

CONVEGNO NAZIONALE

L'ALIMENTAZIONE E GLI STILI DI VITA
NELL'ALLEANZA TERAPEUTICA
E NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

MILANO, 10 OTTOBRE 2015

Le ragioni del Convegno

Gianluigi Spata

Presidente OMCeO Como

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE (art. 5 del Codice di Deontologia Medica), attraverso idonee campagne e attività di educazione e prevenzione, resta uno dei compiti più importanti dell'attività del medico e dell'odontoiatra.

Le giuste scelte alimentari e l'adozione di adeguati stili di vita sono una priorità nel processo di prevenzione delle patologie croniche che, per effetto dell'allungamento della vita e del continuo evolversi delle conoscenze e delle tecnologie mediche, sono in costante aumento.

In questo contesto si inserisce la dieta mediterranea (dal greco *diaita*, stile di vita) che il 16 novembre del 2010, a Nairobi, è stata riconosciuta dal Comitato Intergovernativo patrimonio culturale immateriale dell'Unesco con questa mo-

tivazione:

“La dieta mediterranea rappresenta un insieme di competenze, conoscenze, pratiche e tradizioni che vanno dal paesaggio alla tavola, alle colture, la raccolta, la pesca, conservazione, trasformazione, preparazione e, in particolare, il consumo di cibo. La dieta mediterranea è caratterizzata da un modello nutrizionale che è rimasto costante nel tempo e nello spazio, che consiste principalmente di olio di oliva, cereali, frutta fresca o secca e verdure, una moderata quantità di pesce, latticini e carne, condimenti e spezie molti, tutti accompagnato da vino, sempre rispettando le convinzioni di ogni comunità. Tuttavia, la dieta mediterranea comprende più di un semplice alimento. Essa promuove l’interazione sociale, dal momento che i pasti comuni sono la pietra angolare dei costumi sociali ed eventi festivi. Ha dato luogo a un notevole corpus di conoscenze, canzoni, massime, racconti e leggende (...)”.

L’attività del medico e dell’odontoiatra, nel percorso diagnostico terapeutico condiviso con il proprio assistito, deve essere improntata al rispetto della qualità, dell’efficacia, della sicurezza e dell’appropriatezza delle cure basate sull’evidenza e su conoscenze scientifiche validate (art. 6 e art. 13 del CDM).

In un momento di limitate risorse economiche l’obiettivo salute e benessere deve essere raggiunto anche attraverso percorsi sull’appropriatezza e qualità delle cure che devono essere individuati e condivisi fra la parte medica-odontoiatrica e le Istituzioni.

Gli interventi sull’alimentazione, come quelli sull’attività fisica, hanno profili di efficacia non inferiori ai trattamenti farmacologici. Ciò non è sempre adeguatamente percepito nel rapporto medico-persona assistita.

Il convegno, oltre a soffermarsi su quanto le errate abitudini alimentari possano influire negativamente sullo stato di salute del paziente, è l'occasione per parlare di allergie e intolleranze alimentari e anche l'opportunità di presentare un documento, condiviso con le più autorevoli società scientifiche del settore, sul percorso diagnostico-terapeutico e sull'appropriatezza della diagnosi di tali patologie oggetto, come noto, di proposte non sempre allineate ai migliori standard.

Riflessioni sull'alimentazione degli italiani tra storia sociale e salute, dall'Unità alla Repubblica

Casimira Grandi

Professore Associata Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale,
Università di Trento – Associata Cultural Frame of Food

INCIPIT

Dallo scenario di Expo Milano 2015 *Nutrire il pianeta, energia per la vita* è nato lo stimolo di una riflessione sulla popolazione italiana attraverso la sua alimentazione: marcatore forte dell'evoluzione che ha percorso la Penisola tutta, ma con ritmi e tempi affatto diversi, dilazionando talune difformità sino al XX secolo.

Le rappresentazioni pubbliche, progettate per la costruzione dei tratti distintivi nella nostra storia nazionale, appartengono alla “politica dell'identità” e ci hanno tramandato, sovente, stereotipi di una società che nel tempo hanno dimostrato la loro inconsistenza; da questa congerie che oscilla tra l'ingombrante e l'imbarazzante si rilevano obiettivi iconici per i tratti distintivi della popolazione, che ruotano su fattori determinanti quali l'alimentazione e la salute¹. L'approccio semplicista di taluna Storia dedica a coltivare in esclu-

¹ P. Burque, *La storia culturale*, il Mulino 2006, pp. 114-117.

siva il passato e dimentica che la “storia si scrive per il futuro”, impedisce a volte di cogliere le trasformazioni del presente, obliando il patrimonio culturale cui è debitrice².

Su tale sfondo, la complessità della Penisola frammentata da ancestrali particolarismi era esasperata dall’omologazione imposta con il nuovo sistema unitario, che produceva tensioni sociali dagli esiti sovente fuori controllo e in cui il sostentamento poteva essere configurato come un fatto economico-politico; infatti, le carenze alimentari evidenziate non dipendevano soltanto dalla capacità produttiva del suolo o da obsolete tecniche agronomiche, la determinante reale era l’inadeguata struttura della proprietà: che stabiliva concretamente quanto e cosa l’uomo mangiava.

*L'insufficienza
alimentare del
passato*

L’analisi dei fabbisogni nutritivi in epoca storica è ostacolata dall’imperfetta conoscenza del passato alimentare, tramandatoci solo attraverso stime indicative di massima, che pur nei loro limiti consentono comunque di recepire l’insufficienza rispetto al *minimum* delle esigenze di vita. L’imprecisa conoscenza del fabbisogno alimentare nel passato è un esercizio relativamente utile sul piano scientifico³, perché le carenze nutritive che indica consentono di decifrare il panorama umano descritto dalle miserie sommariamente narrate in cronache che propongono esseri umani giallognoli, deformi e con la pelle variamente devastata, descrizioni che collimano con la mancanza di proteine, di vitamine (D, C, B₃, ...) e molto altro ancora⁴.

² M. Bloch, *Apologia della storia*, Einaudi 1969; G. Sapelli, *Dove va il mondo?*, Guerini e associati 2014.

³ Cfr. G. Fornaciari, V. Giuffra, *Lezioni di paleopatologia*, ECIG 2009.

⁴ P. Camporesi, *Il pane selvaggio*, Garzanti 2004.

TABELLA I

Disponibilità caloriche per origine e composizione:
comparazione tra Francia e Italia, XVIII-XX secolo

	1781-1790	1861-1870		1961-1970	
	Francia	Francia	Italia	Francia	Italia
Origine animale o vegetale					
Totale Calorie	1753	2875	2628	3309	2897
Animali	293	478	266	1494	511
Vegetali	1460	1460	2362	1815	2386
Composizione %					
Totale Calorie	100	100	100	100	100
Animali	17	17	10	45	18
Vegetali	83	83	90	55	82
Composizione per principi nutritivi					
Totale Calorie	1753	2875	2682	3309	2897
Proteine	208	360	346	378	342
Grassi	288	504	564	1422	804
Carboidrati	1257	2011	1718	1509	1751
Composizione %					
Totale Calorie	100	100	100	100	100
Proteine	11,9	12,5	13,2	11,4	11,8
Grassi	16,4	17,5	21,5	43,0	27,8
Carboidrati	71,7	70,0	65,3	45,6	60,4

Nell'Italia postunitaria l'agricoltura – nelle sue varie declinazioni – è inscindibile dal percorso di un lento costante elevamento della qualità di vita, efficacemente supportato da sviluppo industriale, dei mercati, dei consumi e in parallelo dagli albori della medicina intesa come scienza sociale; a sostegno di questo concetto è significativo che il patologo Rudolf Virchow ancora nel 1848 – anno delle epocali rivoluzioni – affermasse un altrettanto rivoluzionario concetto: “la politica non è altro che medicina su vasta scala”⁵.

Fonte: Elaborazioni da Istat, Statistiche Storiche dell'Italia 1861-1975, Istat 1976; M. Livi Bacci, Popolazione e alimentazione, Il Mulino 1987, P. 47.

⁵ V. l'aggiornata biografia di R. Virchow (giugno 2015) in [www.britannica.com.Virchow](http://www.britannica.com/Virchow). Il Nostro fu uno dei maggiori scienziati dell'Ottocento -sua la scoperta della patogenesi-, fondamentale il contributo

Un secolo dopo – 10 dicembre 1948 – l’Assemblea delle Nazioni Unite nella *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* proclamava che la salute era un diritto fondamentale dell’uomo:

“Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari. La maternità e l’infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza”⁶.

*La Magna Charta
Libertatum: l’origine
dei diritti*

Il periodo 1848-1948 – idealmente – delimita la presente riflessione, perché bene identifica la creazione dell’odierno sistema-paese che è l’Italia e le linee di pensiero che l’ha ispirato nel suo divenire. I diritti qui citati hanno però un’origine antica che è opportuno ricordare, per evidenziare il faticoso percorso plurisecolare richiesto dalla loro affermazione, risalente quantomeno alla *Magna Charta Libertatum* del 1215.⁷

dato all’affermazione degli insegnamenti di Igiene e Medicina sociale nelle università, un interesse applicato nel suo impegno politico come amministratore a Berlino attraverso significative riforme sociali e igieniche.

⁶ www.onuitalia.it

⁷ È una storia complessa che, sinteticamente, possiamo individuare nel principio dell’*habeas corpus* sviluppato nel Seicento con l’*Habeas Corpus Act* e con il *Bill of Rights*, i quali non enunciavano principi rivoluzionari né universalistici ma, al contrario, sostenevano rivendicazioni basate su storia e tradizione inglese. Il moderno giusnaturalismo sull’eguaglianza naturale di tutti gli uomini – secondo presupposti individualisti e razionalisti- sviluppava nuove dottrine che portavano al pensiero di John Locke e in seguito all’illuminismo; l’idea dei diritti umani trovava sviluppo dal punto di vista filosofico – basti pensare a Immanuel Kant, Jean-Jacques Rousseau, Voltaire, Montesquieu, Beccaria- e cercava anche di realizzare riforme concrete (E. Paciotti, *L’Europa è per i diritti umani*, Fondazione Basso 2013).



Fig.1, Magna Charta Libertatum (fonte www.fh-augsburg.de)

Le celebrazioni che si sono addensate nel corrente 2015 per eventi più vicini a noi nel tempo hanno ridimensionato il compimento dei suoi 800 anni, trascurando di valutare se avremmo potuto avere taluni sviluppi senza la *Magna Charta...* e ancor oggi non è solo una vecchia pergamena.

L'odierno contesto politico sociale economico crea nostalgia per il passato, perché il recente Novecento ha egemonizzato la contemporaneità, cosicché siamo indotti a rileggere la “storia presente” per riorganizzare le scansioni temporali e non perdere la capacità di progettare il futuro⁸. La storia è sedi-

⁸ G. Sapelli, *Un racconto apocalittico. Dall'economia all'antropologia*, Mondadori 2001.

mentazione di civiltà, di saperi che le sfide di una conoscenza sempre più interconnessa impongono di organizzare seguendo le *Istruzioni per l'uso del futuro*⁹, se vogliamo avere futuro. Perché la storia umana consiste nella capacità di trasmettere il patrimonio immateriale che abbiamo ereditato da chi ci ha preceduto, in cui la memoria sociale assume una funzione etica: tanto più pregnante quando il tempo declina velocemente nel nebuloso passato fatto di vaghi ricordi. “Fare” una storia significa rilevare la continuità interna al fenomeno in esame, possedere le categorie di valutazione o almeno la loro chiave interpretativa: strumenti che nell’ambito del nutrimento pongono chiare ineludibili costanti quali la necessità di cibo per l’uomo.

L’applicazione delle categorie di analisi su una fonte storica deve essere fatta innanzitutto nella consapevolezza dello specifico contesto temporale di cui è testimonianza, a significare la mutevolezza di taluni fattori nel tempo, che richiedono quindi una forte specializzazione e la consapevolezza della “pluralità complessa” nell’affrontarli, come ad esempio alimentazione e malattia¹⁰.

*Alimentazione
e fame, cultura
materiale e
immateriale*

Alimentazione e fame, salute e malattia, sono cultura materiale e immateriale intrinsecamente storica, intrecciata strettamente all’esperienza prima ancora che alla consapevole pratica di ricerca, ma il loro rapporto con il passato non ha riscosso sufficiente attenzione tra gli storici accademici sino a tempi relativamente recenti: però, un’articolata serie di termini che solitamente troviamo abbinati alla malattia propone una sorta di alfabeto, che se adeguatamente letto può narrare inaspettate storie di: “senza voce”, popolo minuto, *sans*

⁹ T. Montanari, *Istruzioni per l'uso del futuro. Il patrimonio culturale e la democrazia che verrà*, Minimum fax 2014.

¹⁰ B. Nicolescu, *Il manifesto della TRANSDISCIPLINARITÀ*, Armando Siciliano Editore 2014, pp. 44-49.

aveu, lavoratori poveri...e molti altri ancora uniti attraverso i secoli da fame e malattie. Possono essere biografie semplificate in date di nascita e cause di morte nella democratica fonte dei registri parrocchiali post Concilio di Trento, oppure massificate nelle cifre di una statistica rilevata per finalità militari o fiscali, ma sono comunque percorsi di vita che – diversamente – l’assenza di documentazione diretta avrebbe reso invisibili. Sono labili esistenze di una moltitudine variamente definita che forse non aveva nulla da ricordare se non i patimenti, impedita a trasmettere il ricordo per la sua infima collocazione sociale e, soprattutto, perché analfabeta. Da questo sfondo impressionistico e misconosciuto della popolazione di antico regime emergono, comunque, i profili dello sviluppo europeo connesso alla disponibilità di risorse (alimentari e materiali), in cui vari fattori

“si combinano, annullano o rafforzano secondo combinazioni tanto varie quanto numerose [...] la disponibilità di cibo ed i conseguenti modelli di alimentazione è in genere vista come il maggiore dei fattori di costrizione della crescita demografica nell’antico regime”

ha scritto il demografo Massimo Livi Bacci in *Popolazione e alimentazione*¹¹. L’interdipendenza alimentazione-sopravvivenza-malattie è verificata attraverso l’approccio di biologia, epidemiologia, storia economica e sociale, pervenendo a risultati complessi; ad esempio nel breve periodo le crisi di mortalità erano in maggioranza connesse a epidemie ma disgiunte dalla disponibilità alimentare, come nel lungo periodo non c’è stata relazione effettiva tra alimentazione e incremento demografico. L’apparente contraddizione alla disamina del Nostro, consiste a suo stesso dire nella

¹¹ M. Livi Bacci, *Popolazione e alimentazione*, il Mulino 1987, pp. 7-9.

“insufficiente conoscenza empirica dei fatti demografici da un lato e della storia dell'alimentazione dall'altro [...al punto che] la storia dell'alimentazione è soprattutto indiziaria”¹².

Motivo per cui, il tentativo di scomporre la sindrome dell'arretratezza nelle sue varie componenti – miseria, carenze igieniche, ignoranza, malnutrizione e malattia – è antistorico non antidemografico¹³. A questo basilare studio di Livi Bacci altri seguirono, ma le sue puntualizzazioni di metodo restano valide ancorché in molte ricerche posteriori sia stato dato ampio spazio a circoscritte variabili indicative nella valutazione globale dei fenomeni, indipendentemente dalla loro rappresentatività documentale per gli storici¹⁴.

CENNI PER UNA STORIA

Nella magmatica situazione che il nuovo stato italiano do-

¹² Ibid, p. 9. V. fig. 1 in *Appendice*. Una interessante riflessione parallela a questo tema è la odierna demografia nei paesi sottosviluppati, con rilevanti conseguenze politico-operative.

¹³ Per superare il semplicismo di certe schematizzazioni sull'argomento cfr. A. Gerschenkron, *Il problema storico dell'arretratezza economica*, Einaudi 1974. L'Autore, un pioniere in questo settore, con solida pacatezza induce a riflettere sui pericoli di certo sviluppo economico all'insegna dell' "uniformità", termine che oggi potremmo tradurre con l'"omologazione della globalizzazione".

¹⁴ C. Grandi, *Le fonti nominative confessionali oltre lo spazio e il tempo*, in *La racconta delle anime (1987-2008)*, a c. di C. Grandi, Aracne 2011, pp. 15-27. La mortalità è stata la protagonista del nostro passato demografico, quando aveva forti oscillazioni, era impossibile calcolarne i tassi nazionali e le rilevazioni sistematiche più affidabili erano ancora quelle fatte dalla Chiesa nei registri parrocchiali; in epoca moderna solo alcuni paesi censivano la popolazione. Dati questi presupposti, è intuibile come gli studi sulla popolazione del periodo prenapoleonico non possano essere correttamente comparati con quelli del postnapoleonico, a meno di non affidarsi a stime, modelli teorici o a iperboli metodologiche – che nessuno vieta in nome della conoscenza – per approdare alla moderna demografia volta alla storia della salute.

veva fronteggiare è opportuno individuare alcuni snodi storici significativi, per comprendere correttamente il nostro passato in quell'Ottocento che – genericamente – segna per tanti Paesi il superamento dell'Antico Regime, connotato da “uno sviluppo demografico che è il prolungamento [...] di quello del XVIII secolo. Esso si spiega sia con l'abbassamento dell'età al matrimonio, favorito dall'estendersi del lavoro salariato, che con una diminuzione della mortalità, non solo in età infantile e giovanile, ma anche in età adulta, diminuzione dovuta contemporaneamente ai progressi della medicina, al miglioramento del regime alimentare e alla scomparsa delle carestie cicliche, già abbastanza attenuate nel XVIII secolo”¹⁵.

Per contrasto, da questo positivo affresco di insigni storici dell'alimentazione europea si rilevano alcune significative icone nella specifica – dissestata – realtà italiana sulla cesura dell'Unità, dove

*L'alimentazione in
Italia sulla cesura
dell'Unità*

“il divario tra produzione e consumo e la progressiva diminuzione dei prezzi [...] continueranno a premere sin verso la fine del secolo sul trend economico, svelando squilibri strutturali e inasprendo i rapporti internazionali. [...] tale discesa dei prezzi si estendeva a tutti i prodotti dell'agricoltura e delle industrie agricole. In pratica si dovette fare i conti con l'abbondante offerta di cereali, di careni, di altre derrate agricole riversatesi da altri continenti sul mercato europeo, a quotazioni del tutto insostenibili”¹⁶.

La critica discesa dei prezzi riguardò *in primis* i cereali, ma come ha scritto Paolo Sorcinelli “se si mangia di più e me-

¹⁵ J.-L. Flandrin, M. Montanari, *Storia dell'alimentazione*, Laterza 1997, p. 567.

¹⁶ M. Gandini, *Questione Sociale ed Emigrazione nel Mantovano 1873 – 1896*, Sometti 2000, p. 106.

glio in alcune categorie sociali, non altrettanto consistente è il progresso alimentare da un punto di vista qualitativo¹⁷; infatti, la persistenza del regime ipocalorico nella maggior parte degli italiani è attestata ancora nel 1911 e attribuita al fatto che traevano il sostentamento dall'attività nel settore primario. L'Italia contadina e del nascente proletariato urbano dedicava poca attenzione al cibo: l'importante era rispondere alla fame.

Braccianti e operai mangiavano sul posto di lavoro, spesso in piedi, ingurgitando letteralmente pane o polentone accompagnati da cipolle e aglio oppure – nei giorni migliori – da sardelle, alici o aringhe; ma anche il pasto casalingo era ugualmente sbrigativo: un unico piatto di cicoria spontanea, insalata o erbe di campo e sul tagliere del tavolo era direttamente rovesciato il paiolo della polenta. La frugalità era una malintesa norma di vita che improntava l'esistenza di tutti nelle apparenze – borghesia compresa –, esaltava la parsimonia e la cristiana modestia, assecondando l'etica fatta di stereotipi che individuavano nel contadino una “sempre stanca figura” (per definizione svogliato, lento, apatico e indolente) nell'incapacità di intuire il vero motivo di quella che era considerata riprovevole ignavia; infatti, l'indolenza attribuita dal borghese al contadino e interpretata come mancanza di volontà, il più delle volte era dovuta alla malnutrizione, che si ripercuoteva negativamente sulla capacità produttività del lavoratore. D'altro canto, il borghese agli occhi del popolo lavoratore era colui che poteva permettersi di mangiare carne, pane bianco e vino, sfiziosità come zucchero, cacao e caffè; l'immaginario dei miseri aveva stabilito da secoli la correlazione tra abbondanza pecuniaria e abbondanza di peso di una persona, tracciando lo stereotipato “uomo di panza, uomo di sostanza”, come dimostrano tanti pro-

¹⁷ P. Sorcinelli, *Gli Italiani e il Cibo. Appetiti, digiuni e rinunce della realtà contadina nella società del benessere*, CLUEB 1992, p. 66.

verbi giunti sino a noi.

La miseria metteva in luce la differenza nella nutrizione regionale e sociale, ma esisteva anche un'altra diffusa distinzione alimentare all'interno della famiglia: quella di genere. Soprattutto nel mondo rurale le femmine erano in condizione di subalternità alimentare rispetto ai maschi, considerati gli unici in grado di lavorare e quindi procacciare la sussistenza per tutti. Simbolicamente, le donne giovani quasi mai sedevano a tavola – madri, mogli o figlie che fossero –, mangiavano col piatto in mano raccogliendo ciò che rimaneva; nemmeno durante la gestazione o l'allattamento le donne assumevano calorie e proteine a sufficienza, per questo motivo la mortalità perinatale e infantile era elevata, una situazione che permane tutt'oggi in alcune culture di altre latitudini¹⁸.

Nell'Italia ottocentesca la popolazione era improntata alla realtà estremamente frammentata degli antichi particolarismi locali, unificata nel potere politico centralizzato ma inconsapevole di essere già unita da nord a sud nella secolare problematicità alimentare. Ovunque il cibo scarseggiava, il diverso accesso ai consumi indicava diverse disponibilità economiche e differenziate caratteristiche produttive dei territori, la difficile circolazione nel mercato interno degli alimenti – almeno a livello dei consumi di massa – non consentiva ad esempio che il vino del meridione fosse smerciato nel settentrione, se non in modeste quantità, così come i prodotti lattiero-caseari padani non arrivavano sui mercati meridionali: l'unificazione alimentare era di là da venire.

