

Tutti conosciamo quali dovrebbero essere le buone abitudini di vita, eppure di fatto non le applichiamo. Conoscere i dati e le evidenze scientifiche che legano l'insorgenza di alcune malattie ai fattori di rischio modificabili non ha sempre un impatto diretto e proporzionale sulle azioni di prevenzione messe in atto da noi individui, dalla comunità o dalle istituzioni.

Esistono ostacoli di diverso tipo e ordine di grandezza che si frappongono fra noi e i comportamenti necessari ad aumentare le nostre chance di una vita lunga e priva per quanto possibile di malattie. In questo capitolo cercheremo di esaminarli tutti, inclusi quelli che ci creiamo noi stessi.

Il mercato e la pubblicità

L'ostacolo principale è rappresentato dal mercato, che ha il sopravvento su quella poca informazione indipendente riguardo alla prevenzione oggi accessibile ai cittadini. Se un'alimentazione corretta comporta una spesa maggiore, se alimenti e prodotti dannosi e cancerogeni sono oggetto di pubblicità martellanti e finanziate con miliardi di euro, se il commercio di alcolici e prodotti contenenti tabacco è tale che una sua riduzione comporterebbe perdite ingenti di posti di lavoro e incassi... non può esserci nessun interesse economico nella promozione di comportamenti che vanno contro queste forze. Cerchiamo di capire attraverso esempi concreti.

Il mercato del fumo. Di tabacco e sigarette e simili abbiamo parlato a lungo nel capitolo 1, non abbiamo tuttavia toccato il tema di quanto sia rilevante la filiera del tabacco nel nostro paese e di quanto questa rilevanza renda difficile agire contro questo fattore di rischio.

Secondo quanto pubblicato dal Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, la produzione di foglie di tabacco nel mondo è di 4,9 milioni di tonnellate di cui 180.000 (3,7 per cento) in Europa e 50.000 (27 per cento della produzione europea) in Italia. Va calcolato che 1 kg di tabacco corrisponde a 1.000 sigarette, per cui la produzione italiana equivale a 50 miliardi di sigarette oppure a 2,5 miliardi di pacchetti da 20 sigarette l'uno. La produzione, come già ricordato, è concentrata in 4 regioni, Campania, Umbria, Veneto e Toscana. In Italia sono attive poco più di 220 imprese di cui le principali sono le branche nazionali di colossi internazionali quali Philip Morris e British American Tobacco.

Questi numeri mettono l'Italia intorno al 17° posto tra i produttori mondiali; i primi sono Cina, Brasile e India. Sono 12,4 milioni i fumatori in Italia e rappresentano il 24,2 per cento della popolazione, mentre gli ex fumatori sono il 14,9 per cento.

Tabacco poi non è sinonimo solo di sigarette, vanno considerati anche il tabacco sfuso, i sigari, il tabacco per la pipa, nonché le e-cigarette e le sigarette che non bruciano tabacco. Lo Stato ricava in totale con le tasse un introito di 14,41 miliardi di euro all'anno a fronte di un mercato di circa 20 miliardi. Tuttavia esso applica due misure perché, mentre per i pacchetti di sigarette le tasse assommano al 77 per cento, per gli altri prodotti si applica solo il 39 per cento, il che implica per lo Stato una perdita di 1,2 miliardi di euro all'anno.

Questi numeri rendono difficile immaginare azioni decisive da parte del Governo. Infatti, dopo la legge Sirchia

«Tutela della salute dei non fumatori», ormai 20 anni fa (la legge n. 3 (art. 51) del 2003), non sono state più intraprese iniziative sostanziali per limitare il fumo.

Non aiuta poi il costo delle sigarette relativamente basso, soprattutto rispetto ad altri paesi europei come Francia e Regno Unito, nei quali un pacchetto costa circa il doppio. Un costo significativamente più alto potrebbe contribuire a una considerevole diminuzione dei consumi senza intaccare le tasse incassate dallo Stato. E questo vale tanto per le sigarette tradizionali quanto per i prodotti più moderni come sigarette elettroniche e affini. Se infatti sul mercato globale le sigarette rappresentano ancora il 78 per cento dei consumi, gli altri prodotti sono comunque tutti in aumento. Tuttavia, le accise sono molto diverse per i vari prodotti. Di fatto lo Stato ha regalato a sigarette elettroniche e dispositivi simili più di 1 miliardo di euro, somma che avrebbe invece incassato se le accise fossero state uguali.

Il mercato degli alcolici. Recentemente alcune dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e una serie di decisioni prese da alcuni paesi europei e non hanno riacceso il dibattito in merito alla comunicazione e alla consapevolezza dell'effetto dell'alcol sulla salute. L'OMS ha ricordato poco tempo fa che non esiste una quantità «sicura» di alcolici da consumare e che qualsiasi quantità di alcolici ha conseguenze sull'organismo. Del resto l'alcol non solo è ben presente nella lista delle sostanze cancerogene stilata e aggiornata continuamente dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, ma fa parte del gruppo 1 di questa lista: quello delle sostanze cancerogene certe, ovvero per le quali vi sono evidenze scientifiche a sufficienza per dire che il loro consumo a qualsiasi dose aumenta il rischio di sviluppare determinati tipi di tumore. Queste evidenze non si possono ignorare, vanno

prese in considerazione per poi operare delle scelte individuali e collettive (che si tratti di stati o organizzazioni internazionali).

