagini epidemiologiche sono necessarie all'articolazione di politiche socio-sanitarie razionali ed efficaci.
- 2) avvio di programmi di intervento sociale finalizzati a diffondere stili di vita che si sono dimostrati efficaci nel prevenire e/o correggere l'insieme di alterazioni metaboliche (obesità / iperglicemia /

dislipidemia / ipertensione) che costituiscono una condizione a rischio per lo sviluppo della patologia cardiovascolare, causa prima di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. In particolare, l'intervento proposto si fonda soprattutto sulla **“riproposta e diffusione”** dei principi della Dieta Mediterranea considerata **modello nutrizionale efficace** nella prevenzione della patologia metabolica (13).

Il Progetto finalizzato alla diffusione dei principi della dieta e dello stile di vita mediterranei – prende corpo nel contesto e con gli obiettivi precedentemente illustrati. Esso prevede il coinvolgimento, nel rispetto delle specifiche competenze, di istituzioni amministrative, sanitarie, scientifiche e scolastiche, di ordini professionali, di associazioni del volontariato.

Il progetto prevede un programma di interventi a livello della popolazione generale, con particolare attenzione alla fascia di popolazione in età adolescenziale, che per la particolare sensibilità alle mode, si presenta come una categoria maggiormente a rischio nell'assunzione acritica di modelli culturali spesso dannosi per lo stato di salute.

La mutazione dei sistemi di produzione dei beni alimentari (sicurezza-affermazione dei prodotti biologici), l'aumentata capacità di penetrazione dei sistemi informativi (aumento, diffusione e specializzazione dei mezzi di informazione – maggior grado di scolarizzazione – maggiore disponibilità di conoscenze scientifiche) ed il maggior grado di benessere e di sicurezza sociale, condizioni tutte queste che delineano un radicale cambiamento del contesto rispetto all'epoca in cui si è definita ed affermata originariamente la dieta mediterranea, sono considerati elementi positivi per l'affermazione degli obiettivi del progetto.

Coinvolgimenti Istituzionali- Sociali-Professionali

Istituzione patrocinatorice e finanziatrice istituzionale:

Amministrazione Comunale di Reggio Calabria

Istituzione co-finanziatrice:

Fondazione BNC – Roma

Coordinamento tecnico-scientifico-organizzativo:

Associazione Calabrese di Epatologia – Associazione di Volontariato – Reggio Calabria

Supervisione scientifica:

Prof. Alfonso Mele del Centro Nazionale Epidemiologia Sorveglianza Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità – Roma

Figure professionali coinvolte nel progetto:

Medici e Pediatri di medicina generale biologi, insegnanti, esperti in scienza dell'educazione, infermieri, esperti in comunicazione, ecc.

.

Bibliografia:

- 1) Keys A, Menotti A, Karvonen Martti J, et al. The diet and 15 year death rate in the Seven Countries Study. *Am. J. Epidemiol.* 1986; 124(6):903-915;
- 2) Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N. Engl. J. Med.* 2003;26:2599-2608;
- 3) Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, Bueno-de Masquita B, Ocké MC, et al. Modified mediterranean diet survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ* 2005; 330:991-995;
- 4) Fidanza F, Alberti A. The Healthy Italian Mediterranean Diet Temple Food Guide. *Nutrition Today*;40:71-78;
- 5) Keys A, Aravanis C, Blackburn HW, et al. Epidemiological studies related to coronary heart disease: characteristics of men aged 45-59 aged in Seven Countries. *Acta Med. Scand.* 1967;460(suppl.):392;
- 6) Pendino GM, Mariano A, Surace P. Prevalence and Etiology of altered liver tests: a population-based survey in a Mediterranean town. *Hepatology* 2005;41:1151-1159;
- 7) Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005;365:1415-1428;
- 8) Grundy SM, Cleeman I, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-2752;
- 9) Palmieri L, Trojani M, Vannuzzo D. Distribution of the global cardiovascular risk in the Italian population: results from the cardiovascular epidemiologic observatory. *Ital. Heart J.* 2005;6(5):279-284;
- 10) Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004;291:2847-2850;
- 11) Manzoli L, Ripari P, Rotolo S, et al. Prevalence of obesity, overweight and hypertension in children and adolescents from Abruzzo, Italy. *Ann. Ig.* 2005;17(5):419-431;
- 12) Pontiroli AE. Type 2 diabetes mellitus is becoming the most common type of diabetes in school children. *Acta Diabetol.* 2004;41(3):85-90;
- 13) Panagiotakos DB, Polycronopoulus E. The role of mediterranean diet in the epidemiology of metabolic syndrome; converting epidemiology to clinical practice. *Lipids in Healt and Disease* 2005;4:712.