IL PAUPERISMO DI SISTEMA

L'avvento dell'Ottocento ha portato i grandi mutamenti che ci hanno proiettato nella modernità, in cui alimentazione e medicina bene rappresentavano la società in trasformazione;

¹⁸ P. Sorcinelli, *Gli Italiani cit.*, pp. 52 – 54.

rivoluzioni politiche, economiche e sociali sinergizzavano un generale rinnovamento, dove sovente la malattia rimandava direttamente agli squilibri sociali in atto. In particolare, nell'Italia sul crinale dell'Unità alcune malattie furono di stimolo per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle riforme sociali, mediche e sanitarie che sarebbero state attuate nel nuovo Stato, ponendo in evidenza la relazione tra patologia e "condizione sociale di indigenza", il ruolo delle autorità nella prevenzione e nel trattamento delle malattie pericolose (cioè contagiose), nonché la legittimità della classe medica a pretendere fiducia pubblica¹⁹.

Le malattie della povertà

I flagelli della miseria avevano un nome: malaria, pellagra, colera, tubercolosi. Erano le piaghe del "quarto stato" privo di sicurezza alimentare, d'igiene e di assistenza sanitaria. La malaria era endemica in Maremma, Agro pontino, lungo le coste sarde e in vaste plaghe del Sud, tanto quanto la pellagra lo era nel Veneto e in Lombardia, il colera nei porti e la tubercolosi ovunque; per la cura il popolo si rivolgeva per lo più all'abilità dei "pratici" o al taumaturgo di fiducia e la superstizione imperava. Anche la nascente industria cooperava nel peggiorare la qualità di vita dei suoi lavoratori, perché confondeva i principi liberali con l'imposizione di bassi salari, del massiccio impiego di donne e bambini, dello sfruttamento della "materia lavorativa umana" finalizzato al conseguimento di utili elevati: nell'indifferenza delle disastrose condizioni operaie, pur essendo il Paese uscito dal Risorgimento in polemica con gli industriali per essere a favore del benessere operaio²⁰. Nell'anno dell'Unità la vita media in alcune provincie era di 28-30 anni e la mortalità nei primi dodici mesi di vita toccava il 44%, un insufficiente sistema di condotte mediche

¹⁹ F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello Stato sociale*, Carocci 2005.

²⁰ C. Schwarzenberg, *Breve storia dei sistemi previdenziali in Italia*, ERI 1971, p. 85

non riusciva a corrispondere ai bisogni della gente, le farmacie erano insufficienti non meno della fatiscente organizzazione ospedaliera; la prima legge organica sulla sanità nazionale data al 30 agosto 1862 (n. 753), modificata dalla legge 17 luglio 1890 volta a imporre maggiormente l'intervento statale e più efficaci controlli²¹. L'organizzazione sanitaria nel suo insieme si proponeva di contenere – se non proprio risolvere – i mali creati o favoriti dalla miseria e dalle tristi condizioni di vita del popolo, perseguendo al contempo una più generale e democratica evoluzione coerente ai tempi; pur nella cornice del moralismo dell'epoca c'era consapevolezza che

“quel che avviene nelle classi infime per cagion di miseria, nelle più elevate succede per soverchia licenza”²².

Perché anche il “povero ricco [... aveva la sua] miseria organica per l'eccesso di alimenti e la mancanza di attività muscolare”, come ironicamente scriveva Arnaldo Cherubini, che spietatamente riportava alcune caratteristiche delle classi subalterne (*alias* poveri) tratte da *Les classes pauvres* di Niceforo: i poveri avevano inferiorità morale e psichica, erano socialmente insensibili, soggetti a frequenti anomalie degenerative, morbilità e mortalità maggiori.

“Miseria economica, fatica eccessiva, denutrizione, abuso di alcoolici (spesso ingeriti a contrastare la fame o la stanchezza) ne sono alla radice, con gravi influenze sulla forza complessiva del lavoro e la produttività”²³.

²¹ Più nota come “legge Crispi”, E. Caravaggio *Beneficenza pubblica, di Stato o legale e privata*, Tipografia della R. Accademia dei Lincei 1911, pp. 11-20.

²² G. Bolis, *La polizia e le classi pericolose della società*, 1879, s.n. t. [Bologna] p. 808. Più ampiamente v. A. Cherubini, *Medicina e lotte sociali*, Centro Italiano di Storia Ospedaliera (CISO) 1980, pp. 1-86.

²³ *Ibid*, *Medicina cit.*, p. 89; A. Niceforo, *Les classes pauvres*, Giardet Brière 1905. V. inoltre P. Amaldi, *Psicosi alcooliche, produzione e con-*

Il popolo doveva essere posto nella condizione di migliorare la sua esistenza per essere economicamente attivo (e quindi redditivo), come la sedicente popolazione civile necessitava di superare gli stereotipi della “piaga sociale” addebitata nelle sue cause agli stessi soggetti che la subivano:

“Non è giusto addossare la colpa alle classi più disagiate, mentre per certo della responsabilità è da attribuirsi alle classi più elevate, che per deficiente coscienza, non hanno saputo imporre ai pubblici poteri una azione efficace”²⁴.

ICONE DAL PASSATO IN NEGATIVO

I. LA TOPOGRAFIA DELLA “MISERY”²⁵

L'impronta caritativa ottocentesca induceva una prevenzione di carattere politico-morale, con qualche flebile incursione nell’“egoismo di classe”.

La storia della salute di un popolo, però, per essere compresa necessita di

“arrivare ad una saldatura negli studi di storia della medicina e della sanità tra l’approccio «interno», attento soprattutto alle vicende e agli sviluppi della scienza, e l’approccio storico-sociale, che cerca di collocare l’analisi dei fatti morbosi nel concreto contesto di una società

sumazione di vino in Italia. Documentazione remota e recentissima di un parallelo costante, in “Rassegna studi psichiatrici” 1936, vol. 30, pp. 307-311. 1935. Cfr. inoltre quella che è considerata una delle testimonianze più significativi: E. Duse, *Pellagra, alcoolismo ed emigrazione nella Provincia di Belluno*, Tip. Domenico Del Bianco 1909.

²⁴ R. Vivante, *Per una maggiore pulizia*, ex. “Rivista mensile della città di Venezia”, 1922, p. 1.

²⁵ Il significato dell’inglese *misery* va oltre la traduzione letterale, è in traducibile in italiano e meglio spiega l’aspetto non solo economico della “miseria”.

storicamente determinata nella sua struttura e nei suoi caratteri”²⁶.

Nel periodo qui trattato la topografia medica²⁷, praticata per l'appunto durante il XIX secolo e mirata allo studio della distribuzione geografica delle patologie, ha dato un contributo di notevole importanza all'indagine sull'insorgenza e la propagazione di malattie direttamente connesse alle condizioni di vita, che in seguito confluirono nella medicina sociale²⁸. Tale approccio, basato sullo studio degli ambienti e delle interrelazioni che vi si stabilivano, individuava le malattie, la loro distribuzione, le possibili cause e i sistemi sanitari in territori precisamente circoscritti, superando così la genericità imperante dell'epoca quando i soggetti appartenevano al popolo lavoratore – soprattutto se rurale. I problemi derivanti dall'influenza diretta e indiretta del clima, dalle caratteristiche del suolo e dalle condizioni idrogeologiche sulla costituzione fisica degli organismi viventi, e sui fattori che regolavano salute e malattia, erano sempre correlati con quelli dell'organizzazione sociale; in essa, le fonti di alimentazione, dell'intermediazione degli elementi biologici della flora e della fauna, rappresentavano strumenti privilegiati di interpretazione delle patologie secondo gli insegnamenti epidemiologici classici. Lo studio della nutrizione e delle malattie, quindi, si proponeva come una ricerca di sto-

²⁶ F. Della Peruta, *Per una storia della malattia come ricerca di storia della società (1815-1914)*, in *Storia della sanità in Italia*, a c. Del Centro Italiano di Storia Ospitaliera, “Il Pensiero Scientifico” Editore, 1978, p. 25.

²⁷ V. in dizionario L. Ferrio, *Terminologia medica*, UTET 1946. Il Ferrio preferiva la definizione di “medicina geografica”, ossia un ramo della scienza che indaga i fattori fisici di un territorio – già individuati nell'antichità – nella loro influenza sulla vita e sulla salute degli abitanti. Cfr. M. Dinucci, *Geografia dello sviluppo umano*, il Mulino 1995.

²⁸ A. Celli, A. Tamburini (a c.), *Trattato di Medicina Sociale*, Vallardi 1909.

ria della società che metteva al centro l'uomo non come individuo isolato bensì come parte di un aggregato, di un articolato tessuto sociale fatto di classi e ceti, con fasi di equilibrio, di fratture e ricomposizioni: nella consapevolezza che la comprensione di un fenomeno morboso necessita di un sistema di contorno.

La descrizione della vita rurale trentina fatta dal conte Ignazio Sardagna è un emblematico vivido affresco in tal senso, ampiamente indicativo della popolazione nella prima metà dell'Ottocento e che bene introduce il mio approccio di analisi, quando la sussistenza della persona

“era di grave costo [...e] il carnaggio esser suole il cibo ordinario degli abitanti delle città, dei borghi, e in generale delle persone, che nello Stato sociale si suol comprendere sotto il nome di gente civile; così il grano, le farine, il latte, il cascio, la verzura sono generi, che forniscono il vitto comune agli agricoltori [...] perché i montanari non meno che i vignaiuoli [contadini del piano e della bassa collina] mancano in parte della derrata la più necessaria al campagnolo [...] le nostre campagne non ammettono maggior numero di abitanti di quello sieno i coltivatori di esse [essendo] la superfluità dei frutti non tale d'invitar la gente d'istabilirvisi [...] i distrettuali, attesa la scarsezza dei generi di prima necessità mancano de' modi di allevare numerosa prole: per difetto dei quali siano pare molti fanciulli finire di stenta succidi, macilenti, malsani, spesso anche deformi per difetto di qualche irregolarità de' loro membri cagionata da incuria od impotenza de' genitori, o pure da malattie contratte più sovente dalla miseria che da cattiva costituzione del corpo”²⁹.

²⁹ Biblioteca Comunale di Trento, I. Sardagna, *Prospetto pubblico economico del Dipartimento dell'Alto Adige*, ms n.

65, s. d., ff. 17, 19-30. A supporto di questa peculiare analisi locale v. : P. Bernardelli, *Cenni statistici del Trentino*, s.n.t. [1843]; C. Perini, *Breve prospetto di topografia patologica del Trentino*, Penada 1843; A. Faes, *Considerazioni topografico-mediche sul Trentino*, Perini 1851; *Notificazione dell'Imperial Regia Luogotenenza, del 20 giugno 1905 n.*

I nitidi cenni sul rapporto popolazione-risorse presentati dall'Autore prospettano, implicitamente, la realtà negativa dei fatti economici nell'insieme dei diversi -non affrontati- ambiti di intervento delle strutture politico-amministrative³⁰; ad esempio, sono emblematici gli irrisolti rapporti di produzione che svolsero un ruolo determinante per l'iconica epidemia pellagrosa della Penisola, piuttosto che la gestione delle forze produttive sulla morbilità nelle risaie o nel nascente sistema di fabbrica³¹. Era un insieme cristallizzato da miopi interessi, privi della prospettiva di sviluppo e incapace di scindere i diversi piani di possibili azioni risolutive; gli interventi istituzionali erano necessari per affrontare complesse situazioni multiproblematiche, che avevano bisogno di una "superiore visione organizzativa" onde essere affrontate. Infatti, la storia della salute – in senso moderno – non può prescindere dal ruolo dello Stato attraverso opportuni interventi di legislazione sanitaria, né dal considerare l'intero ambiente socioeconomico di un Paese per realizzarli; su tale scenario si inseriva l'articolazione dei rapporti di produzione in agricoltura, la diffusione del sistema di fabbrica, la dinamica demografica, la stratificazione sociale e la diffusione selettiva delle malattie³². Nello specifico, il quadro del degrado materiale e le insufficienti strutture sanitarie andavano a incidere direttamente sulla morbilità di tanti organismi sottoalimentati per antica genealogia. Nel triste panorama con-

6974, relativa alla fissazione dei territori della pellagra. In base a § 1 della Legge 24 febbraio 1904. E. Duse, *Pellagra, alcoolismo ed emigrazione nella Provincia di Belluno*, Tip. Domenico Del Bianco 1909.

³⁰ E. Caravaggio, *Beneficenza* cit., pp. 1-6.

³¹ G. Bracco, *Uomini, campi e risaie nell'agricoltura del Vercellese fra età moderna e contemporanea*, Unione agricoltori di Vercelli e di Biella 2002.

³² Né, ovviamente, si può sottovalutare la difficoltà di "tradurre" il linguaggio medico e le diagnosi alla contemporaneità.

tadino postunitario c'era una pandemia che evidenziava nel settentrione tutto ciò, "Essa non segue un andamento topografico, ma lo stato economico dei popoli e delle famiglie: vibra i suoi strali là dove regna la povertà"³³.

2. PELLAGRA E QUESTIONE SOCIALE

L'endemia pellagrosa che ha interessato l'Italia Settentrionale postunitaria è considerata il paradigma che meglio esplicita il nodo gordiano società-economia-politica, di eminente interesse nel presente lavoro perché il fattore esplicativo primario è l'alimentazione; infatti, se è noto il problema dovuto all'alimentazione monomaidica, meno note sono le variabili economiche e sociali che l'hanno prodotta. Espresse le giuste perplessità sui dati e i documenti giunti a noi, non è comunque possibile esulare da una riflessione su questo tema per comprendere il sistema di governo nel suo complesso, oggetto delle giuste critiche di contemporanei e posteri: ma irrealisticamente non si è riflettuto ancora abbastanza sulle difficoltà di un giovane Paese dal complesso difforme recente passato, né sulla cultura politica che l'aveva prodotto. Con inventiva tutta italiana è comunque riuscita a fare delle proposte e a dare qualche risposta. Tal signor Paglia, relatore del distretto mantovano per l'inchiesta agraria più nota come "inchiesta Jacini", asseriva alla fine del decennio settanta che

"il nostro contadino, guardando più al volume che al valore nutritivo de' suoi alimenti, si nutre quasi esclusivamente di polenta di maiz: i più facoltosi vi aggiungono la minestra di riso o di pasta condita con lardo od olio. Consumi poche ova, poca carne, e questa più di maiale, che di manzo; la pesca gli fornisce scarsamente rane e pesce minuto; ma il companatico più ordinaro glieli somministra l'orto colle cipolle, i rafani, l'insalata"³⁴.

³³ M. Berengo, *L'agricoltura veneta dalla caduta della Repubblica all'Unità*, Banca Commerciale Italiana 1963, p. 90.

E sicuramente non per una questione di gusto o di dieta...
 Dalla prima inchiesta sulla pellagra del 1830, che aveva rilevato oltre 40.000 pellagrosi tra Veneto e Lombardia, altre erano seguite nel 1847, 1856 e 1878 – la più completa; nel 1881 era stata affidata ai medici condotti e ai direttori degli ospedali l'incombenza di redigere una statistica che riportasse anche sesso, età e professione dei malati: ne erano stati individuati 104.067, di cui oltre 55.000 nel Veneto. Ancora nel 1899 erano presenti nelle 40 province investigate 77.603 infermi su una popolazione contadina di 7.023.440, quindi ben l'1,03%.



Il frontespizio della "Inchiesta Jacini", pubblicata nel 1884

Nel 1900 i pellagrosi erano circa 100.000. Non è possibile elaborare correttamente un quadro di sintesi in questa rid-

³⁴ *Atti della Giunta per l'inchiesta agraria e sulle condizioni della classe agricola*, Relazione finale sui risultati dell'inchiesta redatta per incarico della Giunta, dal Presidente (conte S. Iacini,) cit. in M. Romani, *Storia economica d'Italia nel secolo XIX. 1815-1914*, Giuffrè 1976, vol. II, p. 886.

da di cifre prodotte da discutibili rilevazioni e inapplicate regole, basti recepire l'entità di un fenomeno devastante che il popolo cercava peraltro di nascondere, per una pluralità di motivi: che oscillavano dalla vergogna per la malattia attribuita alla miseria frutto di ignavia, all'errata idea di ereditarietà della stessa e quindi a limitazioni nell'accesso al matrimonio per chi aveva parenti pellagrosi, sino al celarla per non essere licenziati. Ma non va neppure trascurata la quota di simulatori per fruire degli aiuti, nell'insieme si potrebbe accrescere il totale dei pellagrosi del 25% forse. Giolitti, in un discorso alla Camera nel giugno del 1901, denunciava ancora 6.600 casi a Bergamo, 6.800 a Brescia, 969 nel mantovano e ben 22.000 nel padovano. La profilassi tradizionale era politico-morale affidata a: limitazione della maiscoltura, perfetto essiccamento del mais, aumento della coltivazione di frumento, cucine economiche, locande sanitarie, sussidi. Tutti provvedimenti di "buona propaganda" e assistenzialismo che poco potevano in una questione sociale di precisa matrice economica³⁵. La crisi agraria del 1880 – unitamente ad altri problemi strutturali e congiunturali – fornisce un'utile chiave interpretativa per comprendere la situazione che aveva esasperato gli italiani sino al punto di non ritorno del 1884, quando nel Polesine scoppiò la *boje*, (*la boje e la va fora*): espressione che esprimeva la rabbia incontrollabile della disperazione covata per decenni dai lavoratori affamati e minati da pellagra, malaria o genericamente *paludismo*³⁶. Il contagio con le altre dissestate realtà italiane fu rapido. Nel popolo era indicativa l'intersezione demografica della stratificazione sociale e la conseguente diffusione delle malattie

³⁵ A. Cherubini, *Medicina* cit. pp. 12-13.

³⁶ M. Galzigna, H. Terzian (a c. di), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione*, Marsilio 1980, v. "carta pellagologica" 1899, n. 13; cfr. P. Sorcinelli, *La pellagra e la morte*, Il lavoro editoriale 1982.

(epidemiche e non), piuttosto che il rapporto città-campagna sullo sfondo del degrado materiale e delle carenze – quando non assenti – strutture sanitarie rurali e le ripercussioni sulla morbilità. Nello specifico, le vicende direttamente connesse all'alimentazione che influirono su masse di contadini per generazioni, come la pellagra per l'appunto, furono determinanti nella storia sanitaria italiana; infatti, nel più ampio quadro delle carenze alimentari in una popolazione che praticava la sottosussistenza quale etica, era acuita la ricettività di agenti infettivi negli organismi debilitati dalla sottoalimentazione. E la mentalità retriva degli amministratori locali, l'atavica diffidenza popolare nei confronti di medici e ospedali – allora parzialmente giustificata – ostacolavano l'espansione del comunque carente sistema assistenziale “diffuso”³⁷. In tale contesto, quindi, ben si comprende perché il medico Achille Sacchi presidente della “Commissione Mantovana della Pellagra” e curatore della *Relazione ai deputati provinciali del 24 marzo 1878*, basava la sua attività prevalentemente su considerazioni sociali più che medico/scientifiche; Cesare Lombroso per tale motivo lo accusava di usare politicamente la rivendicazione dei diritti dei braccianti agricoli, utilizzando la malattia onde sottolineare la necessità di un miglioramento delle condizioni sociali, praticando così l'“onesto socialismo” ma non la medicina³⁸. Lombroso invece concentrava l'attenzione sulla patologia e sui rimedi medici, ma i due concetti non erano contrapposti, del resto anche il Nostro era apertamente osteggiato dai latifondisti per le riforme che proponeva in agricoltura onde diminuire la coltivazione maidica³⁹. A fronte di ciò, isti-

*Socialismo
o medicina?*

³⁷ C. Grandi, *Un episodio di storia sociale e sanitaria: le condotte mediche nel Trentino di metà Ottocento*, in *Atti La popolazione italiana nell'Ottocento. Continuità e mutamento*, Società Italiana di Demografia Storica - CLUEB 1985, pp. 299-315.

³⁸ A. Sacchi, *La pellagra*, (1878), ristampa a c. di R. Salvadori, Comitato per il Centenario dell'Unione di Mantova all'Italia 1966.

tuzioni sanitarie peculiari quali i pellagrosari e i manicomi – ultima istanza per il malato nella fase terminale – funsero da ammortizzatori per problemi imputabili in primo luogo all'economia e, quindi, risolvibili per altra via: come dimostravano ampiamente le “diete variate” proposte quali terapia⁴⁰. A dimostrazione delle difformità territoriali valga la parallela memoria sul comune brianzolo di Monticello, redatta da tale signor N. N. sulla vita contadina locale per l'*Inchiesta Jacini* con diligenza superiore alla media, da cui si desume che il colono nella parte di terra lasciata alla sua disponibilità coltivava

“grano turco, e in poca parte a ravizzone, a patate, a trifoglio, a canapa, a vecchie; i fagiuoli si coltivano col granoturco, a spazi ben diradati; questi ultimi prodotti sono devoluti al colono [...] Il vitto della famiglia colonica consiste in pane di granoturco e segale, con latte e ricotta; minestra di riso (comperato da fuori) e fagiuoli o vecchie [...] polenta di granoturco e patate; nei giorni festivi mangiano anche la carne se la famiglia è ben provvista. Pochi hanno abitualmente provvigione di salami e lardo; questo ultimo per condire la minestra, si acquista fuori del podere. Il vino è un trattamento da giorni di festa”⁴¹.

Certamente la morfologia della Brianza era migliore di quella della provincia di Mantova anzi citata, il che significava contratti colonici più convenienti, ma forse ci dovremmo pure confrontare con la mancanza di criteri correttamente omologati tra i relatori dell'Inchiesta, fatta a livello nazio-

³⁹ C. Lombroso, *Trattato Profilattico e Clinico della Pellagra*, Bocca 1890; A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, Franco Angeli 1984.