In Italia vi è una profonda e molto radicata cultura del vino, fa parte della nostra storia ed è quindi più difficile che in altri paesi accettare il fatto che ogni giorno (o comunque molto spesso) consumiamo con il nostro pasto un prodotto certamente cancerogeno. E lo consumiamo in molti e con molto piacere, come abbiano accennato nel capitolo 1. È utile tuttavia ribadire qui il concetto con alcuni dati: la relazione al Parlamento sull'impiego di alcol nel 2021 indica infatti in 8,7 milioni i consumatori a rischio, oltre 64.500 persone alcol-dipendenti e 3.700 incidenti stradali, su un totale di 40.130 attribuibili allo stato di ebbrezza alcolica. Il 27,9 per cento degli uomini e il 9,4 per cento delle donne di età superiore a 11 anni hanno ignorato i rischi di salute pubblica relativamente al consumo di bevande alcoliche. In particolare la popolazione più a rischio è quella dai 16 ai 17 anni (maschi 43,8 e femmine 40,5 per cento) e degli ultra-65enni con 2,5 milioni di persone a rischio. Rimane allarmante il fenomeno delle ubriacature (*binge drinking*) che nel 2020 ha riguardato il 18,4 per cento dei giovani di età fra i 18 e i 24 anni (maschi 22,1 e femmine 14,3 per cento) con un aumento annuo del 7,3 per cento. È anche cresciuta la quota dei bevitori che oltre a vino e birra consumano aperitivi, amari e superalcolici soprattutto fra le donne di 45 anni e più.

Nel 2020 sono state prese in carico dai 487 servizi di alcologia 64.527 persone, 3 volte di più i maschi delle femmine. Sempre nel 2020 beve vino il 53,8 per cento della popolazione con più di 11 anni, di cui il 65,1 per cento maschi e il 43,2 per cento femmine. Nella stessa popolazione beve birra il 51 per cento con una prevalenza nei maschi e nelle femmine rispettivamente del 64,6 e del 38,3 per cento. Tutte le altre bevande alcoliche sono

consumate dal 46,4 per cento della popolazione (58,1 e 34,6 per cento rispettivamente maschi e femmine).

Nel 2020 si rilevano complessivamente 43.445 dimissioni ospedaliere dovute a patologie attribuibili all'alcol. È interessante rilevare, secondo un dato dell'Istituto superiore di sanità, lo scarso interesse dei medici per i danni da alcol perché solo il 6 per cento dei bevitori a maggior rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

Non bisogna dimenticare che i dati italiani sono spesso la media di importanti differenze tra regioni. Ad esempio, il consumo di alcol, rispetto alla media italiana (55,8 per cento) è più alto in Emilia-Romagna (71,9 per cento) e in Veneto (70,4 per cento) mentre è più basso in Campania (43,2 per cento) e in Puglia (43,9 per cento). Il consumo di alcol fuori pasto è più alto della media italiana (7,5 per cento) in Trentino (20,6) e in Friuli-Venezia Giulia (19) mentre è più basso in Calabria (1,5) e in Puglia (2,0). Il tasso di ubriacature, che per l'Italia è del 7,9 per cento, è più alto in Molise (22,3) e in Veneto (14,2), mentre è più basso in Puglia (3,7) e in Valle d'Aosta (1,6). Infine il consumo a maggior rischio è per l'Italia del 15 per cento, mentre è a livello più elevato in Molise (33,4) e in Friuli-Venezia Giulia (28,3).

Come si accordano questi numeri con la consapevolezza che l'alcol è un cancerogeno certo? La realtà è che cerchiamo di fare di tutto per ignorare questo dato, per minimizzare l'effetto degli alcolici, per sminuirlo. E in questo ci è di grande aiuto la pubblicità che associa spesso immagini di alcol a persone di successo, a situazioni familiari di piacere e a divertenti occasioni di vita mondana. E non solo perché il vino fa parte della nostra cultura, quanto perché il mercato degli alcolici è molto importante nel nostro paese. Il valore totale del mercato di vino in Italia, incluso l'online, è stato nel 2021 di circa 14,2 miliardi di euro rispetto ai 245,6 miliardi a livello mondiale,

con un trend per il 2025 che arriverà a 19 miliardi rispetto ai 305,2 miliardi in tutto il mondo.

Il vino è un comparto rilevante dell'export italiano che ha registrato un aumento nei primi 9 mesi del 2022 rispetto al 2019 del 12,8 per cento soprattutto per quanto riguarda gli spumanti (+41,7 per cento). L'importanza del mercato del vino, in termini economici, rende poco probabile la possibilità che il Governo si adoperi per realizzare campagne di dissuasione attraverso iniziative di *caveat* sulle bottiglie di vino come si fa per i pacchetti di sigarette, anche se altri stati hanno già intrapreso questa strada. Per esempio, l'Irlanda all'inizio del 2023 ha ottenuto il via libera dalla Commissione europea al suo piano di introdurre delle etichette di avvertimento riguardo ai rischi per la salute sulle confezioni e sulle bottiglie di alcolici, il che ha suscitato indignazione e azioni contro questa misura da parte dei principali paesi produttori europei come Italia e Spagna. In Nuova Zelanda tutte le bottiglie contenenti alcolici devono adottare la scritta riportata nella figura 5.1.

Inoltre, il fatto che, a differenza del tabacco per cui non è mai stato dimostrato alcun beneficio, per l'alcol numerosi studi osservazionali condotti negli ultimi 50 anni hanno indicato che un modesto consumo di alcol è associato a una riduzione del rischio e della mortalità cardiovascular, porta spesso a sentirsi giustificati nel consumo, dimenticando però che il rischio tende ad aumentare al-

crescere del consumo. In particolare, un'analisi combinata di oltre 84 studi provenienti da tutto il mondo ha mostrato che i bevitori di 1-2 unità alcoliche al giorno hanno un rischio ridotto di circa il 15-25 per cento di avere malattie cardiache rispetto ai non bevitori. Per quanto riguarda gli ictus cerebrali è stata osservata una riduzione significativa di rischio del 15-20 per cento per un consumo di meno di 1 unità alcolica al giorno. Il consumo giornaliero di 1 unità alcolica per le donne e di 2 unità alcoliche per gli uomini sembra conferire una protezione sui malattie cardio-cerebrovascolari.

Studi biologici hanno dimostrato un effetto benefico dell'alcol sui grassi nel sangue e sulla coagulazione, il che può spiegare la riduzione del rischio di malattie cardio-scolari, soprattutto in relazione a un moderato consumo di alcol. La presenza di resveratrolo, polifenoli, flavonoidi e antocianidine nel vino, spesso invocata per i benefici che possono dare queste sostanze, è comunque a concentrazioni che per essere attive richiederebbero elevati consumi.

È importante tuttavia sottolineare che un'analisi del Global Burden Disease (GBD) del 2022 indica che il vangaggio indotto dalle piccole dosi di alcol non si applica ai giovani adulti sotto i 40 anni.

La pubblicità. La pubblicità determina i comportamenti attraverso i mass media, ma anche attraverso i social network e gli influencer. Ad esempio, la pubblicità dell'alcol, soprattutto quella del vino, come abbiamo detto sopra, nonché quella degli alimenti e in particolare delle bibite ricche di zuccheri condizionano i cittadini a consumi che sono poi responsabili per un'alimentazione inadeguata che determina sovrappeso, obesità e tumori. E non vi è un contraltare di pubblicità altrettanto mar- tellanti ed efficienti né vere e proprie campagne contro fumo, alcol e droghe. La pubblicità delle scommesse è

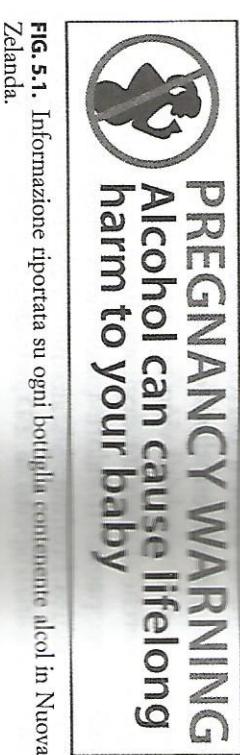


FIG. 5.1. Informazione riportata su ogni bottiglia contenente alcol in Nuova Zelanda.

un altro fattore che giova allo Stato perché comporta l'incasso di tasse.

La pubblicità poi spesso rappresenta false informazioni creando l'illusione che il mercato possa essere una fonte di prevenzione.

Particolarmente problematica è la pubblicità rivolta ai più piccoli che, per l'età del target e la natura degli spot, ha conseguenze a lungo termine sulla loro salute, soprattutto quella relativa a prodotti alimentari. L'obesità infantile è raddoppiata nei paesi ad alto e medio reddito dagli anni Ottanta a oggi ed è correlata a un maggiore rischio in età adulta di obesità e malattie croniche (le solite note: diabete di tipo 2, alcuni tipi di tumori, malattie renali e cardiovascolari). Questa è legata anche ad abitudini alimentari sbagliate che sono a loro volta favorite dalla diffusione di pubblicità, durante la programmazione diretta all'infanzia e alla preadolescenza, di snack e alimenti ad alto contenuto di zucchero, grassi, sale. Una connessione tanto allarmante che sia l'Organizzazione mondiale della sanità sia l'Unione europea hanno messo a punto delle linee guida per regolamentare la pubblicità alimentare rivolta ai ragazzi sotto i 13 anni: la prima con il WHO *European Nutrient Profile Model* e la seconda con gli EU *Pledge Nutrition Criteria* (EU PNC) che pongono delle soglie ben precise in termini di calorie e nutrienti come contenuto di sale, di zucchero ecc.; gli alimenti che le superano non possono essere pubblicitati con spot diretti a queste fasce di età e quindi trasmessi su canali televisivi, in fasce orarie e in relazione a programmi rivolti ai bambini e ai ragazzi [EU Pledge 2019]. Secondo una recente ricerca dell'Istituto Mario Negri, ben il 70 per cento delle pubblicità trasmesse in fasce orarie e in programmi per ragazzi dalle principali reti televisive non rispetta i criteri dell'EU-PNC e ben l'80 per cento delle pubblicità sui medesimi canali non è conforme alle più stringenti linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità. Inoltre si

può osservare come siano completamente assenti pubblicità per frutta e verdura, per un'alimentazione sana, per promuovere l'esercizio fisico e così via.

È evidente che manca un controllo del rispetto delle linee guida e forse sarebbe opportuno istituire una commissione che regoli specificamente la pubblicità per tutti i prodotti che riguardano la salute, a partire proprio dalla pubblicità in ambito alimentare.