⁴⁰ L. Vanzetto, *I ricchi e i pellagrosi. Costante Gris e la fondazione del primo pellagrosario italiano*, Francisci 1984. Di grande interesse per seguire lo sviluppo dei manicomi in parallelo alla pellagra: Fondazione Benetton Studi e Ricerche, *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia*, FBSR [preprint] 1999.

⁴¹ Atti della Giunta cit., p. 877.

nale e in territori assolutamente differenti per struttura della proprietà e fittanza⁴².

La questione sociale del mondo rurale di allora era esplicitata nei numeri della statistica pellagologica, che dava senza equivoci l'entità di una fame atavica strutturale, dove generazione dopo generazione si perpetuava l'alimentazione causa del male. Una molteplicità di problemi oscillanti tra le già qui discusse difformità statistiche e il malinteso ritengo, davano comunque una sottostima della realtà, associato che le malattie soggette a denuncia statisticamente sono sempre sottostimate, per la compiacenza dei medici e la povertà dei molti che il medico nemmeno lo consultavano⁴³. Emblematica la situazione del padovano nel 1910, elaborata dalla locale commissione pellagologica: 9000 pellagrosi (1,67% sul totale della popolazione), con picchi nei distretti di Conselve 3,27%, Piove 2,42%, Monselice 2,04%⁴⁴.

3. LA MALATTIA COME SOCIAL REFORMER

“Senza igiene e sanità morale la cellula sociale si atrofizzerà”

LE CORBUSIER

⁴² www.lombardiabeniculturali.it, Pellagra; in questo ben organizzato fondo archivistico è possibile recuperare la documentazione in materia sino a dopo la Grande Guerra. Cito a mo' di esempio significativo le interessanti *Ispezioni della Commissione pellagologica provinciale; disposizioni per la distribuzione di sale ai malati e distribuzione dei libretti di riconoscimento* (1918).

⁴³ G. A. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Laterza 1999

⁴⁴ A. Lazzarini, *Vita sociale e religiosa nel padovano agli inizi del Novecento*, Edizioni di Storia e Letteratura 1978, p. 29. Solo con la Legge del 12 giugno 1902, n.427 “Sulla prevenzione e cura della pellagra” e con il Regolamento della suddetta Legge (R.D. 5 novembre 1903, n.451, G.U. 1/12/1903) venne regolamentata la produzione e conservazione del granoturco, impedendo l'utilizzo di quello ammuffito, non ben essiccato o immaturo. Cfr. inoltre L. Messedaglia, *Il mais e la vita rurale italiana*, Federazione Italiana dei Consorzi Agrari 1927.

L'incisivo pensiero del più celebre architetto del Novecento bene si presta al complessivo approccio di quell'insieme di azioni che hanno prodotto la "bonifica urbana e sociale" di tanta parte d'Italia: complice – stimolo o determinante – il fattore igienico e diversi gradienti della salute umana, in cui l'alimentazione era il *fil rouge* più o meno evidente ma sempre presente⁴⁵.

L'igiene e la sanità – tutta – negli insediamenti degli uomini dipendono dall'utopia del genio civile in cui si identificano, un principio che ha ispirato ampiamente il nostro passato⁴⁶; nel paragrafo sul *Pauperismo di sistema* ho accennato che talune malattie hanno sensibilizzato l'opinione pubblica italiana sulle riforme sociali mediche e sanitarie dello Stato postunitario, in tale ottica sono particolarmente evidenti i canoni fondanti nei piani del risanamento urbanistico sulla scia dell'esperienza europea del XIX secolo⁴⁷. Lo studio delle relazioni che intercorrevano tra condizioni ambientali e salute pubblica aveva assunto un ruolo innovativo per merito di ingegneri sanitari e medici igienisti, dove le città erano sedi visibili dello studio sulle alterazioni del "tenore igienico normale"⁴⁸, di cui per ricaduta quando non per inter-

⁴⁵ In proposito basti ricordare il ruolo dell'acqua nel contagio: quella inquinata dal versamento libero delle fognature a mare e i molluschi che vi venivano raccolti per essere mangiati crudi; falde acquifere inquinate da fognate e liquami vari, la cui acqua serviva per innaffiare o lavare frutta e ortaggi... Di qui la necessità primaria di acquedotti e condotte fognarie. Se aggiungiamo l'imprecisa idea del veicolo di contagio e dell'isolamento è intuibile che il micidiale vibrione aveva vita facile.

⁴⁶ C. Grandi, *Bonifica urbana e bonifica sociale nella giunta Grimani* (1890-1914), in *La Chiesa di Venezia nel primo Novecento*, a c. di S. Tramontin, Edizioni Studium, 1995, pp. 63-83.

⁴⁷ C. Zimmermann, *L'era delle metropoli*, il Mulino 2004.; D. Calabi, *Storia dell'urbanistica europea*, B. Mondadori 2008.

⁴⁸ Tema ampiamente dibattuto dalla Società Italiana di Igiene, fondata nel 1879 a Milano, v. *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni del Regno*, (1885), in "Giornale della Società ita-

vento specifico godevano anche le campagne; infatti, l'ap-proccio igienico-sanitario al mondo contadino è stato varia-mente dilazionato nel tempo, causa le priorità dovute ad al-tri impellenti problemi rurali⁴⁹.

Le malattie *socials reformers* più significative in questa storia sono state la già citata pellagra – protagonista nel settentrione durante il XIX secolo – e il colera delle città postunitarie; en-trambe le patologie avevano provocato significative riforme connesse alla loro risoluzione: nella riformulazione dei con-tratti agricoli la prima, nell'innovazione di acquedotti, fo-gnature e edilizia il secondo.

Il risanamento degli agglomerati urbani nella Penisola rap-presentava un'emergenza, l'ingegnere Emilio Bignami Sor-mani nel 1879 lamentava che

“in Italia dove il bisogno di risanamento è più sentito si può affer-mare che tanto il governo quanto il Parlamento non curano troppo questa questione che fu così abbandonata alla iniziativa dei munici-pi, i quali, alla loro volta, se ne eccettuarono pochi, intenti a spende-re per gli abbellimenti esteriori non capirono l'importanza di studi e di spese per altri scopi”⁵⁰.

Sventramento, rettificazione e riedificazione sono l'estrema sintesi degli interventi ottocenteschi per bonificare l'ambiente urbano, un'epoca in cui però politici e amministratori loca-li sollecitavano progetti ispirati dal prestigio non dall'utilità ed erano lontani da una strategia complessiva ispirata da nor-me igieniche⁵¹.

liana d'igiene”, pp. 128-134.

⁴⁹ M. Panizza, *Risultati dell'inchiesta istituita da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia*, s.n.t. [Roma] 1890 . pp. 388-391.

⁵⁰ E. Bignami Sormani, *L'igiene delle città*, in “Giornale della Società italiana di igiene”, 1879, p. 278.

L'intreccio tra leggi sanitarie e regolamentazione urbanistica era stato ostacolato anche dal conflitto fra proprietà privata e igiene pubblica (sorvolo sulle correlazioni con l'oggi), sino al punto che la legge sanitaria nazionale del 1888 era stata considerata un'indebita ingerenza governativa nell'ambito del diritto di proprietà; poche le riforme virtuose che seguirono, poiché necessitavano di essere radicali per essere efficaci, stante il degradato contesto di applicazione. Ma la diffusione "classista" dell'epidemia di colera del 1884-85 aveva evidenziato le drammatiche condizioni dei più poveri, sullo sfondo di una popolazione dalla salute peggiorata per la diffusione della tubercolosi e per il perpetuarsi di periodiche epidemie di malattie infantili ad alta mortalità⁵².

Assodato che l'igiene è il prodotto artificioso di interventi incrociati sull'ambiente e sull'uomo – per introdurre modalità di vita atte a ridurre gli effetti negativi di un contesto non sempre favorevole –, è comprensibile il suo lento affermarsi in epoca storica; le malattie contagiose del passato assumevano più facilmente connotazioni epidemiche e, nello specifico del nostro soggetto, non è azzardato ritenere che il colera nella sua forma epidemica (allora definito un morbo misterioso nella sua "essenza" e diffusione) sia stato strumentalizzato per ottenere interventi d'igiene urbana altrimenti negati⁵³. La "legge per Napoli" del 15 gennaio 1885

⁵¹ C. Grandi, *Igiene e salute in una città lagunare attraverso le vicende di un piano di risanamento nella Venezia di fine Ottocento*, in *Atti Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterranea*, Società Italiana di Demografia Storica 2000, pp. 321-352.

⁵² Le diagnosi del passato sono soggette comunque e sempre a forti dubbi, in questa fase storica e per dette patologie, però, si può anche ipotizzare una maggiore veridicità per l'incrementato accesso a ospedali e medici; precedentemente non era raro che la "verifica di morte" fosse scritta dal medico (o dal parroco...) sulla base dei sintomi descritti da chi aveva assistito al decesso (cfr. C. Cislighi, *Statistica sanitaria e storia della salute*, in CISO (a c.), *Storia della sanità in Italia*, CISO 1978, pp. 75-79).

emanata in seguito alla locale epidemia colerosa del 1884 e poi estesa a tutti i comuni del Regno, è stata lo strumento che ha consentito di recuperare i progetti di igiene urbana ideati in precedenza e mai realizzati: sono stati semplicemente rivisti e ripresentati⁵⁴. Perché erano

“evidenti le relazioni tra morbo e condizioni ambientali [...che] a noi imponevano necessità evidenti; quella cioè di provvedere aree e spazi ove possano sorgere case per la classe meno abbiente e lavoratrice; quella di sgombrare alcuni centri da infette, sucide e dense abitazioni per aprire nuovi sbocchi all'aria salubre [...] quella infine di procurare maggior comodo di viabilità [...] miglior sistema di deflusso delle acque immonde che stagnano spesso fra le impiegate e le svolte dei nostri smaltitori sotterranei [...] la fognatura circostante che spesso inquina i terreni circostanti e manda deleterie emanazioni a moltiplicare le cause di malattie dell'infanzia e a modificarne l'organismo”⁵⁵.

Questo scritto dell'allora ufficiale sanitario del Comune di Venezia, l'illustre prof. Raffaele Vivante docente patavino di

⁵³ La diffusione del tifo (ileo tifo) può essere stata strumentalizzata ad arte, perché i suoi primi sintomi a volte erano confusi con quelli del colera (F. Trois, R. Vivante, *Ricerche sull'inquinazione dei rivi e canali veneziani in rapporto alla fognatura della città*, in Comune di Venezia, *All'Onorevole Giunta Municipale. Resoconto dell'Ufficio d'Igiene per 1899 e rapporti dei signori preposti ai Laboratori comunali e al Macello pubblico per biennio 1897-1899*, [pubblicazione interna] Venezia 1901, pp. 65-68). Nel decennio 1886-95 la mortalità per tifo era diminuita, raggiungendo il minimo di 1,76‰ nel '94, per poi aumentare sino al 5,12‰ del '98. Il *trend* era simile alle altre città del Veneto esclusa Padova, una percentuale superata da Milano e Bologna; ovunque la massima diffusione era raggiunta nei mesi estivi.

⁵⁴ P. Somma, *L'attività di Raffaele Vivante*, in “Storia urbana”, 1981, n. 14, p. 219.

⁵⁵ Archivio Storico del Comune di Venezia, Libro Consiglio Comunale 1892, pp. 8-10 [lettera di Raffaele Vivante].

Igiene, spiega senza equivoci i risvolti della strumentalizzazione (a fin di bene in questo caso) politica e amministrativa nella storia del colera. Il nesso ambiente-malattia era inteso nella sua accezione più ampia e la profilassi delle malattie infettive non consisteva più solo nel prevenire e limitare i contagi, ma si mirava a “migliorare l’ambiente e renderlo improprio alla coltura dei germi”. L’assenza di un’adeguata legislazione sociale aveva consentito a generazioni di uomini di governo di ignorare impunemente la qualità della sussistenza (e dell’esistenza) delle classi lavoratrici, il problema alimentare manteneva una cruciale connotazione socioeconomica, ma l’avvento della sistematica vigilanza igienica sul territorio indotta dalla bonifica urbana aveva fatto emergere in tutta la sua gravità la presenza di talune patologie direttamente correlate all’insalubrità ambientale; si cominciava a intravedere un atteggiamento più responsabile da parte degli amministratori nei confronti della salute del popolo.

In tale ottica un ruolo peculiare come *social reformer* l’hanno avuto le vicende della tubercolosi, di maggiore complessità nella storia della loro reale incidenza – specie nelle campagne –, poiché c’era tutta la volontà di celarla per gli stessi motivi della pellagra (vergogna e necessità di lavorare), ma con la facilitazione data dall’assenza di segni evidenti e peculiari sino alla fase terminale. Nel 1902 si contavano 52.013 morti di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare accertata: un dato che per la sua centralità temporale nel periodo in esame risulta particolarmente significativo – e accertato nella causalità. Il numero più alto di decessi era riscontrato tra le femmine, tra i lavoratori in ambienti chiusi e malsani, il 70% dei defunti apparteneva alla classe operaia ed era in “età produttiva”, anche in questo caso ricordo quanto scritto in precedenza sulla valutazione e sulla redditività dell’individuo; un’ulteriore aggravante, però, era data dalla ten-

denza a sminuire i sintomi se non proprio a celare la malattia nelle scuole per salvaguardarne il “buon nome” e al contempo risparmiare sulla disinfezione⁵⁶. Sorvolando sull’aspetto etico di questo esecrabile comportamento, si palesava però l’importanza dell’approccio innovativo alla malattia, che inseriva un ulteriore problema di “igiene sociale”: il vitto, nei suoi aspetti igienici e politico-sociali.

“Il problema dell’alimentazione della massa oltre ad essere nella sua intima essenza fisiologico, è poi più che non si creda, un problema igienico e sociale, al quale finora è stato assai scarsamente rivolta l’attenzione di chi guida e studia le energie e le attività pubbliche, nonostante che da moltissimi si riconosca che la fisiologia e l’igiene debbono essere invocate moderatrici delle forze sociali”⁵⁷.

La sanità postunitaria aveva ereditato disordine e malattia, mirava a creare un’organizzazione per diminuire i mali creati o favoriti dalla miseria e dalle tristi condizioni sociali, ma il Paese precipitava nella Grande Guerra prima che il progetto fosse realizzato. Spinta riformatrice e conflittualità sociale erano state le protagoniste nell’Ottocento, alternativamente favorite o frenate da una serie di concause nazionali e internazionali; il decollo industriale e gli squilibri connessi all’impreparazione politica italiana rafforzarono il movimento operaio e acuirono i problemi irrisolti della “questione sociale”: distratti ma non sopiti dalla guerra.

La “insopprimibile funzione dell’intelligenza direttiva” della politica del ventennio, aveva progressivamente attribuito allo Stato l’assistenza e riconosciuto ampi margini di libertà alle attività di beneficenza gestite dalla Chiesa. Roberto Maria Russo parlava esplicitamente di “autoritarismo assisten-

⁵⁶ A. Cherubini, *Medicina* cit., pp. 38-55.

⁵⁷ A. Frassi, *L’alimentazione del contadino mezzadro in provincia di Pisa*, in “Giornale della Società italiana d’Igiene”, 1901, n. 9, p. 385.

ziale” nel periodo fascista, mirato a ottimizzare il rapporto conservazione-consumo della forza lavoro⁵⁸, non ultimo creando un sistema socio-istituzionale “a maglie strette” per corrispondere ai bisogni minimi diffusi nella popolazione. Nell’insieme, la capillarità così creata svolse una funzione evolutiva per l’organizzazione di strutture sanitarie e educative, con positive ricadute sulla qualità della risposta assistenziale diretta al miglioramento di quella che era oramai definita “igiene alimentare”.

La buriana della seconda guerra mondiale si abbatteva sull’Italia riproponendo ancora una volta lutti, fame e malattie: tutto si ripeteva e vanificava, forse, quello che era stato recuperato.

CONCLUSIONI

L’uomo – onnivoro – non si nutre degli stessi cibi ovunque, in tutte le civiltà l’accettazione o il rifiuto di alimenti commestibili ha un’origine culturale e risponde a un “codice di condotta alimentare”, determinato da fattori geografici, storici, economici, religiosi; gli alimenti imposti dalla sussistenza, dal bisogno fisiologico, diventano una più complessa necessità e una fondamentale prassi sociale strettamente collegata all’organizzazione familiare e della comunità di appartenenza: che connota popoli e società nel tempo e nello spazio, al punto da essere studiati attraverso le direttrici dalla loro alimentazione⁵⁹. E in tale ottica a me piace ricordare l’alimentazione identitaria, anche quando è rappresentata dalla polenta della pellagra.

⁵⁸ R. M. Russo, *La politica dell’assistenza*, Guaraldi 1974, pp. 33-41.

⁵⁹ Cfr.: D. Sperber *L’epidemiologia delle credenze*, Anabasi

1994; M. Pollan, *Il dilemma dell’onnivoro*, Adelphi 2008.

Malnutrizione e carenze alimentari sono state le protagoniste di quest'articolo, delineate nelle icone per alcuni fatti rappresentativi di una povertà che è ineludibile elemento interstiziale nella struttura sociale del passato, così insinuante da fondersi con la trama connettiva su cui poggia la società stessa⁶⁰. Nonostante tutto ciò che è stato teorizzato nei secoli, la soluzione del problema posto dal pauperismo non è mai consistita nella sua totale eliminazione – se non in termini teorici –, bensì nel suo controllo e contenimento.

Questa onnipresente massa di popolazione marginale malaticcia e sottonutrita, se debitamente gestita, ha sempre rappresentato una duttile forza lavoro, da conservare per la redditività e per tal motivo soddisfare nella sua fame. L'etica e l'equità sociale appartengono ad un'altra dimensione.

Ho voluto chiudere la presente riflessione con l'*Inchiesta sulla miseria* fatta nel secondo dopoguerra, come testimonianza di una memoria sociale che idealmente riporta alla prima inchiesta italiana, nota come *Inchiesta Jacini* dal nome del suo curatore e voluta per conoscere le condizioni della classe agricola nell'imperversare dell'endemia pellagrosa. L'Italia unificata aveva scelto lo strumento dell'inchiesta governativa per apprendere i bisogni del popolo e la Repubblica ripristinava questo strumento di democrazia come responsabilità di governo.

⁶⁰ J. P. Gutton, *La società e i poveri*, Milano 1977.



Documento della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla, 1953

Dieta mediterranea tra territorio e salute

Giuseppe Maiani

Consiglio per la Ricerca e la Sperimentazione in Agricoltura e
l'Analisi dell'Economia Agraria, Centro di Ricerca per gli Alimenti e
la Nutrizione (CRA- NUT)

È ORMAI BEN NOTO e comunemente accettato sul piano scientifico che l'alimentazione rappresenti uno dei più importanti determinanti della salute. Differenti studi condotti nell'ultimo decennio dimostrano che il ruolo dell'alimentazione nella salute umana, non è solo legato alle carenze alimentari e ai disturbi di comportamento quali obesità e anoressia, ma sembra connesso alla possibile insorgenza e sviluppo di malattie degenerative quali il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori.

Una corretta alimentazione dovrebbe permettere un adeguato contributo di nutrienti per soddisfare le esigenze metaboliche dell'organismo e garantire al consumatore sicurezza, qualità e varietà. Il regime alimentare mediterraneo sembra in grado di fornire una dieta equilibrata, adatta per tutte le età e si pensa possa ridurre significativamente il rischio di malattie croniche (1).

*La dieta
mediterranea di
Ancel Keys (1946)*

La dieta mediterranea, descritta nel 1954 da Ancel Keys, era tipicamente composta da cereali, legumi, ortaggi, frutta di stagione e dall'utilizzo dell'olio di oliva come fonte principale di grassi (2). La peculiarità della dieta mediterranea tradizionale evidenziava: elevato contenuto di cereali (>60%); ricca in diverse varietà di vegetali e frutta; contenuto totale di grassi inferiore al 30% (di cui circa il 70% è costituito da olio di oliva) con un rapporto elevato tra acidi grassi monoinsaturi/saturi; alto contenuto di fibra alimentare (circa 30g/giorno); bassa in carne e formaggi, spesso sostituiti dal pesce (contenente acidi grassi poli-insaturi e acidi grassi essenziali della serie degli ω-3); pochi zuccheri aggiunti; moderato consumo di alcol, quasi esclusivamente ai pasti. La dieta mediterranea si caratterizzava come vero e proprio stile di vita basato sul consumo di prodotti strettamente connessi con il territorio di produzione, spesso consumati in un ambiente conviviale dopo preparazioni culinarie tradizionali. È grazie a questo stile di vita, che gruppi di popolazione che vivevano nell'area mediterranea avevano una bassa incidenza di malattie cardiovascolari (CVD), di alcuni tipi di tumore e delle cosiddette malattie del benessere (arteriosclerosi, ipertensione, diabete, obesità (3, 4 e 5).

*La dieta
mediterranea oggi*

La piramide alimentare proposta da Ancel Keys è stata rivisitata all'insegna della modernità e del benessere, senza trascurare però le diverse tradizioni culturali e religiose e le differenti identità nazionali. La "moderna" piramide alimentare rappresenta una macro-struttura in grado di adattarsi alle esigenze attuali delle popolazioni mediterranee, nel rispetto di tutte le varianti locali della dieta mediterranea (6).

La tradizionale dieta mediterranea rappresenta l'eredità di millenni di scambi tra i popoli e le culture del bacino del Mediterraneo, fino alla metà del XX secolo ha costituito la

base delle abitudini alimentari in tutta l'area mediterranea. Oggi il cambiamento delle pratiche agricole, lo sviluppo tecnologico (7), la globalizzazione delle produzioni e dei consumi correlate al cambiamento dello stile di vita insidiano le peculiarità dello stile mediterraneo. Tuttavia con l'affermarsi delle esigenze di una società multiculturale, la promozione delle diversità delle culture alimentari mediterranee rappresenta un valido modello di sostenibilità dal punto di vista salutistico, ambientale ed economico, contribuendo a preservare la qualità, la sicurezza alimentare e nel contempo a promuovere la gestione delle risorse ambientali attraverso sistemi di produzione agricola legati al territorio ed al patrimonio locale culturale (8).