Istruzione scolastica e formazione medico-sanitaria

Scuola. Un altro fattore importante che non aiuta lo spirito critico e la consapevolezza dell'importanza o dell'esistenza stessa della prevenzione è la sua assenza nei programmi scolastici. Inoltre per diversi motivi – culturali, sociali, economici – non vi è un'uniforme e diffusa attenzione al cibo offerto nelle mense, al tempo dedicato all'esercizio fisico e all'educazione alla salute. Del resto non è solo la prevenzione a mancare tra i banchi di scuola. Sono assenti sia una reale educazione alla salute, sia una formazione del pensiero scientifico, il pensiero costruito sulle evidenze, sulla sperimentazione, sulle fonti di informazione. La mancanza di una cultura scientifica e di un'adeguata formazione sulle tematiche di salute, medicina, prevenzione si ripercuote poi sulla società. Detto ciò, non siamo i soli a presentare carenze di questo tipo.

L'Organizzazione mondiale della sanità nel 1992 ha lanciato il programma Scuole per la Salute in Europa (Schools for Health in Europe, SHE) seguendo la proposta della Conferenza internazionale del 1986 promossa dall'Ottawa Center. Attualmente 45 paesi europei partecipano alla rete HPS (Health Promoting Schools), inclusa l'Italia. Una *review* della letteratura riguardante i risultati di questa attività educativa è stata realizzata dalla Cochrane Library nel 2014. Sono stati raccolti e analizzati

i risultati di 67 studi che hanno randomizzato 1.345 scuole e 98 distretti. Nessuno di questi studi è stato condotto in Italia, mentre sono prevalenti gli studi americani e australiani, seguiti da Finlandia, Belgio, Paesi Bassi e Norvegia. L'articolo della Cochrane Library elenca i risultati sulla base di singole aree di abitudini di vita. Ad esempio, l'educazione scolastica riguardante il mantenimento di un normale peso corporeo è stata valutata in 13 studi, di cui 3 hanno indicato un effetto di $0,11 \text{ kg/m}^2$, mentre gli altri hanno mostrato lo stesso effetto, ma associando l'attività fisica con la nutrizione.

Di questi 13 studi riguardavano il miglioramento della nutrizione, mostrando l'efficacia dell'educazione nell'umentare il consumo di frutta e vegetali. Altri 5 studi erano diretti a evitare o ridurre il consumo di tabacco con buoni risultati, in media una prevenzione di circa il 23 per cento, mentre sono stati negativi i risultati riguardanti la prevenzione del consumo di alcol. Analogamente nessuno studio ha dimostrato efficacia nel prevenire depressione o comportamenti violenti nonché l'utilizzo di droghe, l'esposizione eccessiva al sole o l'impiego del preservativo e l'uso del casco per prevenire incidenti. Molto positivo è stato invece il risultato sulle assenze scolastiche, con una diminuzione del 43 per cento. In particolare la diminuzione di assenze per influenza era del 40 per cento, per diarrea del 33 per cento e del 67 per cento per congiuntiviti.

In generale gli studi riportati vengono giudicati di modesto livello in termini di qualità. I dati sono insufficienti per trarre informazioni attendibili anche se in generale esistono elementi per ritenere che l'educazione scolastica alla salute abbia qualche utilità. La scuola è una sede ideale per incoraggiare buone abitudini di vita non solo attraverso l'educazione, ma anche utilizzando ad esempio la mensa per studiare l'abitudine dei giovani a consumare frutta e verdura. Nei Paesi Bassi è stato condotto uno studio

TAB. 5.1 LE STRATEGIE SCELTE DAGLI ASILI NIDO E IL MODO IN CUI HANNO IMPLEMENTATO QUESTA STRATEGIA

STRATEGIE	MODALITÀ
Coltivazione	Guardare, annaffiare, coltivare, raccogliere frutta e verdura dentro e fuori la scuola
Cucinare	Preparare cibi caldi, piatti semplici caldi e freddi con frutta e verdura
Gioco	Imparare a conoscere frutta e verdura attraverso giochi, libri, canti, disegni, imitazioni di un ristorante
Assaggi	Esporre al consumo di frutta e verdura un familiare attivando una discussione circa le differenze di gusto

fonte: Zeinstra *et al.* (2023).

[Zeinstra *et al.* 2023] dove si proponevano agli asili nido quattro strategie, come riportato nella tabella 5.1.

Tutte le strategie hanno prodotto buoni risultati attraverso la raccolta di questionari con esiti di 3,5 e più punti su una scala di 5 punti. E anche se, come spesso accade e come è vero, gli autori ritengono siano necessarie ulteriori ricerche, vale la pena sottolineare che i buoni risultati sono stati sostenuti dalle famiglie che hanno spesso partecipato alla ricerca.

Università e scuole di medicina. I nostri medici, tranne alcuni casi virtuosi, non ricevono una formazione specifica sulla promozione della prevenzione come una delle loro attività fondamentali della loro professione. I medici infatti dovrebbero essere formati a prescrivere non solo farmaci ma anche buone abitudini di vita e dovrebbero essere giudicati per la loro capacità di ridurre fra i loro assistiti il numero dei fumatori, degli alcolizzati, dei tossicodipendenti, degli obesi e così via. Ho visionato i programmi resi disponibili online dalle facoltà di medicina delle università private e pubbliche italiane. Tutti ovviamente presentavano insegnamenti di igiene, sanità pubblica e medicina del lavoro e in alcuni programmi veniva spiegato che si sarebbero affrontati moduli riguardanti alcuni

aspetti della medicina preventiva. Menzione diretta alla prevenzione vi era tuttavia solo in alcuni programmi, per esempio in quello delle Università di Trieste, di Brescia, della Campania Luigi Vanvitelli, di Genova e del Salento.