L'Italia, per la sua collocazione al centro del Mediterraneo, ha un patrimonio varietale di interesse agrario decisamente ricco grazie all'eterogeneità geologica e agroalimentare; è infatti il paese europeo che presenta la maggiore biodiversità di cui si intravede il declino con conseguente perdita di qualità e di varietà nutrizionale dell'alimento, che potrebbe condurre ad una diminuzione della qualità della dieta ed incidere sulla salute dell'individuo. Nel Libro Verde la Commissione Europea, nel 2008 (9), indica la qualità alimentare come "soddisfacimento delle aspettative dei consumatori", mentre la "tradizionalità" rappresenta un prerequisito di qualità alimentare sia per i consumatori che i produttori. Dati reali sulla composizione nutrizionale degli alimenti tipici e/o locali e stagionali stanno diventando essenziali nel contesto della globalizzazione di mercato e di produzione per la formulazione delle qualità nutrizionali. Ricerche condotte sui prodotti locali/tradizionali (10, 11, 12, 13) hanno evidenziato una stretta correlazione tra il potenziale salutistico, la possibile "funzionalità" di un alimento e il territorio. Di seguito, come esempio si riportano i risultati di ri-

*L'importanza della
varietà dei prodotti
locali e stagionali*

cerche condotte sui prodotti tipici/tradizionali confrontati con prodotti commerciali. In tabella 1 è mostrato il potenziale antiossidante dell'alimento in toto e il contenuto di vitamina C.

TABELLA I.

Confronto tra prodotti tipici verso prodotti commerciali



Prodotto	FRAP (mmol/kg)	TRAP (mmol/kg)	Vitamina C mg/100g
Ciliegia "Aprica"	18.55±1.91	16.49±1.07	22.92±0.76
Ciliegia Commerciale	6.25±0.07	6.80±0.05	6.44±0.62

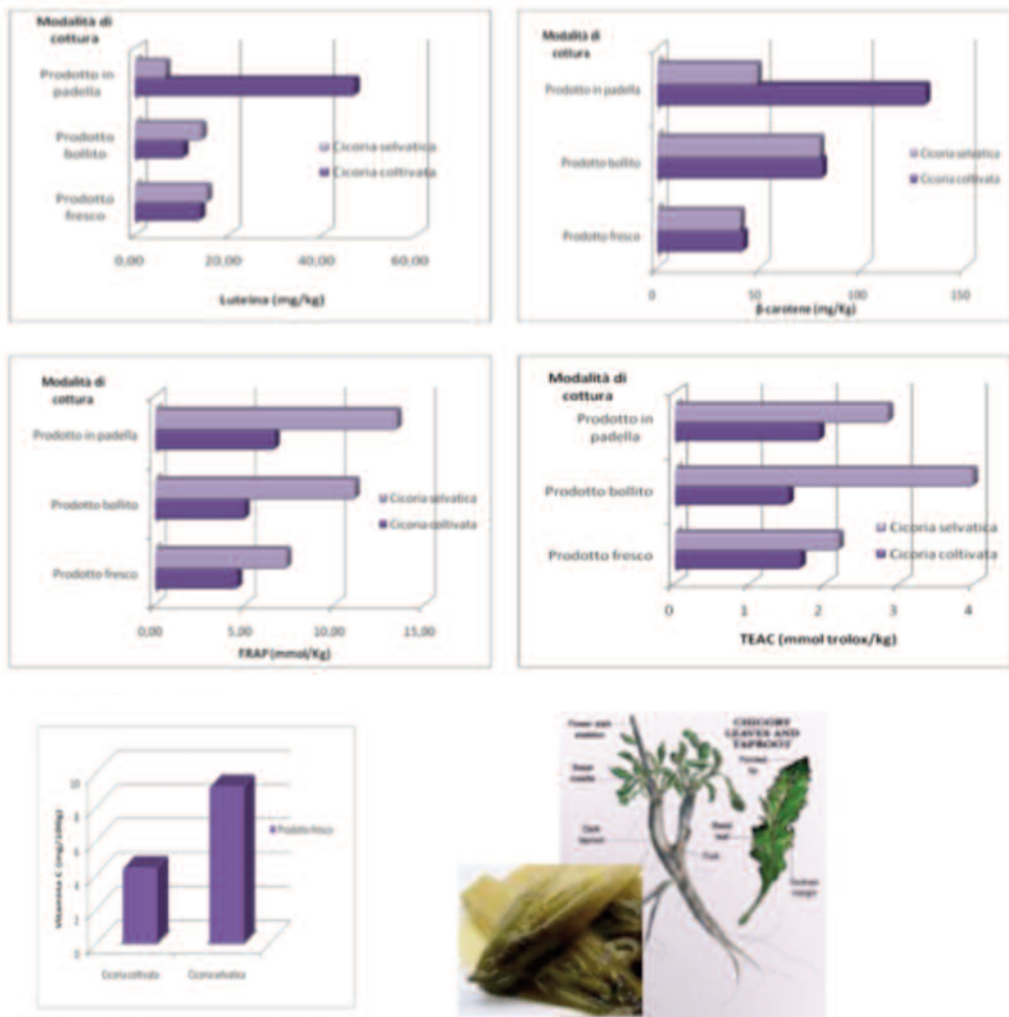


Prodotto	FRAP (mmol/kg)	TRAP (mmol/kg)	Vitamin C mg/100g
Lamponi del Cansiglio	57.7±6.2	23.72±1.12	22.21±1.34
Lamponi Commerciali	11.5±0.99	11.93±1.31	19.31±0.57

Nelle ciliegie e nei lamponi provenienti da produzioni locali identificabili come "prodotti tipici" il parziale profilo antiossidante risulta migliore rispetto al prodotto commerciale. Facendo un altro esempio, la cicoria selvatica rappresenta un'importante fonte di antiossidanti (figura 1). Il contenuto dei singoli antiossidanti sembra indicare un "miglior potenziale salutistico" di questo prodotto rispetto ai corrispettivi coltivati.

FIGURA I.

Effetto della modalità di cottura sul contenuto di molecole bioattive e sulla capacità antiossidante totale in campioni di cicoria coltivata e selvatica



"La vitamina C non" è rilevabile nel prodotto bollito e cotto in padella

Inoltre, l'effetto del trattamento domestico sui campioni di cicoria ha evidenziato come la bollitura incrementi il contenuto dei carotenoidi presenti (luteina e β -carotene) e come aumenti la loro concentrazione ripassando l'alimento in padella, probabilmente per una migliore e facilitata estrazione di tali composti dalla parete cellulare vegetale per l'aggiunta di olio (Figura 1). Per contro la cottura causava la totale scomparsa della vitamina C, che persisteva nel prodotto fresco. I risultati ottenuti nell'espletamento di diversi progetti di ricerca, pubblicati su riviste internazionali e nazionali, hanno evidenziato una stretta correlazione tra tipologia di consumo, il potenziale salutistico, la possibile "funzionalità" di un alimento e il territorio.

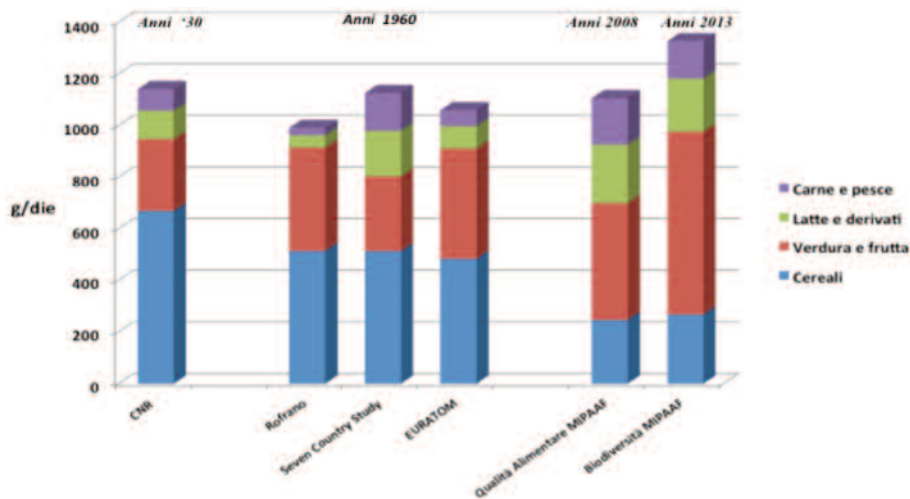
*Come sta
cambiando
l'alimentazione
in Italia*

Di seguito vengono riportati alcuni risultati di ricerche finanziate circa 50 anni fa da Istituzioni internazionali e nazionali e alcuni risultati che provengono da ricerche finanziate negli ultimi dieci anni dal Ministero delle politiche Agricole alimentari e Forestali – Mipaaf – nell'ambito dei progetti strategici "Qualità alimentare", "Biodiversità e Agroalimentare: Strumenti per descrivere la realtà italiana" e "BIOVITA". La figura sottostante mostra il trend dei consumi riferito ai gruppi di alimenti caratteristici della dieta mediterranea (cereali, olio di oliva etc) nell'ambito di studi condotti nella popolazione italiana dal 1930 sino ad oggi (14-19). I risultati mostrano una forte diminuzione nel consumo di cereali e un aumento nel consumo di latte e derivati e carne. Il confronto tra i dati raccolti nel 2008 nell'ambito del progetto strategico del Mipaaf "Qualità Alimentare" (14) rispetto a quelli raccolti nel 2013, dati in corso di pubblicazione, nell'ambito del progetto strategico del Mipaaf "BIOVITA" si osserva un cambio di tendenza, un leggero aumento nel consumo di cereali e prodotti derivati, un forte aumento nel consumo di frutta e verdura e una diminuzione nel

consumo di carne probabilmente legata ad una modificazione dello stile di vita da un punto di vista socio-economico della popolazione.

TABELLA 2.

Valori nella dieta Mediterranea in Italia (g/die)



In una recente meta-analisi Menotti et al 2015 (20), del follow-up a 50 anni sui sopravvissuti nelle aree rurali italiane di soggetti maschi che parteciparono al Seven Countries Study, è stata studiata la relazione tra alcune caratteristiche comportamentali con l'aspettativa di vita e l'incidenza di malattie cardiache. Fattori comportamentali, tra cui l'astensione dal fumo di sigaretta, l'attività fisica e lo stile alimentare mediterraneo rappresentano fattori ampiamente riconosciuti di protezione nei confronti di tutte le cause di mortalità, determinando un aumento delle aspettative di vita e una minore incidenza di malattie coronariche.

Un altro studio, condotto nel 2008 – Azzini et al 2011 (14) – per il “progetto Qualità Alimentare”, ha valutato l'effetto della qualità della dieta, principalmente sullo stato nutrizio-

nale antiossidante, sullo stato infiammatorio e lo stress ossidativo in un gruppo di popolazione sana. In tabella 3 sono riportati i consumi medi dei gruppi di alimenti tipici e non della dieta mediterranea per classi di MDS. Il 26% dei soggetti ha una bassa qualità della dieta ($MDS \leq 3$), nel 45% del campione la qualità della dieta è media ($MDS = 4-5$), mentre il 29% presenta un'elevata qualità della dieta ($MDS \geq 6$). Come atteso, è possibile osservare un aumento, tabella 3, nei consumi degli alimenti tipici della dieta mediterranea, ritenuti protettivi, ed una diminuzione negli apporti di alimenti considerati non tipici, all'aumentare delle classi di MDS. In particolare nel campione esaminato una maggior aderenza alla tradizionale dieta mediterranea ($MDS \geq 6$) è significativamente associata ad un maggior consumo di verdura ($P < 0.0008$), di frutta ($P < 0.0000$) e pesce ($P < 0.005$) e un minor consumo di carne ($P < 0.02$), di latte e derivati ($P < 0.002$), di alcool, sebbene non statisticamente significativo ed un miglior rapporto tra MUFA e PUFA ($P < 0.00003$). Da questo studio risulta che i soggetti con una maggior aderenza alla dieta mediterranea ($MDS \geq 6$) sono significativamente associati a livelli plasmatici circolanti di luteina plus criptoxantina, α -carotene, β -carotene, vitamina E e lo stato degli antiossidanti endogeni risulta migliorato (14).

TABELLA 3.

Consumi medi delle classi alimentari* (g/die) in base alle classi MDS

	Qualità della dieta			Valori P
	Bassa (MDS≤3)	Media (MDS 4-5)	Alta (MDS≥6)	
%	26	45	29	
Cereali (g/die)	225 ± 53	248 ± 71	267 ± 76	0.02
Verdura (g/die)	167 ± 113	225 ± 127	261 ± 97	0.0008
Legumi (g/die)	7 ± 19	18 ± 27	22 ± 23	0.02
Frutta (g/die)	162 ± 162	209 ± 188	389 ± 238	0.00000
Pesce (g/die)	39 ± 40	61 ± 62	88 ± 96	0.005
Carne (g/die)	161 ± 112	119 ± 65	114 ± 90	0.02
Latte e derivati (g/die)	305 ± 160	227 ± 128	195 ± 170	0.002
Alcool(g/die)	9 ± 11	8 ± 12	5 ± 10	n.s.
Rapporto MUFA/SFA	1.8 ± 0.4	2 ± 0.5	2.3 ± 0.6	0.00003

*Food groups were adjusted to 2500 kcal for men and 2000 kcal for women

Statistica: Anova, Fonte: Azzini et al. Nutrition Journal 2011

Le nostre ricerche ad oggi, hanno dimostrato e confermato che soggetti sani in regime alimentare abituale mediterraneo presentano un aumento dei livelli plasmatici di molecole bioattive e della capacità antiossidante plasmatica totale associati a una diminuzione di indicatori dello stato infiammatorio. Inoltre i nostri dati mostrano che soggetti che mostrano una aderenza allo stile alimentare mediterraneo presentano una riduzione di circa il 50% di rischio cardiovascolare inferiore rispetto a soggetti che non seguono uno stile di vita mediterraneo (14). Nonostante non sappiamo quale sia il futuro della dieta mediterranea i nostri dati suggeriscono che occorre preservare le valenze salutistiche dello stile mediterraneo per prevenire alcune patologie degenerative.

CONCLUSIONI

In questa breve rassegna ho cercato di dimostrare che la dieta mediterranea è:

- un complesso sistema di conoscenze condivise in materia di salute, di cibo, di culture e di persone, sulla base di una varietà tradizionale di diversi cibi locali che sono parte integrante dell'ambiente mediterraneo;
- il prodotto di un territorio, di una regione geografica di molteplici sfaccettature e ricca di storia, che conserva la conoscenza tradizionale e una varietà di alimenti e diete;
- un modello alimentare sano che riduce la mortalità e morbidità, ma anche un modello di uno stile di vita mediterranea di benessere;
- una risorsa sotto-esplorata per la biodiversità e la nutrizione nel contesto della sicurezza alimentare e nutrizionale.

In conclusione, sebbene la dieta mediterranea abbia ottenuto dall'Unesco il riconoscimento come patrimonio culturale immateriale dell'umanità, tenuto conto delle attuali cambiamenti nel sistema di produzione alimentare e la globalizzazione, la sostenibilità della dieta mediterranea diventa necessaria, in particolare tra le giovani generazioni. Infine, dovrebbero essere incoraggiati progetti di ricerca e studi sulla dieta mediterranea come esempio di una dieta sostenibile, in cui la nutrizione, la biodiversità, la produzione agricola locale, la cultura e la sostenibilità locale siano strettamente interconnessi.

I dati presentati provengono da progetti finanziati nazionali ed europei (Mipaaf, EU) che oltre a Giuseppe Maiani, autore della relazione, hanno visto coinvolti Angela Polito, Elena Azzini, Donatella Ciarapica, Alessandra Durazzo, Maria Stella Foddai, Giovina Catasta, Federica Intorre, Lara Palomba, Eugenia Venneria, Maria Zaccaria del Centro di Ricerca per gli Alimenti e Nutrizione (CREA) di Roma.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO/FAO, 2003. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Technical Report no. 916, Geneva, Switzerland;
2. Keys A, Blackburn H, Menotti A, et al. *Coronary heart disease in seven countries*. *Circulation*; 41 (Suppl 1): 1-211, 1970.
3. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D.: *Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population*. *N Engl J Med*. June 26, 348(26):2599-608. 2003.
4. Couto E., Bofetta P., Lagiou P., Ferrari P., Benetou v et al. : *Mediterranean dietary pattern and cancer risk in the EPIC cohort*. *Br J Cancer*. Apr 26; 104(9): 1493–1499,2011.
5. Mitrou PN., Kipns V., Thiebut AC et al. : *Mediterranean dietary pattern and prediction of all-cause mortality in a US population: results from the NIH-AARP Diet and Health Study*. *Arch Intern Med*. Dec 10;167(22):2461-2468, 2007.
6. Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina FX., Battino M., Miranda G. and Serra-Majem L.: *Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates*, *Public Health Nutrition*, 14(12A): 2274-2284, 2011.
7. Durazzo A., Maiani G.: *Evoluzione dei prodotti dell'agricoltura mediterranea nell'ultimo secolo: Dieta mediterranea tra mito e realtà*. Eds Pensiero Scientifico, 10: 149-156, 2012.
8. Capone R., Iannetta M., El Bilali H., Colonna N., Debs P., Dernini S., Maiani G., Intorre F., Polito A., Turrini A., Cardone G., Lorusso F., Virginia Belsanti V.: *A preliminary assessment of the environmental sustainability of the current Italian dietary pattern: water footprint related to food consumption*. *Journal of Food and Nutr*. Vol 1 (4) 59-67, 2013.
9. Germanò A. *Il Libro Verde della Commissione europea del 15 ottobre 2008: alla ricerca di una definizione di alimenti di qualità*, 2008.
10. Azzini E., Durazzo A., Foddai M.S., Venneria E., Raguzzini A., Maiani G.: *Biodiversity and Local Food Products in Italy*. *Journal of Agriculture and Biodiversity Research* 1: 1, 1-10, 2012.
11. Azzini E., Durazzo A., Polito A., Venneria E., Foddai M.S., Zaccaria M., Mauro B., Intorre F., Maiani G.: *Biodiversity and local food products in Italy. Sustainable diets and biodiversity*. *Biodiversity International Publ*. Cap 4, pag 242-252, 2012.
12. Durazzo A., Azzini E., Lazze MC., Raguzzini A., Pizzala R., Maiani G., Palomba L., Maiani G.: *Antioxidants in Italian head lettuce (*Lactuca sativa* var capitata L) grown in organic and conventional systems under gre-*

- enhouse conditions*. Journal of Food Biochemistry 38: 56-61, 2014.
13. Azzini E., Durazzo A., Foddai M.S., Temperini O., Venneria E., Valentini S., Maiani G.: *Phytochemicals Content in Italian Garlic Bulb (Allium sativum L.) Varieties*. J of Food Research 3 (4) 26: 31, 2014.
 14. Azzini E., Polito A., Fumagalli A., Intorre F., Venneria E., Durazzo A., Zaccaria M., Ciarrapica D., Foddai M.S., Mauro B., Raguzzini A., Palomba L and Maiani G.: *Mediterranean diet effect: an Italian picture*. Nutrition Journal, 10: 125- 2011.
 15. Menotti A., Lanti M., Maiani G., Kromhout D.: *Forty-year mortality from cardiovascular diseases and their risk factors in men of the Italian rural areas of the Seven Countries study*. Acta Cardiol 60 (5) 521-531, 2005.
 16. Menotti A., Puddu P.E., Lanti M., Maiani G., Fidanza F.: *Cardiovascular risk factors predict survival in middle-aged men during 50 years*. European Journal of Internal Medicine 24 (1) 67-74, 2013.
 17. Menotti A., Puddu P.E., Lanti M., Maiani G., Catasta G., Adalberto Alberti Fidanza A.: *Lifestyle habits and mortality from all and specific causes of death: 40-year follow-up in the Italian rural areas of the Seven Countries Study*. Journal of Nutrition, Health and Aging 18 (3):314-321, 2014
 18. Menotti A., Puddu E.P., Lanti M., Maiani G., Catasta G., Fidanza A.: *La stima del rischio cardiovascolare a lungo termine e della sopravvivenza attraverso uno strumento di predizione per uomini italiani di età media*. Progetto RICALS . Giornale Italiano di Arteriosclerosi 5: (4) 20-37, 2014
 19. Azzini E and Maiani G.: *Mediterranean Diet: Antioxidant Nutritional Status*. In *The Mediterranean Diet: An Evidence-Based Approach To Disease Prevention* edited by Victor R. Preedy and Ronald Ross Watson Section 3 Health and Nutritional aspect if the mediterranean diet Cap 23 pag 249-256, 2014
 20. Menotti A., Puddu P.E., Maiani G., Catasta G.: *Lifestyle behaviour and lifetime incidence of heart disease*, Int J Cardiol 201: June 28, 293-299, 2015

Alimentazione e patologie del cavo orale

Giuseppe Lo Giudice

CAO OMCeO Messina

QUESTA RELAZIONE, in accordo agli indirizzi ben delineati nel gentilissimo invito della dottoressa Chersevani, presidente della FNOMCeO, si propone di illustrare come un razionale intervento di prevenzione nelle più frequenti patologie orali debba avvalersi anche della promozione di stili di vita corretti e di una alimentazione adeguata dal punto di vista quali-quantitativo.

Il ruolo della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, in questo ambito, è evidenziato dalla riflessione che tra gli obblighi deontologici del medico vi sia quello di “promuovere la salute attraverso valide campagne di prevenzione” e che “l’attività del medico e dell’odontoiatra deve essere improntata a qualità, efficienza e sicurezza”.

D’altra parte il Codice di Deontologia medica prevede che le risorse economiche disponibili “debbano essere adoperate correttamente sulla base delle evidenze scientifiche”. In questo senso gli interventi sull’alimentazione e l’adozione di

adeguati stili di vita hanno comprovati profili di efficacia e rappresentano una delle priorità nel processo di prevenzione delle patologie orali.