Epure sono diversi anni che si discute, nella comunità scientifica, dell'opportunità di integrare gli insegnamenti delle scuole di medicina con training di medicina preventiva, insegnamenti di prevenzione primaria e corsi mirati a preparare i futuri medici a includere lo stile di vita nella loro pratica quotidiana.

In particolare, nell'insegnamento dovrebbe essere sempre distinto il concetto di malattie «evitabili» per sottolineare il valore della prevenzione attraverso l'indicazione delle specifiche modalità di contrasto. Soprattutto le scuole di specializzazione dovrebbero avere specifici programmi di prevenzione. È anche necessario che le scuole di medicina indichino ai medici l'importanza di rappresentare essi stessi un esempio per quanto riguarda le buone abitudini di vita. Uno studio riportato da «BMC Medical Education» nel 2022 suggerisce per esempio la necessità del curriculum medico, attraverso un programma di 58 ore di cui ben 18 dedicate alla nutrizione [Essa-Hadad *et al.* 2022].

In questo senso va ricordato un programma annuale del Governo francese riguardante 47.000 studenti di medicina che vengono istruiti per informare all'interno della comunità e in particolare delle scuole sulla prevenzione basata sulla conoscenza della nutrizione, dell'attività fisica, delle dipendenze, della sessualità. Uno studio del 2019 pubblicato sull'«American Journal of Lifestyle Medicine» illustra una modalità per completare l'insegnamento della prevenzione nelle scuole di medicina. Gli studenti devono operare come educatori nelle scuole di livello primario e secondario. Anche in questo caso si insegnano gli stili di vita che comprendono anche l'importanza del sonno,

del benessere mentale, delle modalità per evitare malattie croniche. Sono sufficienti in generale 8 lezioni di 1 ora ciascuna durante l'anno scolastico per gruppi di circa 15 studenti.

Alibi: ognuno ha il suo, ma perché li cerchiamo?

Come detto in apertura di capitolo, tutti sappiamo quello che si dovrebbe fare, o per lo meno la maggior parte delle persone sa cosa si dovrebbe fare, nel campo della prevenzione primaria, ovvero rispetto al proprio stile di vita, ai comportamenti individuali che, come abbiamo visto nel capitolo 1 e nella tabella 1.1, determinano per il 50 per cento la nostra salute. Eppure è la minoranza a comportarsi di conseguenza. Molti di noi sperimentano questa contraddizione in prima persona: più di una volta davanti a un dolce di troppo, un bicchiere di vino, una sessione mancata in palestra, facciamo in modo di dimenticarci della prevenzione quotidiana e della sua importanza. Perché? Molto spesso perché inventiamo degli alibi. Tutti noi siamo assai bravi e molto fantasiosi in quest'opera di autopersuasione.

Alcuni sono molto personali o familiari: «mio nonno fumava come un turco e ha vissuto bene fino a 95 anni». Sono alibi che ci fanno dimenticare che le eccezioni non sono le regole, che non tengono in considerazione in alcun modo i dati scientifici e nemmeno la semplice idea del concetto di probabilità. Si appoggiano sul fatto che non c'è mai una probabilità che qualcosa accada al 100 per cento – e quindi esiste l'eccezione, come un fumatore accanito che non muore di tumore del polmone – senza considerare che le probabilità possono essere di basso, medio o alto livello e che alcune azioni aumentano e altre diminuiscono le probabilità, nello specifico di ammalarsi o sviluppare una condizione medica sfavorevole.

Un altro alibi molto comune è additare una persona autorevole – il proprio medico – quale esempio: «mah, il mio medico fuma, quindi se lui fuma allora non è poi tanto vero che faccia così male», «il mio medico è obeso», «il mio medico beve», «il mio medico non si protegge dal sole». Purtroppo in Italia ben il 16 e il 25 per cento rispettivamente di medici e operatori sanitari fumano. La lista degli alibi è lunghissima, ognuno ha il suo, ritagliato a puntino sulla sua vita (non ho tempo, è solo per una volta, i miei amici fanno così, la mia famiglia ha sempre bevuto ecc.). Non è possibile smantellarli tutti, uno per uno, e soprattutto non è utile, è come voler colpevolizzare ciascun individuo rispetto al suo comportamento, invece di voler andare a capire perché la conoscenza di quello che si deve fare non basta a farlo. Quali sono i meccanismi che si instaurano nelle nostre menti? Perché si cercano alibi quando invece si dovrebbe seguire linee di pensiero razionale? Se qualcosa fa male è logico che dovrei evitarlo.

Queste domande sono quelle a cui molti ricercatori di diverse discipline – medici, biologi, psicologi, sociologi – stanno cercando di rispondere, spesso lavorando insieme. A oggi purtroppo non abbiamo ancora risposte basate su dati scientifici. Abbiamo solo opinioni che tuttavia possono essere utili per suggerire delle ipotesi.