*Ambiti
di intervento.
Rilievi
epidemiologici*

La prima domanda, certamente retorica, che bisogna porsi è se in Odontoiatria esistano ambiti in cui la prevenzione sia effettivamente efficace. La risposta è ovviamente positiva, potendosi intervenire in maniera concreta in tutte quelle patologie nelle quali i fattori di rischio siano modificabili e in particolare nelle patologie ad eziologia batterica come carie, parodontopatie e nelle patologie neoplastiche come ad esempio il carcinoma orale.

Facendo riferimento all'OMS, ente di assoluta valenza etica e scientifica, volendo rifuggire da ogni considerazione di parte, questa Organizzazione sottolinea come la malattia cariosa e quella parodontale siano tra le più "neglette" nell'ambito della patologie umane. Tuttavia la convergenza degli effetti di queste due patologie determina la perdita di tutti denti nel 30% della popolazione mondiale di età compresa tra 65 e 74 anni, ponendo l'edentulia al 291° posto tra le patologie più frequenti.

Analizzando la situazione italiana, l'indagine condotta nel 2008 dall'ISTAT conferma questo trend con percentuali sovrapponibili. Valutando poi i risultati di un sistema su base pubblica come quello francese, possiamo osservare come tre quarti delle estrazioni effettuate in questo paese siano da ricondurre a carie e parodontopatia.

Le estrazioni dentarie, terapia certamente mutilante la funzione dell'apparato stomatognatico, sono numerose anche nel nostro paese. L'ISTAT ha individuato nel 2014 un'alta frequenza di estrazioni con una distribuzione nel territorio nazionale che penalizza le regioni del sud e le isole. Analizzando in dettaglio i comportamenti della popolazione in questo ambito, nella stessa ricerca, si evidenzia come il reddito

influenze sia la scelta di terapie conservative, sia l'abbandono delle cure da parte delle fasce di popolazione meno abbienti.

I dati epidemiologici dimostrano come il 60-90% dei bambini in età scolare sia affetto da carie, mentre la parodontopatia colpisce tra il 5 ed il 20% della popolazione. Un dato sconcertante corrisponde alla constatazione che tra i dodicenni ben il 43,1%, abbia avuto un'esperienza di carie, come descritto nelle linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali del Ministero della Salute. Passando ad analizzare l'incidenza del carcinoma orale, le analisi epidemiologiche lo pongono all'ottavo posto negli uomini e all'undicesimo posto nelle donne per frequenza nell'ambito delle patologie neoplastiche. Il registro nazionale degli esiti evidenzia come ben duemila morti circa per cancro orale vengano ogni anno registrati su circa 160.000 dei decessi complessivi. Solo il 29,5% di questi pazienti sopravvive a cinque anni quando sono presenti manifestazioni a distanza della neoplasia. Questo dato mette in evidenza come la tempestività della diagnosi, in questi casi, sia fondamentale.

VALUTAZIONE DELL'ETIOPATOGENESI

Certamente la pianificazione di una prevenzione efficiente per questo tipo di patologie è possibile ed efficace solo se supportata da conoscenze scientificamente validate. Esaminiamo le diverse patologie in dettaglio.

Carie

Per quanto concerne la carie è possibile ormai individuare un meccanismo eziopatogenetico riconosciuto. La causa della patologia cariosa è infatti riconducibile ad un'alterazione dei processi di mineralizzazione e demineralizzazione che sovrintendono alla stabilità strutturale dello smalto e alla sua

capacità di auto-ripararsi. Il processo di demineralizzazione è legato principalmente all'azione degli acidi che sono prodotti in condizioni di anaerobiosi dalla placca batterica, che è un biofilm ovvero un ecosistema organizzato formato da batteri, prodotti del loro metabolismo e liquidi organici.

La conoscenza di questo meccanismo patogenetico ha consentito di intervenire efficacemente determinando il decremento degli indici epidemiologici che verificano l'esperienza di carie in diverse nazioni. I risultati sono da ascrivere alle campagne di sensibilizzazione per l'effettuazione di una corretta igiene orale, l'uso del fluoro e di agenti remineralizzanti. Tuttavia questa riduzione non è uguale in tutti paesi. Analizzando alcune statistiche accanto ad un decremento medio annuo dell'indice di DMF registrato in Norvegia del 12%, nello stesso periodo in Italia si è osservata una modesta flessione di circa il 3%.

Malattia parodontale

Anche per la parodontopatia l'eziologia è batterica. La placca e il tartaro, infatti, determinano il riassorbimento osseo che induce la mobilità e la perdita dei denti.

Malgrado la prevenzione sia agevole, l'incidenza di questa patologia è in crescita. Questo dato è in rapporto ai rilievi statistici che dimostrano come una parte rilevante della popolazione di età superiore ai cinquant'anni effettui la pulizia quotidiana dei denti saltuariamente o al massimo una volta al giorno e non effettui i controlli e le sedute di igiene orale periodici.

Carcinoma orale

Anche per il carcinoma orale il trend è in crescita nelle donne e nei giovani. Fattori di rischio sono:

- Fumo
- Agenti infettivi
- Alcol
- Lesioni precancerose
- Dieta
- Attività lavorative
- Fattori immunitari
- Ereditarietà
- Abitudini viziate
- Altre neoplasie
- Scarsa igiene orale
- Traumatismi

Strategie di prevenzione – Alimentazione e stili di vita

L'elevata incidenza delle patologie orali descritte è sicuramente da ricondurre all'assenza di un'informazione sull'importanza della prevenzione che si avvalga anche di corrette scelte alimentari e l'adozione di adeguati stili di vita. Questo tipo di prevenzione peraltro dimostra una efficacia non inferiore, ad esempio, a quella dei trattamenti farmacologici. L'OMS, nel 2003, ha sottolineato, nelle linee guida per la prevenzione della carie, il valore di una alimentazione equilibrata con un apporto calorico giornaliero costituito da zuccheri liberi inferiore al 10%. Questa stessa raccomandazione è stata aggiornata 10 anni dopo, portando il limite massimo di assunzione di zuccheri liberi al 5%.

In definitiva il consumo di zuccheri, soprattutto il saccarosio, rappresenta il maggior fattore di rischio per l'insorgenza di carie, soprattutto se l'apporto è frequente. Il maltosio, il fruttosio ed il lattosio sembrano essere meno cariogeni ri-

spetto ad altri mono e disaccaridi. I carboidrati complessi appartenenti al gruppo degli esosi, pentosi, xilitolo ed amidi hanno invece un potere cariogeno molto basso.

Educazione alla salute orale

Riportando quanto individuato dal Gruppo di Lavoro del Ministero della Salute Educazione alla salute orale nelle scuole, si può schematicamente concludere che:

- **una sana alimentazione** è importante per lo sviluppo e può prevenire, oltre la carie dentale, la carenza di importanti nutrienti come il ferro, l'obesità e varie patologie croniche (malattie cardio-vascolari, il cancro e il diabete);
- **un eccesso di zuccheri** attraverso cibi e bevande, sia in termini di quantità che di frequenza di assunzione, in assenza di una corretta igiene orale, contribuisce allo sviluppo di lesioni cariose;
- **le bevande a base di frutta** e quelle analcoliche, come soft-drink ed energy-drink, per il concorso di un'elevata quantità di zuccheri e per l'acidità producono demineralizzazione dello smalto se assunte con regolarità e soprattutto se sorseggiate;
- **i cibi con consistenza gelatinosa** risultano essere più cariogeni rispetto a cibi con diversa consistenza (ad es. solida o liquida);
- **un corretto apporto** di frutta e verdura, cibi ricchi di vitamine, contribuiscono alla salute orale. La mancanza di questi alimenti, infatti, può portare a carenze vitaminiche (fra cui quella di vitamina C) che, specie in assenza di una buona igiene orale, possono facilitare l'insorgenza di patologia gengivale.

Prevenzione per la salute orale

Numerose ricerche affermano che la dieta mediterranea è un effettivo e validato sistema di prevenzione contro le lesioni

neoplastiche orali. I tre più comuni disturbi alimentari come anoressia nervosa, bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata determinano erosione dello smalto e in generale un cattivo stato di salute orale.

Accanto a una dieta equilibrata certamente l'adozione di corretti stili di vita ha un ruolo fondamentale nella prevenzione in ambito odontoiatrico. Ad esempio l'eliminazione di fumo e alcool, fattori di rischio di molte patologie orali, consente un'efficace azione di profilassi.

È un fatto assolutamente da sottolineare che fumo, alcool, dieta ed igiene scorretta costituiscano fattori di rischio sia delle patologie batteriche orali (carie e parodontopatia) sia di quella neoplastica. Anche l'assunzione di psicofarmaci e droghe determina una maggiore suscettibilità alle patologie odontoiatriche mediante la convergenza di molteplici meccanismi patogenetici. Infatti, l'azione farmacologica di diverse sostanze stupefacenti determina in genere ipoglicemia che il soggetto tende a compensare con la frequente assunzione di zuccheri. Alcune droghe causano xerostomia. L'analgesia determinata dall'azione di alcuni psicofarmaci determina ritardo e indifferenza verso le necessarie cure mediche ed odontoiatriche. Inoltre sovente le sostanze stupefacenti sono acide e determinano peculiari erosioni dello smalto. Il piercing, ormai largamente diffuso, è un ulteriore fenomeno che può indurre lesioni della bocca e dei denti. Corretti stili di vita, favorendo la prevenzione delle malattie orali, determinano un concreto miglioramento della salute generale. Ad esempio è ormai accertato come la presenza di una malattia parodontale aumenti il rischio di sviluppare un evento cardiovascolare come l'ischemia miocardica, indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare. Inoltre la salute orale e in particolare la malattia parodontale è stata posta in correlazione con l'artrite reumatoide.

Strategie di intervento

Proprio l'Art. 5 del Codice di Deontologia Medica, nel quale si evidenzia come la promozione della salute condotta attraverso idonee campagne attività di educazione e prevenzione debba essere riconducibile all'esercizio professionale del medico e dell'odontoiatra, ci fa ritenere che un impegno in questo senso può e deve essere pianificato anche nell'ambito della FNOMCeO.

Gli obiettivi globali per la salute orale nel 2020

Gli obiettivi sono sicuramente, per quanto riguarda la salute orale, quelli individuati nell'ambito di una Consensus Conference che ha individuato gli obiettivi globali per la salute nell'anno 2020 cui partecipavano la World Health Organisation, l'International Association for Dental Research e l'FDI Science Commission.

Questa Commissione ha concluso che gli obiettivi da raggiungere sono:

- **promuovere** una dieta salutare controllando il consumo di zuccheri e incentivando il consumo di vegetali, riduzione della malnutrizione, in accordo alla WHO's Global Strategy on Diet;
- **contrasto** all'uso del tabacco, alcool e sostanze stupefacenti;
- **educazione** e accesso a un'igiene orale appropriata;
- **programmi** di fluorazione;
- **prevenzione** del Ca orale e promozione della preparazione del personale professionale;
- **orientare** i sistemi sanitari a strategie di prevenzione rivolte soprattutto negli strati della popolazione più svantaggiati;
- **provvedere** per le nazioni povere a speciali training per i lavoratori della salute;
- **promozione** della salute orale nelle scuole;

- promozione della salute orale negli anziani;
- sviluppare sistemi di monitoraggio nazionali secondo le linee delineate dal WHO Global Info Base;
- promuovere l'informazione e la ricerca.

Sinergia tra odontoiatria pubblica e privata

Questi obiettivi, a nostro parere, devono essere perseguiti concordemente sia dall'odontoiatria pubblica, come dalla professione privata. Il coinvolgimento della odontoiatra privata parte dalla constatazione che, in Italia, l'87,5 % del totale delle visite e degli interventi odontoiatrici avviene presso dentisti liberi professionisti.

Questo dato, tuttavia, non è una anomalia italiana; una ricerca promossa dalla WHO nel 2008 dimostra come le malattie orali siano tra le quattro più costose malattie da trattare e che la maggioranza dei sistemi sanitari nei paesi ad alto reddito siano ormai basati soprattutto sui dentisti privati. Solo nei paesi a basso e medio reddito gli investimenti sono di natura pubblica e sono rivolti soprattutto al soddisfacimento delle esigenze di salute di base e al trattamento delle emergenze legate al dolore. Questa stessa organizzazione sottolinea come, in ogni caso, la carenza di risorse stia determinando un rapido cambiamento del sistema con una sempre più forte integrazione tra il settore privato e quello pubblico.

I progetti CAO

Il ruolo di tutela della salute del cittadino esercitato dalla componente odontoiatrica della Federazione dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri si è, nell'ultimo periodo, concretizzato nell'attività di promozione e coordinamento di una serie di iniziative nel campo della prevenzione in accordo agli obiettivi indicati dal WHO precedentemente descritti.

A Il progetto di aggiornamento sul carcinoma orale promosso da CAO di concerto con SIPMO e SIOCME

Si è trattato di un programma di motivazione ed educazione alla prevenzione primaria e secondaria del carcinoma orale, pianificato secondo le linee guida del WHO e della FDI, che ha permesso di progettare una rete di riferimento di “Dentisti sentinella”. Il progetto è stato per l’Italia un approccio innovativo al problema, ha visto la concreta collaborazione di tutte le CAO provinciali ed ha consentito di:

- migliorare la consapevolezza degli odontoiatri su fattori di rischio e stili di vita;
- migliorare la capacità alla diagnosi precoce;
- migliorare la capacità di eseguire tecniche di counselling;
- organizzare una rete di dentisti sentinella i cui albi sono tenuti dall’Ordine;
- fornire una rete di riferimento di strutture accreditate specializzate nella diagnosi clinica e/o istopatologica e nella terapia.

B. Collaborazione con le Società scientifiche

La CAO ha promosso rapporti di collaborazioni con la Società scientifiche e Sindacati che, anche in forma autonoma, hanno promosso una serie di campagne di prevenzione.

Da segnalare il mese della Prevenzione Dentale, il Convegno Stili di vita, alimentazione salute orale promossi da AN-DI. Questo ultimo convegno, simile per tema a questo di Milano, ha portato alla compilazione di un vademecum per promuovere corrette modalità di alimentazione e ancora il progetto della SIDP su Parodontopatia e stili di vita.

C. Campagne di stampa

I dentisti hanno sempre promosso l’informazione e sono tra i primi professionisti della salute, nell’educazione contro il fumo.

D. Formazione

La recente istituzionalizzazione di un tavolo di confronto permanente tra l'Istituzione Ordinistica Odontoiatrica, l'Università, i Sindacati e le Società scientifiche, appare un utile e positivo presupposto per un percorso condiviso per la definizione anche della formazione post laurea in ambito formativo.

E. Progetti ECM

Iniziative autogestite sono state promosse per migliorare vari aspetti della conoscenza della patologia orale. Meritevole di un riferimento, ad esempio, il corso ECM "La patologia orale: dal dubbio alla diagnosi precoce, relatori il dottor Umberto Mariani e il dottor Stefano Almini..

F. Rapporti con le istituzioni politiche

In una visione a 360° si è cercato sia un contatto con le istituzioni politiche, presentando alle più alte cariche dello Stato, tra l'altro, vari progetti di assistenza odontoiatrica. Si è inoltre ratificato un accordo di collaborazione e consulenza fra la CAO Nazionale e il Ministero della Sanità della Repubblica di Liberia, per un progetto di assistenza e formazione odontoiatrica con l'obiettivo di formare non solo dentisti ma anche tecnici e personale di supporto.

Sinergia con le altre Istituzioni, collaborazione con le Società scientifiche e Sindacati, in definitiva costituiscono la chiave per lo sviluppo di una odontoiatria moderna etica e solidale, rivolta non solo alla cura delle patologie orali ma anche a quella della persona, nella convinzione che una efficace prevenzione possa essere realizzata solo se si interviene anche su stili di vita e alimentazione.

Alimentazione, dieta, allergie ed intolleranze alimentari tra realtà, mode e falsi miti

Maria Beatrice Bilò

Presidente AAITO (Associazione Allergologi Immunologi Territoriali e Ospedalieri)

UOC Allergologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria – Ancona

Le diverse reazioni avverse ad un alimento

Per reazione avversa ad un alimento si intende ogni manifestazione indesiderata ed imprevista conseguente alla ingestione di un cibo. La classificazione attualmente accettata a livello internazionale suddivide tali reazioni, a seconda del loro meccanismo patogenetico, in reazioni *immunologicamente mediate* e reazioni *non immunologicamente mediate*. Quest'ultime, definite anche intolleranze alimentari, si manifestano clinicamente per lo più con sintomi gastro-intestinali e comprendono forme di tipo metabolico (es. intolleranza al lattosio), farmacologico (es. da caffeina), tossico (es. sindrome da sgombroide) e idiopatico.

L'*intolleranza al lattosio*, la più diffusa tra le intolleranze da difetti enzimatici nella popolazione generale, è causata dalla mancanza di un enzima chiamato lattasi, che consente la digestione del lattosio, uno zucchero contenuto nel latte, scindendolo in glucosio e galattosio. Le *intolleranze farmacologiche* sono determinate dall'effetto farmacologico di so-

stanze contenute in alcuni alimenti, quali istamina, tiramina, caffeina, alcool, solanina, triptamina, serotonina. La *sindrome sgombroide* è una reazione di tipo tossico, dovuta ad una esposizione eccessiva ad amine biogene (prima fra tutte, l'istamina) che, favorite dal metabolismo batterico, si liberano in grandi quantità durante il processo di putrefazione del pesce, in particolare sgombro e tonno. Per questo motivo può colpire chiunque consumi pesce non conservato in maniera idonea ed è caratterizzata dalla comparsa di manifestazioni in parte sovrapponibili all'allergia e in parte all'intolleranza, come orticaria o sintomi gastro-intestinali. Le *intolleranze da meccanismi non definiti* riguardano reazioni avverse provocate da additivi quali nitriti, benzoati, solfiti, per i quali non è stato ancora possibile dimostrare scientificamente un meccanismo immunologico. La loro effettiva importanza clinica va attentamente valutata con diete di esclusione e reintroduzione, prima della prescrizione di una dieta definitiva di eliminazione.

Le reazioni avverse ad alimenti immunologicamente mediate comprendono le *reazioni IgE mediate* (allergia alimentare), *non IgE-mediate* (come ad esempio la malattia celiaca e la enterocolite da proteine alimentari), *a patogenesi mista* IgE e non-IgE mediate (es. gastroenterite eosinofila) ed *cellulo-mediate* (come la dermatite allergica da contatto).

L'*allergia alimentare* è una reazione avversa agli alimenti causata da una abnorme reazione immunologica mediata da anticorpi allergici della classe IgE, che reagiscono verso componenti alimentari di natura proteica. Può manifestarsi sia in età pediatrica che in età adulta: nel primo caso spesso regredisce (come ad esempio nel caso di latte e uovo), mentre se compare successivamente tende a persistere per tutta la vita. *Può coinvolgere diversi organi e apparati* e determinare una vasta gamma di sintomi, che va dalla orticaria, a sintomi ga-

Le caratteristiche dell'allergia alimentare

strointestinali, respiratori e circolatori fino allo *shock anafilattico*, potenzialmente fatale. Segni e sintomi compaiono in genere a breve distanza dall'assunzione dell'alimento (da pochi minuti a poche ore) e sono tanto più gravi quanto più precocemente insorgono. La gravità del quadro clinico è frequentemente legata alle caratteristiche delle proteine allergeniche coinvolte. Esistono infatti proteine resistenti alla cottura e alla digestione gastrica, responsabili in genere di reazioni sistemiche più o meno gravi fino allo shock anafilattico (allergia alimentare cosiddetta di "classe 1") e proteine termo e gastro labili, che causano solitamente sintomi locali e più lievi (allergia alimentare cosiddetta di "classe 2"). Queste ultime sono per lo più responsabili della Sindrome Orale Allergica (SOA), un particolare tipo di allergia alimentare legata alla cross-reattività tra pollini e alimenti, causata cioè da allergeni ubiquitari nel mondo vegetale. Nel soggetto allergico a pollini, l'assunzione di alimenti di origine vegetale può determinare l'immediata comparsa di lieve edema, prurito e/o bruciore localizzati al cavo orale; si tratta solitamente di sintomi spesso a risoluzione spontanea che raramente superano il cavo orale o evolvono verso l'anafilassi. Tra i *fattori di rischio* che possono incidere sulla gravità di una reazione allergica da alimenti finora identificati, la concomitante presenza di asma bronchiale svolge un ruolo importante soprattutto se non ben controllata dalla terapia farmacologica, tanto da essere spesso causa di anafilassi fatale. L'esercizio fisico svolto dopo il pasto può rappresentare non solo un fattore di aggravamento di una reazione da alimenti, ma addirittura può slantentizzare l'allergia alimentare, stessa nel senso che il paziente può ingerire tranquillamente l'alimento vero cui è risultato sensibilizzato a patto che non effettui attività fisica nelle 4 ore successive.

*L'incidenza
dell'allergia
alimentare nella
popolazione*

Secondo le stime più recenti l'allergia alimentare interessa circa il 5-10% dei bambini e circa il 4-8% della popolazione.

ne adulta. Tuttavia la percezione globale di “allergia alimentare” nella popolazione generale risulta molto più alta, intorno al 25%. Gli alimenti più frequentemente in causa nella allergia del bambino sono latte, uova, frutta a guscio, pesce, mentre negli adulti frutta con nocciolo, soia, grano, crostacei. Uno studio recente eseguito in Italia ha messo in evidenza che su una popolazione adulta di 25.601 soggetti studiati da Centri Allergologici per sospetta allergia alimentare, la diagnosi è stata correttamente confermata nell’8,5% dei casi. Nel 57% dei casi è stata fatta diagnosi di allergia alimentare di classe 2, per lo più responsabile di Sindrome Allergica Orale. Nei casi di allergia alimentare di classe 1, generalmente associata a reazioni più gravi, l’alimento più implicato è rappresentato dalla pesca, a dimostrazione di come le abitudini alimentari possano incidere sulla diversa responsabilità eziologica da parte degli alimenti.