Molte ricerche, per esempio, hanno tentato di evidenziare quali siano le barriere che impediscono una dieta sana o una buona attività fisica ai pazienti obesi o in sovrappeso. I risultati ottenuti non sono in grado di spiegare le differenze. Ad esempio, esistono solo piccole differenze per spiegare l'obesità nell'accesso a un cibo poco salutare, nel tempo disponibile per cucinare, nella motivazione per cucinare anziché acquistare cibo preconfezionato. Per l'attività fisica le differenze sono piccole per quanto riguarda le motivazioni, la durata settimanale, il costo degli equipaggiamenti.

Per contro fattori importanti per l'educazione dei bambini sono ad esempio il fatto che il cibo non viene preparato in casa per le esigenze degli adulti, senza tener conto che il bambino è in fase di crescita e che si abituerà al cibo ricevuto in questa prima fase della sua vita. Se i genitori lavorano c'è poco tempo e, per esempio, c'è la tendenza ad acquistare cibi preconfezionati e questa è quella che il bambino si porterà dietro crescendo. Infine è importante la permissività dei nonni che spesso agiscono con i loro nipoti in senso contrario alle regole della buona salute.

Alcuni ricercatori stanno rivolgendo invece il loro sguardo verso l'atteggiamento generale che tende a fermare la propria attenzione sul presente senza pensare che ogni azione ha una ripercussione sul nostro futuro. Accendo una sigaretta in questo momento perché lo richiede la mia dipendenza dalla nicotina, senza pensare che aspirare sostanze cancerogene derivanti dalla combustione del tabacco possa essere determinante nel dar luogo nel futuro a una o più delle 28 malattie e tumori che appunto dipendono dal fumo e che abbiamo visto nel capitolo 1. Perché non ci penso? Forse perché non sono stato educato a pensare al futuro. L'ambiente in cui sono nato e vissuto non mi ha abituato ad avere questo orientamento. Infatti si parla di salute solo quando la si perde. Purtroppo in Italia, come dovute eccezioni, come accennato poco sopra, manca un'educazione alla salute nella scuola, dall'asilo all'università. Manca anche, e soprattutto, una scuola che educhi a una visione del futuro. La nostra è una scuola del passato in cui si impara la storia di tutti i saperi – arte, letteratura, filosofia, scienza – ma in cui non viene coltivata una cultura che ci proietti verso il «dove andiamo». Questa mancanza riguarda purtroppo anche la salute.

Occorre tuttavia ricordare che non esiste solo la razionalità, ma anche la volontà, le motivazioni e l'emotività che spesso possono rappresentare un'opportunità per iniziare un percorso più consono alle esigenze della salute.

Ad esempio, la nascita di un bambino può essere un momento emotivo molto importante per cambiare abitudini di vita. Come pure la morte di un parente o di un amico dovuta a malattie evitabili o il successo ottenuto da un'attività nel dimagrire.

Dal punto di vista psicologico può essere molto importante sviluppare l'idea che i miei comportamenti si riflettono sulla società. In altre parole, se evito malattie evito disagi e sofferenze anche per la mia famiglia e per coloro che mi vogliono bene. Non solo, ma evito di utilizzare risorse che possono invece migliorare l'attività del Servizio sanitario nazionale, un bene che dobbiamo mantenere sostenibile. In altri termini i diritti si accompagnano sempre ai doveri. Il diritto alla salute si accompagna al dovere di mantenere la propria salute.

Disinformazione, «fake news», pregiudizi e preconcetti

Agli alibi contribuisce anche la disinformazione, la diffusione di informazioni non complete se non addirittura totalmente false.

Facciamo alcuni esempi. Abbiamo detto prima di alcuni modesti benefici di un moderato consumo di vino rosso, spesso associato, erroneamente, agli studi sugli effetti del resveratolo, un principio attivo contenuto anche nel vino rosso, e sulla trombosi. Si tratta di una sostanza certamente attiva a determinate dosi, tuttavia quelle necessarie a ottenere un effetto sono molte volte superiori a quelle contenute nel vino. Ciò che non viene altrettanto pubblicizzato e reso noto è che se ne dovrebbero bere almeno 10 litri per avere una dose attiva: dunque è evidente che giustificare il consumo di vino rosso con la presenza del resveratolo non ha senso. Questa informazione riportata così maldestramente ci fornisce un motivo per dimenticare gli effetti dell'alcol sulla salute.

E ancora. Poiché alcuni principi della cannabis possono essere utilizzati in medicina si confondono le idee propagandando paragoni fra uso ricreativo e utilizzo terapeutico. La relazione fra autismo e vaccinazioni continua a circolare anche se è stata smentita perché basata sulla falsificazione dei dati. Il complottismo è un altro alibi che attribuisce a poteri oscuri il renderci schiavi di buone abitudini.

Disinformazione è anche la convinzione ancora oggi generalmente diffusa che in ogni caso predomini in modo assoluto la genetica. Oggi sappiamo che in realtà l'ambiente ha un importante influsso e che le buone abitudini di vita possono controbilanciare, almeno in parte, un patrimonio genetico che espone a una determinata condizione patologica se non ad alcune malattie [Merino *et al.* 2022]. L'epigenetica è una disciplina che ci insegna quanto l'ambiente che ci circonda possa influenzare l'espressività dei nostri geni.