La *diagnosi* di allergia alimentare riveste una importanza fondamentale a motivo dei risvolti sia tipo terapeutico che gestionale che ne derivano. Si tratta di un percorso complesso che richiede una figura specialistica, Allergologo o Pediatra Allergologo. Essa si avvale di *test diagnostici standardizzati, in vivo e in vitro*, finalizzati all’individuazione dell’allergene alimentare responsabile (test cutanei ovvero prick test e prick by prick; test sierologici ovvero la ricerca su siero di IgE specifiche verso l’alimento sospetto), la cui interpretazione necessita di specifiche competenze nel settore. Il gold standard della diagnostica allergologica per alimenti al momento viene considerato il test di provocazione orale che si effettua in ambiente specialistico protetto e trova indicazione nei casi dubbi, nei quali cioè la correlazione fra la sintomatologia ed i risultati dei test eseguiti non è concordante o decisiva e nei casi di polisensibilizzazione. Da alcuni anni lo specialista può avvalersi di una nuova metodica diagnostica, cosiddetta *dia-*

*Gli strumenti
per la diagnosi*

gnosi “basata sul componente molecolare” o CRD (component resolved diagnosis). Si tratta di una metodica *in vitro* di secondo livello che consente di individuare la risposta IgE mediata verso componenti singoli degli alimenti (con caratteristiche diverse di resistenza al calore, alla digestione peptica ed alla lavorazione industriale), a volte in forma di molecole ricombinante. Esse permette inoltre di distinguere fra sensibilizzazioni “vere” (a rischio maggiore di reazioni avverse importanti) e co-sensibilizzazioni (sensibilizzazioni verso molecole presenti sia negli aeroallergeni sia negli alimenti – con rischio minore di reazioni importanti, come la sindrome orale allergica) ed indicare il livello di rischio verso reazioni più o meno gravi per il singolo paziente. Un suo corretto utilizzo da parte dello specialista esperto consente di indirizzare quindi il paziente verso l’esclusione dell’alimento oppure indicare la possibilità di assumerlo con certe precauzioni (cottura, lavorazione industriale, privo della buccia etc.).

I test diagnostici “alternativi”

A fronte di questi grandi progressi nel campo della diagnostica allergologica, appare anacronistico *il crescente utilizzo dei cosiddetti test diagnostici “alternativi”*, in netta controtendenza con la Medicina moderna dove si cerca di creare percorsi diagnostico-terapeutici EBM e di raggiungere obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle procedure a salvaguardia della salute del paziente. Si tratta di metodiche (come ad esempio il Vega test, il test di citotossicità, il DRISA test, il dosaggio delle IgG specifiche, per citarne solo alcuni) le quali, sottoposte a valutazione clinica attraverso studi controllati, si sono dimostrate *prive di credibilità scientifica e validità clinica*. Purtroppo in campo allergologico, e in particolare sulla tematica della allergia ed intolleranza alimentare, c’è tuttora molta confusione sia nella popolazione generale che nella classe medica. Sotto il termine di intolleranza

alimentare vengono infatti inclusi dal paziente i sintomi più disparati, che vanno dalla difficoltà di dimagrire a sintomi come vomito, dolori gastrici o addominali che possono essere espressione di malattie gastrointestinali concomitanti (sindrome da intestino irritabile, diverticolite, gastrite, reflusso gastroesofageo) fino ad una avversione psicologica nei confronti di un particolare cibo. Su questo terreno si inseriscono facilmente i suddetti test, peraltro molto costosi per i pazienti, che promettono l'individuazione dell'alimento/i responsabile e quindi la risoluzione di qualunque tipo di disturbo. *Ma perché proprio in Allergologia si assiste ad un affollamento di procedure diagnostiche e terapie "alternative"?* Le motivazioni sono molteplici e vanno individuate nelle numerose campagne pubblicitarie su vari canali di informazione, nella sfiducia nella medicina tradizionale, nella aspirazione verso un miglior rapporto medico-paziente, nella ricerca di metodi naturali "soft" nella diagnosi e cura delle più svariate malattie, infine nella erronea attribuzione di una patogenesi allergica a svariati sintomi e patologie (emicrania, colon irritabile, orticaria cronica, sindrome della fatica cronica, sindrome ipercinetica del bambino, artriti siero-negative, otite sierosa, malattia di Crohn), anche se non esistono evidenze scientifiche in proposito.

I test d'intolleranza alimentare alternativi rientrano nella categoria della *diet industry*, ovvero di quel "ricchissimo mercato per la produzione di prodotti, strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal rapporto costo-beneficio che si riflette sul consumatore" (*Linee Guida Italiane Obesità, 1999*). Non a caso l'obiettivo principale della *diet industry* è quello di permettere un facile guadagno sfruttando il bisogno delle persone che vogliono o devono perdere peso, la loro intenzionalità, la loro mancanza di consapevolezza e di prepa-

*Il peso dalla
diet industry*

razione necessaria ad affrontare la difficile condizione di essere in sovrappeso. È compito delle Società Scientifiche di settore, ma allo stesso tempo anche dei media, quello di veicolare messaggi corretti alla popolazione generale e alla categoria medica in generale e sollecitare i pazienti a rivolgersi al proprio medico curante il quale potrà indirizzarli dallo specialista allo scopo di ottenere una diagnosi corretta ed un idoneo approccio dietetico. L'utilizzo indiscriminato di metodiche diagnostiche per le quali non esiste una comprovata validità scientifica, come autodiagnosi da parte del paziente o anche di medici non esperti del settore, può portare non solo ad un *danno economico* per gli stessi pazienti ma anche a *gravi ripercussioni sulla loro salute*. Gli effetti delle diete rigide e a volte estreme, quali quelle suggerite da questi test per l'intolleranza alimentare, se da un lato determinano una rapida perdita di peso a breve termine (seguita poi da rapido recupero del peso), dall'altro possono indurre la comparsa di *carenze nutrizionali* (si pensi al possibile ritardo nella crescita e malnutrizione in bambini che non seguono una corretta alimentazione se privati di alimenti fondamentali) e aumentare il rischio di sviluppare *disturbi dell'alimentazione* (si pensi agli adolescenti).

Conclusioni In conclusione: l'allergia alimentare può interessare pazienti di ogni età; c'è una notevole discrepanza tra la percezione della malattia e la reale diagnosi di allergia alimentare; i sintomi della allergia alimentare possono essere legati all'interessamento di vari organi, con diverso livello di gravità fino alla anafilassi; esistono nuovi approcci diagnostici ("diagnosi basata sul componente molecolare") i quali, in mani esperte, consentono di costruire il profilo allergologico del singolo paziente; l'intolleranza alimentare è un termine nel quale vengono fatti confluire i sintomi più disparati, a volte attribuibili ad altre malattie; alcuni test d'intolleranza alimen-

tare, pur non avendo alcuna validità scientifica, sono ampiamente diffusi, rappresentano uno spreco di risorse economiche per il paziente, possono favorire lo sviluppo di carenze nutrizionali e disturbi dell'alimentazione attraverso l'eliminazione incongrua di vari alimenti, rappresentano un potenziale rischio di ritardo diagnostico di patologie più gravi perché erroneamente considerate "intolleranze alimentari".

La collaborazione tra i vari operatori sanitari e in particolare tra specialista allergologo e il medico di medicina generale riveste un ruolo fondamentale in questo settore.

BIBIOGRAFIA ESSENZIALE

- Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW et al. *Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NAID –sponsored expert panel.* J Allergy Clin Immunol 2010; 126:S1-S58.
- Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, et al; *EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy.* Allergy. 2014;69:1008-25.
- Simons FE, Arduso LR, Bilò MB, et al. *International consensus on (ICON) anaphylaxis.* World Allergy Organ J. 2014;7:9.
- Sicherer SH, Sampson HA. *Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment.* J Allergy Clin Immunol 2014; 133: 291-307.
- Asero R, Antonicelli L, Arena A, et al. *EpidemAAITO: features of food allergy in Italian adults attending allergy clinics: a multicentre study.* Clin Exp Allergy 2009;39: 547-55.
- Calvani M, Cardinale F, Martelli A et al: *Risk factor for severe pediatric food anaphylaxis in Italy.* Pediatric Allergy Immunology 2011; 22: 813-19
- Senna G, Bonadonna P, Schiappoli M et al. *Pattern of use and diagnostic value of complementary/alternative tests for adverse reactions to food.* Allergy. 2005;60:1216-7.
- Passalacqua G. *Complementary/alternative medicines in allergic disease.* Expert Rev Clin Immunol. 2005;1:113-21.
- Semizzi M, Senna GE, Crivellaro M, et al. *A double-blind, placebo-controlled study on the diagnostic accuracy of an electrodermal test in allergic subjects.*

- Clin Exp Allergy 2002;32:928-32.
- Terr AI. *The cytotoxic test*. West J Med. 1983;139:702-3.
- Senna G, et al. *Position paper: controversial and unproven diagnostic procedures for food allergy*. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2004;36:139-45
- Steven O, Stapel V, Asero R. et al: *Testing for IgG4 against food is not recommended as a diagnostic tool*. EAACI Task Force Report. Allergy 2008,793-796
- Niggemann B. *Unproven diagnostic procedures in IgE-mediated allergic diseases*. Allergy 2004; 59: 806-08.
- Bernardini et al. *Choosing wisely ovvero le cose da fare ma soprattutto da non fare*. Rivista Italiana di Immunoallergologia pediatrica 2014; (suppl 1): 1-6

Il contributo delle moderne scienze e tecnologie alimentari per le intolleranze e le allergie

Paola Pittia, Carla Di Mattia

Facoltà di Bioscienze e Tecnologie agroalimentari ed ambientali -
Università di Teramo

LA DIETA QUOTIDIANA degli individui prevede l'assunzione di alimenti consumati sia come freschi o crudi, sia come prodotti trasformati attraverso diverse tecnologie o processi delle tecnologie alimentari. La necessità di trasformare le materie prime disponibili in natura nasce da varie esigenze, a partire da quella di garantire la edibilità e la sicurezza igienico-sanitaria dei prodotti alimentari, grazie alla riduzione a livelli di minimo rischio di microrganismi patogeni come pure di contaminanti di altra natura.

Nella storia dell'uomo e dell'alimentazione di rilevante importanza ha assunto il prolungamento della conservabilità delle derrate alimentari per consentirne il consumo differito nel tempo (ad es. oltre la stagionalità, nel caso dei vegetali) e nello spazio (esplorazioni, guerre, etc..) ottenibile solo attraverso il rallentamento o il blocco delle reazioni di natura chimica, biochimica e dei processi di sviluppo micro-

L'esigenza della conservabilità degli alimenti

bici, che sono le principali cause di alterazione.

Nel tempo questo ha portato allo sviluppo, inizialmente con un approccio empirico e, in tempi successivi, con le conoscenze scientifiche e tecnologiche, ad interventi di trasformazione e conservazione basati sia sull'impiego di principi fisici (basse ed alte temperature, affumicatura), biologici (es. fermentazione) o di aggiunta di componenti con effetti conservativi (sale, zucchero e miele, composti con capacità acidificante quali aceto o succo di limone).

Gli interventi oggi definiti come “tecnologici” applicati per primari obiettivi di sicurezza e conservabilità determinano inevitabilmente altre reazioni e modificazioni nelle materie prime di partenza, in parte desiderate ed in parte indesiderate. Nel caso dei prodotti che subiscono un trattamento termico di cottura o di stabilizzazione termica (pastorizzazione e sterilizzazione) la formazione di aromi e colore gradevoli che aumentano l'accettabilità dei prodotti trasformati (ad es. quelli ottenuti per effetto della cottura nel pane o biscotti) per effetto dell'innesco da parte del calore di reazioni di imbrunimento non enzimatico (reazione di Maillard, caramellizzazione) è sicuramente un cambiamento desiderato, mentre la degradazione di vitamine o dei composti termolabili di interesse nutrizionale è sicuramente indesiderata per il suo significativo impatto sulla qualità nutrizionale del prodotto finale.

Le tecnologie alimentari si sono variamente sviluppate ed evolute e tra quelle più largamente impiegate sono comprese quelle che prevedono l'impiego del calore (cottura, pastorizzazione, sterilizzazione, tostatura, evaporazione), o del freddo (refrigerazione, congelamento/surgelazione), l'impiego di additivi, oggi sempre più naturali quali oli essenziali o coloranti estratti da materie prime vegetali o animali, e tutti i processi mediati da microrganismi compresi sotto il termine di “fermentazioni”.

Nel corso della storia, inoltre, l'uomo ha imparato a combinare diverse materie prime per ottenere prodotti alimentari formulati più o meno complessi. Esempi ne sono gli insaccati (es. salami, salsicce etc.) dove carne magra e grasso dopo triturazione sono miscelati assieme ad erbe e spezie per determinare prodotti finali con specifiche caratteristiche qualitative e di conservazione o i prodotti da forno, quali torte o biscotti, dove oltre alla farina sono aggiunti per la loro produzione numerosi altri ingredienti quali uova, zuccheri, aromi, etc...

Allo scopo di garantire al consumatore prodotti di elevata qualità le moderne tecnologie alimentari hanno progressivamente sviluppato ed ottimizzato i processi in modo da favorire il conseguimento dell'obiettivo desiderato (ad es. la morte termica dei microrganismi), cercando di preservare le qualità delle materie prime e la loro valenza nutrizionale, rallentando o riducendo la velocità delle reazioni non desiderate. Un esempio è stato il passaggio dalla ormai storica pastorizzazione del latte che negli anni 60' avveniva in bottiglia con trattamenti a 60°C per 30' e che ora viene effettuata con processi High Temperature Short Time (HTST) oggi condotti a 72°C per 15" o per combinazioni tempo/temperatura equivalenti a temperature più elevate per tempi inferiori. Questo ha permesso di preservare meglio le proprietà nutrizionali del latte, in termini di contenuto di vitamine e di proteine non denaturate, e di garantirne le proprietà organolettiche ed in particolare l'aroma, ed il colore.

Un aspetto importante della trasformazione degli alimenti è l'impatto sulla loro "qualità", insieme di attributi di varia natura che ne determinano la accettabilità. La storia degli alimenti mostra una progressiva evoluzione del concetto di qualità a seguito dei cambiamenti delle esigenze dei consuma-

Le moderne tecnologie di conservazione

L'evoluzione del concetto di "qualità"

tori e del loro status economico-sociale. Se nel passato gli aspetti di sicurezza igienico-sanitaria, quelli nutrizionali, sensoriali/organolettici e di conservabilità erano attributi qualitativi importanti, oggi i prodotti alimentari sono valutati anche in base alla loro *convenienza* (facilità di uso, come le confezioni con le aperture facilitate, le confezioni mono- porzione etc.), degli aspetti salutistici (legati alla presenza di composti bioattivi capaci di mantenere lo stato di salute e/o di prevenire malattie) e di quelli etico-sociali (prodotti per consumatori di determinate religioni, vegetariani etc.). Le moderne tecnologie alimentari ed i processi di formulazione hanno così progressivamente modificato i processi per poter garantire prodotti di maggiore freschezza e naturalità (minore impatto dei processi termici) ed impatto salutistico (maggiore presenza di composti bioattivi, naturali o aggiunti), come pure lo sviluppo di prodotti formulati per particolari esigenze nutrizionali (prodotti alleggeriti o fortificati).

*Le reazioni
immuno-mediate e
non immuno-
mediate agli
alimenti*

Studi recenti hanno evidenziato la stretta relazione tra la presenza di alcuni composti e componenti degli alimenti in grado di alterare a seguito del loro consumo lo stato di salute dell'individuo attraverso reazioni immuno-mediate (sia "IgE mediate", quali le allergie, che "no-IgE mediate", quali la celiachia) e non-immuno mediate (intolleranze). La presenza di componenti in grado di scatenare queste reazioni con ripercussioni più o meno gravi del consumatore rappresenta un fattore in grado di ridurre o annullare la valenza nutrizionale e salutistica di un alimento. Questo ha stimolato in tempi recenti ricercatori ed industria alimentare la ricerca di soluzioni di formulazione e di processi alternativi per offrire ai consumatori sensibili a questi composti prodotti sicuri e di qualità. Diverse sono le soluzioni che oggi sono possono essere applicate per ottenere alimenti in grado di non stimolare e/o indurre reazioni allergiche o effetti legati alla intolleranza.

Nei prodotti formulati, le soluzioni possibili riguardano la completa rimozione e/o sostituzione del componente/ingrediente indesiderato (ad es. lattosio/latte, cereali glutinici) con altri alternativi in grado di permettere un prodotto di simili qualità sensoriali e nutrizionali ma sicuri per il consumatore a rischio di allergia o intolleranza. In questo ambito oggi sono disponibili numerosi prodotti *gluten-free* come pure a basso/nulla contenuto di lattosio.

Nel caso del latte diverse sono le tecnologie applicabili per ottenere alimenti sicuri per consumatori intolleranti al lattosio che prevedono trattamenti enzimatici che scindono lo zucchero oppure processi di separazione fisica. Oltre al lattosio questo approccio tecnologico è tuttavia possibile solo in pochi componenti alimentari (es. rimozione caffeina, colesterolo) e laddove il componente presenti proprietà che ne permettono una rimozione con mezzi fisici, chimici o enzimatici sicuri ed applicabili agli alimenti e che non alterano le proprietà finali del prodotto stesso.

La conoscenze oggi disponibili circa l'impatto delle tecnologie alimentari sui componenti che stimolano una risposta immunitaria quali le allergie sono scarse e molto spesso contraddittorie. Gli studi disponibili evidenziano una elevata variabilità degli effetti, che nella maggior parte dei casi è prodotto-specifica e componente-specifica. In genere le allergie sono determinate da proteine o complessi proteici e in questo ambito le tecnologie più studiate sono quelle basate sul calore, quali la cottura, i processi di stabilizzazione (pastorizzazione e sterilizzazione) e tostatura. In generale, infatti, i trattamenti termici per effetto del calore sulla struttura nativa delle proteine causano una diminuzione della risposta immunologica. Tuttavia è stato evidenziato come questo non sia sempre vero ed il risultato dipende dalle condizioni in cui viene effettuato il trattamento termico stesso.

Ad esempio, le arachidi perdono il loro potenziale allergeni-

*Le moderne
lavorazioni dei
prodotti alimentari
sicuri e di qualità*

co a seguito di un processo di bollitura (100°C, in acqua) mentre questo non succede se vengono tostate, condizione termica di maggiore impatto (a secco, a 180-200°C). La bollitura in questo caso favorisce una parziale denaturazione dei componenti allergenici (Ara h 1, 2 and 3) che riduce la risposta delle IgE mentre la presenza dell'acqua favorisce in parte la loro lisciviazione (diminuzione della concentrazione).

In funzione del prodotto considerato un trattamento termico può altresì favorire solo una parziale denaturazione del componente allergenico con un conseguente incremento del numero di porzioni proteiche in grado di stimolare (anziché di ridurre) la reazione immuno-mediata, oppure può indurre la formazione di nuovi complessi con altri componenti che determinano un analogo incremento dell'impatto sull'organismo umano.

Gli studi finora condotti sui trattamenti termici evidenziano una rilevante potenzialità di annullare la comparsa della reazione immunologica, ma nella maggior parte dei casi l'effetto finora conseguito nelle condizioni applicate nella produzione e conservazione degli alimenti non è tale da garantirne completamente la sicurezza per i pazienti allergici.

In tempi recenti è stato studiato, per il possibile impatto sulla risposta immunologica, anche l'impiego di trattamenti ad alta pressione. Tale processo tecnologico che prevede l'applicazione su alimenti di alte pressioni idrostatiche (da 300 a 1000 MPa) può infatti, dare luogo a cambiamenti strutturali di proteine e, pertanto, alterarne la conformazione e il potenziale allergenico (Verhoeckx et al., 2015; Iametti et al., 1999). Inoltre, le alte pressioni possono anche ridurre il potenziale rischi di allergie di alcuni alimenti favorendone l'estrazione o il rilascio dalle membrane o dalle strutture nelle quali sono contenute rendendo successivamente più facile la loro rimozione da parte di enzimi idrolitici (Barba et

al., 2015).

Di particolare interesse risultano alcuni studi condotti sugli effetti di trattamenti enzimatici su specifici alimenti o matrici alimentari proteiche che attraverso idrolisi degradano le proteine causa della reazione allergica e possono causare la scomparsa dell'associata risposta immunologica IgE-mediata (Watanabe et al., 2000). Interessanti risultati sono stati ottenuti anche dalla combinazione di trattamenti enzimatici associati a nuove tecnologie (es. alte pressioni).

In tempi recenti è stato anche evidenziato come alcuni microrganismi impiegati nella produzione di pane e di prodotti da forno da impasti acidi presentano una minore risposta immunologica (Marti et al., 2015). Il sistema proteolitico di alcuni batteri lattici e bifidobatteri impiegati nella produzione di impasti acidi hanno mostrato la loro capacità di favorire la degradazione di epitopi Ig-E reattivi da parte degli enzimi digestivi per la presenza di una attività complementare proteasica e peptidasica resistenti agli enzimi digestivi. Nonostante i dati circa i formaggi siano contrastanti, un esempio importante dell'effetto delle attività biologiche ed enzimatiche nel corso dei processi di trasformazione degli alimenti è dato da formaggi a lunga stagionatura, laddove l'attività microbica ed enzimatica ha determinato una importante degradazione delle proteine ad alto impatto immunologico. Un recente studio (Alessandri et al., 2012) ha riportato che 45 pazienti allergici al latte (su 66) hanno tollerato il consumo di Parmigiano-Reggiano sebbene a livello di laboratorio tutte gli estratti proteici del formaggio non avessero mostrato una capacità di legare le IgE.

Un aspetto molto importante nella valutazione dell'impatto delle tecnologie alimentari sulle reazioni avverse ad alimenti è la interazione tra i componenti di un alimento o di più ingredienti, nel caso di un prodotto formulato, che risultano favorite dal trattamento tecnologico. Un esempio è

dato dal diverso impatto immunologico di un latte sterilizzato e pastorizzato, minore nel primo non solo per l'effetto del calore sulla denaturazione proteica, ma anche perché parte delle proteine (siero, caseine o derivati) hanno in parte reagito con gli zuccheri del latte attraverso la reazione di Maillard innescata dalle alte temperature che determina la scomparsa di parte degli epitopi, causa della stessa risposta immunologica. Stesso risultato si ottiene in prodotti da forno per effetto della stessa reazione e questo spiega la minore reazione allergica che si riscontra a seguito del consumo di un biscotto contenente tra gli ingredienti l'uovo rispetto a quella che si determina nel caso dell'uovo tal quale parimenti cotto. Tuttavia ad oggi le conoscenze in questo ambito sono assai scarse e risulta determinante un approfondimento.