Ancora, si invoca spesso il diritto alla libertà dimenticando che rinunciarvi può creare nuove opportunità. Il pericolo del Covid-19 ci ha insegnato molte cose. I *no-vax* hanno dato dimostrazione di grandi fantasie confondendo ad esempio i contagi con la malattia. Il vaccino previene la malattia e la morte, ma non la contagiosità. Il vaccino protegge al 90 per cento e quindi anche i vaccinati nel 10 per cento dei casi sono poco protetti. Sono stati enfatizzati i rischi invece dei vantaggi. Si evitava di confrontare la grande differenza fra il danno indotto dal virus e quello indotto dal vaccino. Ancora si invoca la presenza di malattie nei vaccinati dimenticando che il vaccino protegge solo dagli effetti del virus SARS-CoV-2 e non dall'azione di altri microrganismi patogeni. Anche in questo caso si deve richiamare la responsabilità della scuola che non educa a capire l'importanza del rapporto causa-effetto rispetto alla semplice associazione. Se una morte accade in epoca vicina a una vaccinazione può essere una

coincidenza, tanto più che poiché muoiono in Italia circa 1.500 persone al giorno è possibile che muoia anche qualcuno dopo un vaccino, ma senza un rapporto di causa-effetto.

La circolazione di informazioni false è facilmente sostentata e rinforzata, secondo un'indagine condotta da De Regt, Montecchi e Sarah [2020], da molti fattori, quali ad esempio associare un prodotto a buone abitudini di vita, inserendo il parere di un noto influencer – magari non particolarmente esperto in materia – o utilizzando solo informazioni positive, tralasciando quelle meno piacevoli anche se altrettanto vere o addirittura più significative, realizzando una selezione, un cosiddetto *cherry picking* delle informazioni.

Non bisogna credere ciecamente, senza chiedersi quali siano le fonti primarie di quanto riportato sui social media dove può accadere di tutto: erronea interpretazione di notizie vere, generalizzazione di casi singoli, enfasi su dati falsi, pubblicazioni che non sono state validate da *peer review*, o addirittura sfruttamento delle piattaforme per diffondere volontariamente informazioni false.

Ancora, non va dimenticato che anche in luoghi considerati attendibili, le farmacie, si vendono prodotti senza alcuna validazione scientifica, dai rimedi omeopatici agli integratori alimentari (4 miliardi di fatturato annuo) inclusa tutta una serie di estratti di piante (fitoterapia) o di fiori di Bach supportati da frasi e figure allentanti.

Il contesto sociale

Il problema di mantenere buone abitudini di vita è molto spesso confinato alle decisioni individuali ignorando il complesso di interazioni sociali a cui ogni persona è esposta. In altre parole, la responsabilità individuale dipende anche dal contesto sociale che condiziona molto

il rapporto fra la conoscenza delle modalità per ottenere salute e i comportamenti pratici. Il moderno concetto di prevenzione non riguarda solo le pratiche per evitare malattie, ma si amplifica includendo il concetto di benessere. In questo senso è importante raggiungere un equilibrio tra l'attività individuale e l'influenza sociale. Alcuni autori, fra cui Cockerham [2021], definiscono uno stile di vita salubre come una serie di modelli di comportamento compatibile con la salute, basato su scelte disponibili ai singoli in rapporto con le condizioni della loro vita. In altre parole, gli stili di vita sono fenomeni collettivi che non possono essere ridotti al solo livello individuale.

L'abitudine è rappresentata dalle esperienze del mondo sociale internalizzate dalla persona. Il mondo sociale è poi composto da varie aree quali pubblicità, consumi, scolarità, reddito, da cui tuttavia in molti casi la persona può avere la capacità di deviare dalle condizioni in cui si trova a vivere.

Tuttavia, mentre razionalmente dovrebbe essere logico osservare buone abitudini di vita, di fatto la maggioranza delle persone continua a mantenere cattive abitudini. È logico chiederci «perché?» Non vi è dubbio che vi siano molte ragioni che sono state studiate, in particolare dal Norwegian Healthy Life Center. Ad esempio, il fatto di aver cercato di cambiare una cattiva abitudine, il fumo, e non esserci riusciti rappresenta un deterrente a riprovare. L'osservazione che i cambiamenti, come dimagrire, non si risolvono in pochi giorni, ma richiedono mesi e anni, rappresenta un'altra frustrazione. Il bagaglio emozionale, quali precedenti traumi psicologici, maltrattamenti in famiglia, problemi medici e sociali, può rappresentare un'altra difficoltà, come pure la mancanza di tempo per doversi occupare della famiglia, del lavoro, della vita sociale [Følling *et al.* 2015].

Un'altra ricerca è stata condotta da un altro Health Life Center in Norvegia su 14 persone a cui è stato richiesto di aumentare l'attività fisica e migliorare

l'alimentazione per un anno. Alcune persone sono riuscite a mantenere un comportamento utile per la salute quando sostenute o controllate da parenti, medici o altri, ma il mantenimento risultava molto difficile quando la pressione esterna veniva rimossa. Altre persone avevano difficoltà perché ritenevano che l'esercizio fisico fosse una pratica priva di significato. Alcuni avevano bisogno di e ricercavano un supporto relazionale per mantenere l'impegno. In generale questo studio mostra che per riuscire a mantenere buone abitudini è necessario che esse siano autonome e non dovute a costrizioni, che siano vissute all'interno della persona e non per aderire a norme esterne, che esistano capacità cognitive e comportamentali per sostenere spiacevoli emozioni causate dal cambiamento di stile di vita, che si ritrovino condizioni compatibili con gli impegni della routine giornaliera [Sevild *et al.* 2020].

Per contrastare singole cattive abitudini di vita sono state sviluppate modalità che includono colloqui faccia a faccia, materiale scritto, informazioni online, messaggi, sollecitazioni telefoniche ecc. Ad esempio, alcuni studi hanno stabilito che per smettere di fumare il colloquio faccia a faccia accompagnato da un farmaco, varenicline oppure citidina, o da terapie a base di nicotina sia molto più efficace di altri tipi di intervento. Vi sono altri sistemi per ottenere risultati, come agire attraverso i prezzi: aumentando il costo degli alcolici o delle sigarette si riduce il consumo. L'American Heart Association ha stabilito, sulla base della letteratura disponibile, quali tipi di intervento siano in grado di influire in modo significativo sulla dieta, sull'attività fisica e sul fumo, fattori di rischio importanti per molte malattie cardiovascolari. I risultati positivi sono riportati nella tabella 5.2 in cui viene indicata la classe (da I a III) che corrisponde a un'evidenza che l'intervento sia benefico, utile ed effettivo. Si riportano solo gli interventi che appartengono

	DIETA	ATTIVITÀ FISICA	FUMO
Campagne educative attraverso i media	IB	-	IA
Etichette e informazioni, tasse, sussidi e incentivi economici	-	-	IB
Informazione delle scuole e luoghi di lavoro	IA	IB	-
Influenza della comunità	-	-	IA
Restrizioni	IB	-	IA

I = evidenza scientifica alta

II = studi clinici controllati e metanalisi

III = uno studio clinico controllato + dati osservazionali

fonte: Mozaffarian *et al.* [2012].

alla classe I e con un *grade* (da A a C). «A» indica che i dati sono ottenuti attraverso studi randomizzati e ben disegnati, «B» indica i risultati ottenuti da un solo studio randomizzato o da studi osservazionali, «C» informazioni aneddotiche. Ad esempio, per ottenere una dieta più salubre si sono rivelate utili campagne che hanno impiegato sistemi multimediali (radio, internet, televisione), strategie a base di incentivi monetari per acquistare cibi e bevande più salubri, lezioni da parte di insegnanti specializzati e servizio di cibi salubri nella mensa delle scuole con il sostegno delle famiglie, e poi ancora blocco della pubblicità televisiva riguardante cibi poco salubri, politiche regolatorie per ridurre nel cibo gli acidi grassi saturi, grassi idrogenati (TFA), zucchero e sale.

Per quanto riguarda l'attività fisica si è dimostrata efficace solo la disponibilità a scuola di campi da gioco e palestre.

Per le procedure efficaci nel ridurre il fumo di sigarette si sono dimostrate utili le campagne educative rivolte alla popolazione, le figure e le frasi scritte sui pacchetti di sigarette, l'aumento del prezzo delle sigarette, consigli e supporto telefonico, restrizione degli spazi in cui si può fumare, riduzione della pubblicità del tabacco [Mozaffarian *et al.* 2012].

Possiamo concludere che abbiamo a disposizione molti dati sulle statistiche delle buone e delle cattive abitudini di vita; sappiamo anche, in modo meno sistematico, quali sono gli interventi che permettono di migliorare gli stili di vita salubri.

La risposta alla domanda: «Perché sapere cosa fare non aiuta a farlo?», come abbiamo cercato di illustrare, non può essere univoca perché dipende da molti fattori che si intrecciano e diversificano a livello individuale. Il peso dei singoli fattori è diverso per ogni persona perché include componenti cognitive, motivazionali ed emozionali, con particolare riferimento alla paura e al senso di colpa che possono essere utilizzati insieme ad altri fattori da parte dei familiari, dei professionisti della salute, dell'ambiente sociale, con caratteristiche diverse a livello urbano e rurale. In attesa dei risultati di altre ricerche per il momento è solo esponendo i cittadini a una serie di informazioni e di strategie che ognuno può trovare le argomentazioni utili alla propria personalità e nel proprio ambito sociale, per passare dalla conoscenza alle specifiche azioni per mantenere la propria salute. Occorre in generale pensare che il percorso della prevenzione è complesso e che non basta iniziare ma bisogna anche mantenere nel tempo le buone abitudini di vita. È importante in questo senso evitare l'eccessiva frammentazione delle iniziative e degli interventi, e sviluppare invece strategie pluriennali a livello nazionale, regionale e territoriale. Infine va tenuto presente che la prevenzione è multifattoriale richiedendo la collaborazione di medici, infermieri, sociologi, psicologi, pubbliciari, influencer, nonché di autorità locali, nazionali e internazionali.

Gli integratori alimentari

Cominciamo con il dire che vi possono essere eccezionali momenti nella vita di ciascuno di noi in cui occorre assicurarsi di assumere la necessaria quantità di micronutrienti fondamentali come alcune vitamine, ferro o calcio anche attraverso l'impiego di «integratori alimentari» per un periodo più o meno lungo. Si tratta, per esempio, di lunghi periodi di ospedalizzazione, di situazioni cliniche particolari, di presenza di alcune condizioni o disturbi del comportamento alimentare, come l'anorexia.

Tuttavia l'impiego di integratori alimentari è recentemente diventato una moda grazie al sorgere e al prosseguire nel tempo di un mercato florido che sfrutta le paure

SILVIO GARATTINI

PREVEN

ZONE E

PER VIVERE

MEGLIO E

PIÙ A LUNGO

LUZIONE