*Gli studi
più recenti*

In questi ultimi tempi la ricerca sta sviluppando studi specifici sulle materie prime, di origine sia vegetale che animale, per meglio comprendere la variabilità nell'indurre una risposta allergica correlabile a varietà e specie (nel mondo vegetale) o di razze associabili ad una diversa genetica. Nel caso del latte è stato osservato come diverse varianti genetiche delle caseine del latte bovino inducano risposte immunologiche diverse, così come quello di altre specie animali (asina, ovino). Assolutamente carenti sono, altresì, a tale riguardo le informazioni circa le varietà di frutta e di vegetali, mentre oggi sembrano esserci interessanti prospettive nel campo dei cereali. A tale riguardo alcuni studi hanno evidenziato che alcune varietà di cereali e grani "antichi" (*Triticum monococcum*) presentano una tipologia di proteine diverse da quelle più utilizzate per la produzione di farine (*Triticum esaploidi*) che potrebbe determinare una minore tossicità in pazienti celiaci a causa di una loro più facile digeribilità.

Il breve sommario sull'impatto delle tecnologie alimentari e delle strategie di formulazione sulle componenti degli ali-

menti in grado di indurre allergie ed intolleranze evidenzia la necessità di ulteriori studi per confermare ed avvalorare le potenzialità di alcuni interventi tecnologici.

Occorre sottolineare che molte delle conoscenze relative all'impatto delle tecnologie alimentari sulle reazioni avverse ad alimenti sono relative a studi effettuati con test in vitro mentre risulterebbe importante poter effettuare studi in vivo o comunque meglio in grado di poter simulare le condizioni umane.

In questo ambito l'interazione tra ricerca nelle scienze degli alimenti e scienze mediche nella identificazione delle condizioni ottimali per l'applicazione di interventi tecnologici finalizzati ad annullare le risposte IgE mediate è e sarà un elemento necessario e determinante nello sviluppo di prodotti alimentari a basso o nullo impatto allergenico.

LETTERATURA DI RIFERIMENTO

- Watanabe, M., Watanabe, J., Sonoyama, K., Tanabe, S., 2000. *Novel method for producing hypoallergenic wheat flour by enzymatic fragmentation of the constituent allergens and its application to food processing*. Bioscience Biotechnology Biochemistry 64, 2663–2667.
- Alessandri, C., Sforza, S., Palazzo, P., Lambertini, F., Paoletta, S., et al., 2012. *Tolerability of a fully matured cheese in cow's milk allergic children: biochemical, immunochemical, and clinical aspects*. PLoS ONE 7 (7), e40945.
- Barba F. J., Terefe N.S., Buckow R., Knorr D., Orlie D. (2015). *Food New opportunities and perspectives of high pressure treatment to improve health and safety attributes of foods. A review*. Research International, (in press)
- Verhoeckx K.C.M., Vissers Y.M. Baumert L. J., Faludi R., Feys M., Flanagan S., Herouet-Guicheney C., Holzhauser T., Shimojo R., van der Bolt N., Wichers H., Kimber I. (2015) *Food processing and allergenicity*. Food and Chemical Toxicology 80 (2015) 223–240.
- Gianfrani C., Camarca A., Mazzarella G., Di Stasio L., Giardullo N., Ferranti P., Picariello G., Rotondi Aufiero V., Picascia S., Troncone R., Pogna N., Auricchio S., Mamone G. (2015). *Extensive in vitro gastroin-*

- testinal digestion markedly reduces the immune-toxicity of Triticum monococcum wheat: Implication for celiac disease.* Molecular Nutrition & Food Research 2015, 00, 1–11
- Marti A., Bottega G., Franzetti L., Morandin F., Quaglia L., Pagani M.A. (2015) *From wheat sourdough to gluten-free sourdough: a nonconventional process for producing gluten-free bread.* International Journal of Food Science and Technology 2015, 50, 1268–1274
- Iametti S., Donnizzelli E., Pittia P., Rovere P.P., Squarcina N., Bonomi F. (1999). *Characterization of High-Pressure-Treated Egg Albumen*, Journal of Agricultural and Food Chemistry, 47, 3611-3616.

Attività di vigilanza sulle sofisticazioni alimentari e sull'igiene degli alimenti

Giovanni Di Blasio

Colonnello, Arma dei Carabinieri, Nucleo Anti Sofisticazioni - Nas

L'ACCRESCIUTA CONSAPEVOLEZZA della complessità dei fenomeni criminosi che attanagliano il comparto agroalimentare, le gravi ricadute sull'ambiente e sulla salute pubblica rappresentano una priorità del Ministero della Salute (da cui i Carabinieri dei NAS dipendono funzionalmente), delle Forze di Polizia e degli Organi di Vigilanza del nostro Paese. Dal 1962, anno di costituzione dei Carabinieri dei NAS, la *mission* di questo Reparto Speciale dell'Arma, non è mai mutata: "la Tutela della Salute pubblica".

I Militari del NAS, distribuiti su 38 Nuclei strategicamente posizionati in diverse città del territorio nazionale, assicurano una costante attività di vigilanza e controllo nelle macroaree della "Sicurezza Alimentare" (salubrità alimenti e animali da reddito) e della "Sicurezza Sanitaria" (Sanità pubblica e privata, professioni e arti sanitarie, animali d'affezione, antidoping, farmaceutica e giocattoli). Le particolari ca-

*Struttura e compiti
dei NAS*

ratteristiche e la specifica formazione dei Carabinieri, infatti, consentono ai Carabinieri dei NAS di rivestire una quadruplice veste: Ufficiali di polizia giudiziaria, Ispettori sanitari, Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Ispettori investigativi antidoping. Queste caratteristiche, uniche nel panorama delle Forze di Polizia, permettono di effettuare controlli e sviluppare attività investigative e di intelligence, finalizzate a rilevare le c.d. "anomalie di sistema", ad analizzare, in chiave strategico-operativa, l'andamento dei fenomeni illeciti, a perseguire le diverse forme di criminalità alimentare e farmaceutica ed a fornire al Ministro della Salute aggiornati elementi di valutazione. Nell'ambito delle Ispezioni Igienico Sanitarie, al fine di tutelare la Salute Pubblica, i Militari del NAS, effettuano attività di campionamento, sequestro sanitario, e richieste di adozione di provvedimenti alle autorità competenti. L'attenzione dei cittadini per i reati perseguiti dai Carabinieri dei NAS insieme alle rinnovate sfide lanciate dalla criminalità nazionale e transnazionale, impongono al Comando Tutela per la Salute un continuo adeguamento alle complesse esigenze di contrasto degli illeciti, così come testimonia il recente Decreto del Ministero della Salute 30 Luglio 2015, che aggiorna le funzioni e ed i percorsi formativi per gli addetti ai NAS. Le attività dei Carabinieri dei NAS possono avvenire di iniziativa, su delega dell'Autorità Giudiziaria, su attivazione del Ministero della Salute, ma anche su segnalazione di Associazioni di Categoria, delle 5.000 Stazioni dell'Arma dei Carabinieri presenti sul territorio o a seguito di doglianze dei consumatori. La proiezione internazionale, ormai ineludibile, in un contesto sempre più globalizzato, ha visto i Carabinieri dei NAS collocarsi, negli ultimi, anni in un ruolo di *leadership* internazionale, fino a divenire punto di contatto dei più importanti enti e istituzioni europee e internazionali. Ne sono discesi vantaggi sul piano operativo oltre che su

quello dell'immagine, poiché si è constatato quanto l'Europa sia favorevolmente colpita dallo strumento di cui dispone in nostro Paese, con un Reparto specializzato nei settori alimentare e farmaceutico, inquadrato in una forza di polizia a competenza generale quale l'Arma dei Carabinieri. Negli ultimi anni, il volume dei controlli effettuati dai Carabinieri dei NAS è andato incrementandosi, consentendo risultati importanti nella lotta alla criminalità in campo alimentare e sanitario, come evidenzia la seguente tabella, comprendente i dati delle attività dal 2012 al 2015*:

Risultati operativi complessivi

controlli	205.819
esiti non conformi	59.046
arresti	464
persone denunciate	54.549
infrazioni amministrative e penali	115.991
valore sanzioni amministrative	83,5 milioni di €
valore dei sequestri	2,7 miliardi di €

* dati aggiornati al 30 giugno 2015.

Sicurezza Alimentare, risultati complessivi

controlli	125.376
esiti non conformi	43.917
arresti	62
persone denunciate	43.954
infrazioni penali	oltre i 50 milioni di €
infrazioni amministrative	€ 70.536
sequestri prodotti (ton.)	41.200
valore dei sequestri	2 miliardi di €

* dati aggiornati al 30 giugno 2015.

*Le attività in
materia di sicurezza
alimentare*

Per quanto riguarda il comparto della sicurezza alimentare, è interessante l'analisi delle violazioni riscontrate: il 50% di esse, infatti, hanno riguardato carenze igienico-strutturali, il 18% delle frodi in commercio, mentre la detenzione/somministrazione di alimenti in cattivo stato di conservazione, e l'etichettatura irregolare, hanno rappresentato rispettivamente l'8% e il 3% del totale. La quasi totalità degli alimenti, con l'avvento del sistema produttivo di massa, è il risultato dell'interagire di diverse attività lungo la cosiddetta "filiera alimentare", quel percorso che va dal "campo alla tavola", dalla materia prima a ciò che mangiamo. È un processo che vede coinvolti diversi attori del sistema: agricoltori, produttori di mangimi, sementi, fertilizzanti ed agrofarmaci, allevatori, industriali della trasformazione, trasportatori e distributori, commercianti all'ingrosso e al dettaglio, con il comune obiettivo di offrire al consumatore un prodotto sicuro per la salute e qualitativamente adeguato. Nella filiera, purtroppo, esistono varchi in cui possono incunearsi i "frodatori". La normativa italiana presta particolare attenzione alla sicurezza alimentare. Nel nostro ordinamento, ad esempio, la frode, in relazione alla produzione ed alla vendita dei prodotti alimentari, ha due diverse forme di inganno, quella sanitaria, che va ad incidere sulla salute del consumatore, e quella commerciale, che danneggia economicamente non solo il consumatore, ma anche il produttore onesto. Quest'ultima si realizza quando fraudolentemente si agisce sugli alimenti o sulle loro confezioni favorendo profitti illeciti a danno del consumatore pur non minacciando la salute pubblica.

*Le frodi alimentari
sanitarie*

L'approccio alla frode sanitaria è, invece, diverso poiché in essa è insita la probabilità o la certezza di procurare un danno alla salute, rendendo potenzialmente o sicuramente nocive le derrate alimentari. Il riscontro giuridico è individua-

to in alcune norme penali che puniscono l'avvelenamento di acque e sostanze alimentari, l'adulterazione, la contraffazione o il commercio di sostanze alimentari nocive. Occorre, pertanto, analizzare i suddetti concetti per poter configurare le relative fattispecie: la *sofisticazione*: un'operazione che consiste nell'aggiungere all'alimento sostanze estranee che ne alterano l'essenza, corrompendo o viziando la composizione naturale e simulandone la genuinità con lo scopo di migliorarne l'aspetto o di coprirne difetti; l'*adulterazione*: tutte le operazioni che alterano la struttura originale di un alimento mediante sostituzione di elementi propri dell'alimento con altri estranei, ovvero con la sottrazione o aumento delle quantità proporzionali di uno o più dei suoi componenti, lasciando loro l'apparenza originaria. Le adulterazioni hanno riflessi non solo commerciali ma anche igienico-nutrizionali e, in alcuni casi, di grave pericolo per la salute pubblica; la *contraffazione*: consiste nel formare *ex novo* un alimento con l'apparenza della genuinità in quanto prodotto con sostanze diverse, per qualità o quantità, da quelle che normalmente concorrono a formarlo. Si tratta di una vera e propria falsificazione in quanto consiste nel dare fraudolentemente l'apparenza di genuinità ad una sostanza che si distingue da quella imitata per caratteristiche qualitative e quantitative; l'*alterazione*: non è un reato di per sé. Si tratta di una degenerazione naturale dell'alimento. L'utilizzo di sostanze alterate nella produzione alimentare per uso umano configura però un illecito penale (fenomeni accidentali o volontari). I mutamenti delle società e dei mercati internazionali hanno richiesto sia un'adeguata evoluzione normativa che un rinnovato impegno operativo da parte dei NAS, che si confrontano con nuove sfide quali l'aumento dei prodotti cosiddetti "*italian sounding*" e l'immissione sul mercato di alimenti caratteristici di paesi esteri. Negli ultimi anni i NAS sono stati in prima linea in tutte le principali emergenze ali-

mentari che hanno coinvolto l'Italia (il caso della mozzarella blu; l'allarme diossina" etc.) ma hanno anche effettuato indagini di polizia giudiziaria rivelatesi di particolare complessità che hanno permesso di sgominare sodalizi criminali che con le loro articolate attività criminali hanno messo in pericolo la salute dei cittadini ("Operazione Cheese Maker"; "Operazione Superkiwi"; "Operazione Soia d'oro"; "Operazione Spremuta d'oro"; "Operazione Oxygen Fish").

I controlli sugli integratori alimentari

Altro particolare campo oggetto dei controlli da parte dei Carabinieri dei NAS è rappresentato dagli integratori alimentari, prodotti destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali vitamine e minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico (in particolare, ma non in via esclusiva, aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate). La recente casistica ha evidenziato un significativo incremento sul mercato di prodotti commercializzati come alimenti o prodotti "naturali" ma vantanti proprietà terapeutiche ovvero "contraffatti/falsificati" con sostanze farmacologicamente attive aventi valenza terapeutica (es: sibutramina, cocktail di sostanze farmacologiche). L'attenzione dell'opinione pubblica, e quindi delle Autorità, verso il fenomeno in argomento, è tale che il 10/08/2015 il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha firmato il decreto che vieta le preparazioni magistrali per dimagrire, contenenti i principi attivi triac, clorazepato, fluoxetina, furosemide, metformina, bupropione e topiramato. Accertamenti condotti sul mercato degli integratori alimentari hanno, infatti, permesso di appurare che di alcune delle suddette sostanze (autorizzate singolarmente per diverse indicazioni terapeutiche come trattamento per ansia, depressione, diabete, ipertensione e epilessia) viene sovente fatto abuso utilizzandole

in varie associazioni, per finalità meramente estetiche. Due sono stati i divieti introdotti dal decreto: medici e farmacisti non potranno rispettivamente prescrivere e allestire preparazioni magistrali a scopo dimagrante contenenti i principi attivi vietati, usati singolarmente o in combinazione associata tra loro; non potranno, inoltre, essere prescritte o allestite preparazioni magistrali che, a prescindere dall'obiettivo terapeutico perseguito, contengano i predetti principi attivi in combinazione associata. Per *“evitare comportamenti elusivi finalizzati all'assunzione contestuale di più principi attivi”*, è stato inoltre proibito a medici e farmacisti di *“prescrivere o allestire per lo stesso paziente più preparazioni magistrali singole, contenenti ciascuna uno dei principi attivi segnalati”*. Il provvedimento segue altri due decreti, adottati dopo segnalazione dell'AIFA, con cui sono state bandite altre due sostanze utilizzate nelle preparazioni magistrali a scopo dimagrante: la fenilpropanolamina/norefedrina e la pseudoefedrina.

L'appropriatezza nella evoluzione del Codice di Deontologia Medica

Francesco Alberti

Presidente OMCeO Imperia

...“Abbiamo tutti usato parole di grande valore ma senza capirci perché ciascuno vi ha attribuito un significato diverso”

Paul Valery

Il significato del termine appropriatezza

La definizione italiana dei termini “appropriato” e “appropriatezza” secondo autorevoli vocabolari della lingua italiana (1) parrebbe essere entrato nello scritto comune da poco tempo.

Potremmo semplicemente definirla come: *la cosa giusta alla persona giusta, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta*; ma forse questa definizione qualitativa e generica non risolve il problema.

Per praticità descrittiva ci limiteremo a dire che il termine *appropriatezza* ha assunto rilevanza soprattutto in sanità per definire la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario.

Alcuni Enti facenti parte dell'ambito sanitario, come AIFA (2), o Gruppi di lavoro, come G.I.M.B.E. (3), hanno attribuito al termine *appropriatezza* diverse definizioni.

Un intervento diagnostico o terapeutico risulta appropriato

nel momento in cui risponde il più possibile, relativamente al contesto in cui si colloca, ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.

Il concetto di *appropriatezza* fa riferimento principalmente al momento decisionale dell'atto medico. Infatti, un atto medico può essere eseguito più o meno correttamente, prescindendo dalla sua appropriatezza.

Si può parlare dunque in sanità di *appropriatezza clinica*, *appropriatezza prescrittiva* e *appropriatezza amministrativa*.

In senso stretto l'*appropriatezza clinica* fa riferimento ai criteri di *efficacia* e *sicurezza* che implicano il fatto che la scelta fatta comporti benefici al paziente, creando il minor numero di effetti negativi.

Le prove di efficacia e sicurezza stanno alla base di *linee guida cliniche* e *protocolli diagnostico-terapeutici* che sono condivisi dal personale sanitario responsabile della scelta. Purtroppo, le prove di efficacia e sicurezza non hanno validità assoluta, ma statistica, ed esiste una significativa variabilità individuale – da paziente a paziente – per quanto riguarda la risposta a diverse terapie, ancorché applicate appropriatamente.

In ambito farmacologico, l'*appropriatezza prescrittiva* dei farmaci si verifica quando essi sono prescritti *per patologie per le quali esiste l'indicazione terapeutica all'interno della scheda tecnica*. L'utilizzo del farmaco in casi e in dosaggi non indicati prende il nome di off-label (4).

Del concetto di *appropriatezza* in sanità fa anche parte la cosiddetta *appropriatezza amministrativa* (o *appropriatezza generica*) che indica la misura di erogazione delle prestazioni sanitarie secondo il criterio dell'efficienza, ossia utilizzando al meglio le risorse disponibili, rispetto al caso clinico da trattare. Poiché le risorse disponibili variano in funzione del

*Appropriatezza
clinica*

*Appropriatezza
prescrittiva*

*Appropriatezza
amministrativa
o generica*

contesto organizzativo, sociale, economico, politico, geografico, etc, l'appropriatezza amministrativa è un concetto assai dinamico.

Quindi una scelta appropriata in medicina dipende:

- a) *dall'efficacia clinica*, stabilita sulla base di "evidenze" scientifiche e delle Linee Guida previste per quella patologia: anche una scelta, pur confortata dai risultati della ricerca scientifica, può non essere appropriata se destinata ad un paziente per il quale non era indicata. *Un intervento non efficace non può essere appropriato.*
- b) *dall'efficienza*, una decisione presa sulla base di benefici attesi (probabili) in relazione a costi certi, o di altri eventuali benefici che si sarebbero potuti ottenere con un diverso utilizzo delle stesse risorse (5).
- c) infine dall'*aderenza e compliance* del paziente alle scelte del medico, in relazione alle sue personali aspettative e opinioni.

DAL GIURAMENTO DI IPPOCRATE

AI CODICI DI DEONTOLOGIA MEDICA

Giuramento di Ippocrate

La ricerca e l'applicabilità dell'appropriatezza in ambito medico la si può già identificare in Ippocrate (6) che così scriveva: *"Regolerò il regime dei malati a loro vantaggio, secondo il mio potere ed il mio giudizio e li difenderò contro ogni cosa nociva ed ingiusta"*.

Ovvero, il medico si impegnava a procurare il bene del paziente ed a difenderlo grazie al suo potere e giudizio che ovviamente presupponevano conoscenza (formazione) grazie alla quale poteva prescrivere la terapia adeguata (la cura appropriata) *"contro ogni cosa nociva ed ingiusta"*.

Il medico del passato prescriveva diete appropriate, esercizi fisici, consigliava infusi, decotti ed interventi chirurgici in rapporto alle conoscenze dell'epoca.

Le risorse che il medico utilizzava per ricercare il bene del pa-

ziente erano quelle scientificamente più valide e riconosciute come rimedi certi e sicuri.

Ma se Ippocrate è stato per certi versi un antesignano dell'appropriatezza legata alla *giusta cura*, bisogna poi attendere fino al 1924, ovviamente tralasciando i galatei, per individuare nell'articolo 7 del CD (7) un ipotetico legame all'oggetto del nostro interesse, peraltro non improntato alla "migliore" cura del paziente, bensì legato alla *responsabilità* del medico nel valutare le reali necessità di accesso al capezzale del paziente in funzione della sua malattia. In sintesi, considerando che in allora era prevalente l'attività della *libera professione*, vi è un palese richiamo alla appropriatezza finalizzata ad evitare l'eccesso di lucro: addirittura è riprovevole il comportamento del Medico che "esagera" nell'eseguire le visite.

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
1924*

Dal 1924 trascorrono più di trent'anni prima della pubblicazione di un nuovo Codice che vede la luce solo nel 1958 (7) (8). All'art.48 il testo (9) prevede che il concetto di *appropriatezza* sia da ricercarsi nell'equilibrio fra la necessità e la spesa.

L'assoluta ed autonoma possibilità prescrittiva da parte del medico essendo finalizzata al bene del paziente esula dall'impegno economico se coscientemente utile.

Insomma, il medico è tenuto a far valere la sua autonomia!

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
1958*

Dopo poco più di un ventennio i medici italiani nel gennaio 1978 (10) (11) approvano il nuovo Codice, dove all'art 5 (12) il termine di *appropriatezza* viene inserito nel contesto del capitolo relativo all'*indipendenza e dignità della professione*, ove si mette in risalto non tanto il concetto di economia, anzi si dice al medico che non deve sottostare a imposizioni etc., quanto il concetto di *appropriatezza dia-*

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
1978*

gnostica e terapeutica finalizzata al bene del paziente in una determinata circostanza.

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico
del 1989*

Con il C.D. del 1989 (art. 26) (13) troviamo l'inserimento del termine *appropriatezza* nell'ambito del titolo che riguarda, non più l'indipendenza e la dignità del medico (quindi dell'atto medico), ma *nel rapporto, ovvero nel comportamento* (che presuppone un *sereno colloquio ed un corretto esame obiettivo*) da tenere con il paziente al quale comunque il medico deve garantire *indagini collaterali appropriate* e necessarie. Anche in questo articolo non c'è alcun riferimento all'economia gestionale.

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
1995*

Nel 1995 il termine *appropriatezza* scompare dal CD anche se l'articolo 12 (14), *prescrizione e trattamento terapeutico*, sottende comunque il termine *appropriatezza* legandolo ad una corretta applicazione delle conoscenze scientifiche e alla correttezza ed osservanza del rapporto rischio beneficio.

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
1998*

Trascorrono solo tre anni ed i medici italiani si dotano di nuove regole deontologiche sottolineando, nell'art 12 del CD del 1998 (15), che *il principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, non può condizionare l'autonomia del medico* nella corrette scelte diagnostiche e terapeutiche.

Si tratta di un principio voluto proprio perché rispondente a indirizzi e scelte ormai acquisiti a livello nazionale e internazionale. In questo senso si sottolinea la necessità di una *equa allocazione delle risorse economiche a disposizione*, anche attraverso la responsabilizzazione del medico, nell'interesse dell'intera collettività.

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
2006*

Con il Codice emanato nel 2006 l'*appropriatezza* interessa ben tre articoli: nell'ambito del capitolo che interessa la libertà, indipendenza e la dignità della professione è collocato

l'art 6 *Qualità professionale e gestionale* (16). Significativo il richiamo in questo articolo alla “non discriminazione” fra i cittadini al fine di *garantire accesso e disponibilità alle cure* garantendo l'efficacia, ovvero la qualità delle stesse, nel rispetto dell'autonomia della persona ma garantendo nel contempo un uso appropriato delle risorse.

Nel secondo articolo che investe l'appropriatezza, art 13 (17), si inserisce con fermezza il concetto di autonomia prescrittiva diagnostica e terapeutica da parte del medico purché questa derivi da comprovati risultati della ricerca e nel rispetto dei vincoli economici.

In ultimo, sempre riferendoci al codice del 2006, nell'art 19 (18) pur non essendo palese il richiamo all'appropriatezza, si legge: “*Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa*”. Ovvero, da una adeguata conoscenza delle metodologie gestionali ed organizzative (*management sanitario*) si può meglio comprendere ed adeguare il proprio comportamento nell'appropriatezza prescrittiva.

Il Documento del 2014 segna l'atto finale, almeno fino ad oggi, di questo cammino di riflessione sull'appropriatezza nei vari Codici.

Ritroviamo ancora il richiamo all'oggetto del nostro lavoro in ben tre articoli (artt. 6, 13 e 16) nell'ambito di altrettanti capitoli in cui il Codice elenca le sue disposizioni.

Nell'articolo 6 (19), inserito nel *Titolo II - Doveri e competenze del medico - Qualità professionale e gestionale*, si ribadisce, come già nel 2006, un forte richiamo alla *formazione (costante verifica e revisione dei propri atti)* e alle *conoscenze scientifiche* mediante le quali il medico può e deve operare nel rispetto dell'*efficacia ed appropriatezza*. Chiaro riferimento al *risparmio (uso ottimale delle risorse disponibili)* pur mettendo in risalto il principio dell'efficacia della sicurezza

*L'appropriatezza
nel Codice
Deontologico del
2014*

delle prestazioni e l'umanizzazione.

A seguire l'art13 (20), sempre inserito nell'ambito del *Titolo II - Doveri e competenze - Prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*, ricalca l'attenzione sulla rilevanza dell'atto medico, ovvero sulla *competenza, indipendenza, autonomia, responsabilità*, il tutto suffragato dalle evidenze scientifiche e dalla formazione allo scopo di migliorare l'appropriatezza e l'uso ottimale delle risorse.

L'argomento si chiude con l'art 16 (21) che, sempre nell'ambito del *Titolo II - Doveri e competenze - Procedure diagnostiche ed interventi terapeutici non proporzionati*, invita il medico a non intraprendere scelte terapeutiche "*non proporzionate*" in ogni circostanza ma soprattutto di fronte a quelle situazioni che impongono un alto senso dell'etica e del rispetto della persona assistita anche in caso di situazioni di fine vita: "*Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte*".

Si potrebbe dire che in questo articolo si esalta il valore reale dell'appropriatezza in ambito medico, ove viene messo in luce il *dialogo*, ovvero la condivisione delle scelte fra medico e paziente, e quindi a seguito di ciò le migliori soluzioni terapeutiche, mettendo forse in secondo piano quella finalità economicista che vorrebbe essere imposta perentoriamente nell'arte medica.

1903 -2014. COS'È CAMBIATO

Si è passati dalla prescrizione di diete e decotti che *non nuocevano* ed erano "appropriati" in rapporto alle conoscenze dell'epoca al richiamo ad effettuare le visite, *solo se appropriate*, evitando inutili accessi al domicilio.(1924).

Nel corso degli anni in tutti i Codici, escluso quello del 1903 ed in parte in quello del 1995, vi è il richiamo al termine *appropriatezza*, anche se talvolta celato ed inteso nel signifi-

cato più ampio del termine.

È con la stesura del Codice del 1958 e fino a quello più recente del 2014, che il termine appropriatezza viene riferito non solo ad un discorso meramente economico ma anche e, soprattutto, legato alle conoscenze, ovvero all'aggiornamento. Non si può infatti scindere l'appropriatezza in sanità dalla formazione e comunque da una conoscenza dei rischi e soprattutto dei potenziali benefici di una determinata prescrizione.

Significativo inoltre il fatto che in diversi Codici il termine o il significato di appropriatezza venga inserito nel contesto "*della indipendenza e dignità della professione*".

Ciò per ribadire i principi fondamentali sui quali si deve basare la professione: l'*etica* e la *deontologia*.

Certamente negli ultimi anni, a seguito delle ben note problematiche connesse "al risparmio" anche il Codice deontologico ne ha risentito nella sua stesura.

Da rimarcare peraltro che, anche il recente Codice del 2014, nei vari articoli citati, non parla di "economia prescrittiva", bensì pone in capo al medico la *responsabilità prescrittiva*, ovvero delega alla sua coscienza (etica) e conoscenza (aggiornamento e formazione) la possibilità di decidere e conseguentemente di finalizzare il proprio intervento ad un uso appropriato delle risorse.

PROBLEMATICHE APERTE

A tutt'oggi il termine appropriatezza in sanità, inteso nel più ampio significato del termine, risente di vari fattori che certamente influiscono sugli obiettivi sia clinici che amministrativi e che non si ritiene potranno trovare soluzione nel breve termine:

- assenza di consistenti evidenze scientifiche per definire criteri di appropriatezza per tutti gli interventi sanitari;
- limitata conoscenza e minima diffusione dell'audit clini-

- co, strumento ideale per valutare l'appropriatezza;
- i Database amministrativi, in particolare la banca dati delle SDO, sono inadeguate per la valutazione dell'appropriatezza professionale, perché influenzate dalla codifiche opportunistiche;
 - estrema variabilità nell'applicabilità dell'appropriatezza in funzione dei vari contesti organizzativi, sociali, economici, politici, e geografici;
 - l'appropriatezza riveste ancora un ruolo modesto nella valutazione e finanziamento delle organizzazioni sanitarie specie se “contrasta” i volumi (ed i conseguenti rimborsi) delle prestazioni;
 - l'idea che l'appropriatezza diagnostica e terapeutica possa esulare da una condivisione di idee e scelte fra medico e paziente e che la componente amministrativa possa sovrastare su questa.

La visione dell'appropriatezza si mantiene strabica, su posizioni divergenti:

- i *manager* sono interessati a ridurre le inapproprietezze in eccesso, al fine di ridurre i costi;
- i *professionisti* vogliono diffondere precocemente troppe innovazioni appellandosi alle inapproprietezze in eccesso.

CONCLUSIONI

Non si dimentichi che il medico ha in primis il *dovere morale e la responsabilità civile e penale di operare per il “bene” del singolo paziente* e di impegnarsi con ogni mezzo nei suoi confronti, spesso non disponendo di alcuna certezza, se non come ipotesi a posteriori.

Permane ancora, nell'immaginario collettivo, la convinzione che “per la salute tutto quello che ci va ci vuole” (anche l'inutile), come se si fosse ancora ai tempi nei quali il medico “curava spesso, guariva qualche volta e consolava molto”.

NOTE

- (1) Si tratta di due vocaboli attestati relativamente da poco tempo nell'italiano scritto.
Appropriato [ap-pro-prià-to], *agg.* (part. pass. di *appropriare*)
Adatto, conveniente: *è un lavoro adatto alle mie capacità; usare parole semplici e appropriate; ci vuole una cura appropriata.*
Sinonimo. *adeguato, giusto* ; Contrario. *inadatto, improprio*
Vocabolario Treccani (appropriato e appropriatezza) non registra né l'aggettivo, né il sostantivo, i due vocaboli ricevono una legittimazione dall'uso abbastanza diffuso che se ne fa.
Vocabolario Garzanti (2008) Appropriatezza: in linguistica testuale la corrispondenza fra contenuti e lo stile di un testo - Appropriato: adatto, conveniente, calzante
- (2) Definizione di appropriatezza per AIFA: *Adeguatezza delle misure messe in pratica per trattare una malattia. È il risultato della convergenza di diversi aspetti: quelli relativi alla salute del malato e quelli concernenti un corretto impiego delle risorse.*
- (3) Definizione di appropriatezza per G.I.M.B.E. (Gruppo Italiano Medicina Basata sull'Evidenza) L'appropriatezza diviene così definibile come una *“componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie”*.
Un intervento (o servizio o prestazione) sanitario può essere definito appropriato secondo due prospettive assolutamente complementari:
- *professionale*: se è di efficacia provata, se viene prescritto solo per le indicazioni cliniche per le quali è stata dimostrata l'efficacia e se gli effetti sfavorevoli sono “accettabili” rispetto ai benefici; presuppone il trasferimento delle prove scientifiche nella pratica clinica e costituisce il necessario complemento alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), ritenuta condizione necessaria ma non sufficiente per una buona medicina;
- *organizzativa*: se l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da “consumare” un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa).
- (4) Se esiste una indicazione terapeutica in scheda tecnica vuol dire che quel farmaco è stato studiato, nella sperimentazione clinica control-

lata, per verificarne l'efficacia e la tollerabilità in quella particolare indicazione terapeutica che, pertanto, ha ottenuto il riconoscimento della comunità scientifica e quindi l'immissione in commercio attraverso le agenzie nazionali (AIFA), comunitarie del farmaco (EMA) e americane (FDA). Il sistema sanitario nazionale autorizza e rimborsa solo le prescrizioni appropriate dei farmaci.

- (5) La nozione di efficienza, è connessa con l'efficacia delle cure ma comprende anche:
 - a) *le modalità* attraverso le quali il sistema economico nel suo insieme distribuisce le risorse tra impieghi diversi (*efficienza allocativa*);
 - b) *le scelte organizzative e produttive*, che cambiano ogni volta che in un comparto si introducono nuove tecnologie o si scelgono processi assistenziali alternativi con il miglior rapporto costi/opportunità.

- (6) Giuramento di Ippocrate (Ippocrate di Coo (o Cos, o Kos) (in greco antico Ιπποκράτης, traslitterato in Hippokratēs; Coo, 460 a.C. circa – Larissa, 377 a.C. terminus post quem).

- (7) *CD art7 -1924* - Il medico deve prestare all'ammalato ogni sua attenta ed assidua cura. *Egli è perciò il solo giudice del numero delle visite da farsi all'ammalato e il suo giudizio dipende dall'entità della malattia, dalla sua acuzie o cronicità e dalle eventuali scusabili esigenze del malato e della sua famiglia.*
Consegue da ciò che lo zelo eccessivo del curante, quando si manifesta con esuberante prestazione delle visite, è da riprovare.

- (8) Da non trascurare che in questo lungo periodo l'Italia viveva il “ventennio fascista” (regime d'Italia” 1925-1945) durante il quale non solo tutti i partiti furono dichiarati illegali ma anche gli Ordini professionali.
(marzo 1935) le cui funzioni e compiti venivano trasferiti al Sindacato fascista di categoria. Bisogna infatti attendere, per la ricostituzione degli stessi, l'Assemblea Costituente con D.L.C.P.S del 13 settembre 1946, n233 il cui regolamento di esecuzione veniva approvato con D.P.R. n.221 del 5 aprile 1950.

- (9) 1953 La FNOM nomina una Commissione per la redazione del Codice Deontologico Nazionale presieduta dal Prof. Frugoni (da cui prenderà l'eponimo il CD del 1958).

- (10) Il medico deve considerarsi libero delle sue prescrizioni entro i limiti impostigli dalle condizioni del malato e indipendente da qualsiasi suggerimento che non sia tecnico o derivante dalla diretta conoscenza del paziente. *Prima di prescrivere indagini o trattamenti particolarmente dispendiosi deve chiarirne la necessità.*
Qualora Enti pubblici o privati impongano restrizioni nei mezzi diagnostici o terapeutici che il medico ritenga, nel caso particolare, indispensabili, deve darne immediata comunicazione al Consiglio dell'Ordine.
- (11) Nel 1972 la FNOM istituisce una Commissione (De Lorenzo, Spinelli, Gerin, Di Raimondo, Testa, Borghi, Artuso, Peratoner, Ferrarotti, Ninfa) per la revisione del Codice Deontologico e successivamente nel 1976 incarica un Comitato ristretto (Olivetti, Baruchello, Galeazzo, Rossolini) per concludere i lavori, con che con un lavoro protrattosi per circa un anno, provvede alla stesura del testo definitivo integrandolo con le osservazioni della Società Italiana di Deontologia Sanitaria (SIDeS).
- (12) Viene istituito il SSN (legge 833/78).
- (13) *Titolo II Doveri generali del Medico Cap I. Indipendenza e dignità della professione -Art 5* Il Medico è pertanto libero di indicare i mezzi di prevenzione e di indagine diagnostica più adeguati e di prescrivere i farmaci più idonei e più appropriati a seconda delle circostanze. A parità di efficacia egli deve limitare le sue prescrizioni e i suoi atti a quelli rigorosamente necessari.
È suo dovere indicare i mezzi per raggiungere la più ampia disponibilità degli strumenti più efficaci di cura.
È colpa grave, pertanto, che egli soggiaccia, in questo campo, a imposizioni di natura politica, a suggestioni pubblicitarie, peggio, a interessi di carattere economico.
- (14) *Titolo III Rapporti con il paziente Cap I Regole generali di comportamento -Art 26* Il medico deve garantire al paziente impegno e competenza professionale. Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicando al paziente il tempo necessario a un sereno colloquio e a un corretto esame obiettivo, avvalendosi delle indagini collaterali appropriate e necessarie

Nel rilasciare le prescrizioni terapeutiche deve curare che siano ben comprese e per quanto possibile controllare che siano correttamente eseguite (omissis).

(15) *Cap IV Accertamenti diagnostici e terapeutici Art 12. Prescrizione e trattamento terapeutico*

Al medico è riconosciuta piena autonomia nella scelta, nell'applicazione e nella programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici, anche in regime di ricovero, fermi restando i principi della responsabilità professionale. Ogni prescrizione e ogni trattamento devono essere comunque ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, alla massima correttezza e all'osservanza del rapporto rischio - beneficio. Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici che prescrive e utilizza. ...omissis

(16) *Cap. IV Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici Art. 12 - Prescrizione e trattamento terapeutico*

-Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente. Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate. Omissis...al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico..omissis.. Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente. ...Omissis..

(17) *Titolo II Doveri generali del Medico- Cap. I Libertà, indipendenza e dignità della professione-Art 6. - Qualità professionale e gestionale*

Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse.

Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

(18) *Cap. IV Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici- Art. 13 Prescrizione e trattamento terapeutico*

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto *dell'uso appropriato delle risorse*, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

(19) *Cap. V Obblighi professionali - Art. 19 Aggiornamento e formazione professionale permanente*

Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e **gestionale-organizzativa**, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini.

Il medico deve altresì essere disponibile ...omissis

(20) *Titolo II Doveri e competenze del medico - Art 6 Qualità professionale e gestionale*

Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico professionali *sui principi di efficacia ed appropriatezza*, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti. Il medico, in ogni ambito operativo, *persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione* dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure.

(21) *Titolo II Doveri e competenze del medico - Art 13 Prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*

La prescrizione a fini di esclusiva prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, *specificamente esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità* e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico..... ..omissis..La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di *efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza... omissis... il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro* dei mezzi diagnostico-terapeutici

(22) *Titolo II Doveri e competenze del medico Art 16 Procedure diagnostiche ed interventi terapeutici non proporzionati*

Il medico tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o del suo legale rappresentante e dei principi di *efficacia ed appropriatezza delle cure*, non intraprende nè insiste in procedure diagnostiche ed interventi terapeutici inappropriati ed eticamente non proporzionati... omissis..

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione *clinica, come trattamento appropriato e proporzionato*. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte

Alimentazione e Slow Medicine

Andrea Gardini

Direttore Sanitario dell'Azienda ospedaliero-sanitaria di Ferrara

Consiglio direttivo dell'Associazione Slow Medicine

SONO SEMPRE PIÙ EVIDENTI le conseguenze dell'estrazione di combustibili fossili dal sottosuolo, della loro elaborazione o combustione e del rilascio dei loro prodotti finali nella biosfera, essenzialmente anidride carbonica e scorie di materia plastica, che ormai hanno invaso l'Oceano Pacifico, nel frattempo diventato più radioattivo a causa del disastro di Fukushima. L'utilizzo del suolo a scopo di coltivazione intensiva a scapito delle aree verdi, il saccheggio delle risorse marine e delle altre risorse del pianeta, la crescita della popolazione umana, l'aumento degli scarti di produzione e il conseguente inquinamento di terre, acque ed atmosfera con sostanze mutagene per l'uomo e gli animali, quasi sempre pompate in allevamenti intensivi sono stati troppo veloci per potersi adeguare alla necessità di adattamento del pianeta, e ne stanno esaurendo rapidamente le risorse. Il 13 agosto avevamo già utilizzato tutte le risorse che il pianeta ci mette a disposizione e che è in grado di rigenerare spontaneamente.

*Lo sfruttamento
intensivo delle
risorse del pianeta*

Il 14 agosto abbiamo cominciato a consumare un secondo pianeta, che non abbiamo. Uno studio del NICE dice che la seconda industria produttrice, al mondo, di CO2 che finisce nell'atmosfera è quella sanitaria che, dopo quella militare è quella che dà più profitti.

Questo trend, a fronte di un apparente benessere momentaneo, sta portando il pianeta ad una grave crisi ecologica epocale, e vede pure l'industria del cibo produrre qualsiasi cosa a qualsiasi prezzo, pur di garantirsi una crescita irragionevole quanto necessaria a sottostare ai parametri del mercato. In seguito a questa situazione Slow Food ha iniziato a battersi e sempre di più si sta battendo per un cibo buono pulito e giusto.

*Una nuova
alleanza tra
medici e pazienti*

Allo stesso modo alcuni settori ed operatori del mondo sanitario internazionale più sensibili ai temi della prevenzione, della salute pubblica, e delle cure appropriate hanno cominciato a sentire l'esigenza di ritrovare l'alleanza spezzata con le comunità ed i pazienti, di liberare la medicina dalla burocrazia inutile, di fare chiarezza fra le speranze indotte da un'offerta irragionevole di consumi per raggiungere una salute migliore, indipendentemente dalle conoscenze e dalla decenza.

Autori come Alberto Dolara, primo in Italia ad averne scritto, Dennis McCullogh, autore di un libro, *My Mother, Your Mother*, in cui descrive con lucidità le nefandezze del sistema sanitario, senza pietà nei confronti di una madre morente impegnato com'è a seguire i propri mostruosi protocolli, l'ABIM foundation, Alberto Maliani, l'Istituto Change, con Giorgio Bert, Silvana Quadrino, la Società Italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria, le associazioni di medici che si rifanno alla organizzazione sanitaria come un sistema complesso si sono chiesti, tutti assieme, che cosa è possibile fare per rendere più sobria, rispettosa e giusta una

cura sempre meno sobria, sempre meno rispettosa, sempre meno appropriata, equa e quindi giusta.

Se lo sono chiesti per tutti gli aspetti delle cure: la prevenzione, la comunicazione e l'informazione, le cure all'inizio della vita alle mamme ed ai bambini, quelle in mezzo alla vita, dove si curano più le malattie, e soprattutto le sindromi, che i malati, quelle alla fine della vita, dove spesso le persone vengono fatte sopravvivere artificialmente oltre le più umane ragionevolezza mentre non sono neppure aiutate a superare il dolore. Se lo stanno chiedendo per gli altri aspetti relativi alla medicina: che cos'è una *slow clinical research* ed una *slow health care research*? che cos'è una *slow health care education*? che cos'è uno *slow health care management*?...

In tutto il mondo pensieri in movimento dello stesso tipo si stanno incontrando, accavallando, fertilizzando. La prospettiva sistemica, che elimina le piramidi del potere fine a se stesse, ma prevede reti collaborative di persone che collaborano per progetti condivisi di salute, quei *clinical pathways* che, unici, stanno dimostrando in tutto il mondo in grado di fare la differenza fra vita e morte, a parità di trattamenti medici. Ormai è sicuro: progettare cure assieme ai pazienti per percorsi assistenziali prima generalizzati per patologia, poi adatti alla realtà locale e poi personalizzati al singolo paziente, riduce mortalità e morbilità per alcune condizioni croniche, come diabete o scompenso cardiaco, ed acute, come l'IMA e lo stroke.

Dal 2012, all'interno di questo movimento sta nascendo l'esperienza di *Choosing Wisely*, iniziativa lanciata dall'ABIM Foundation che stimola le società scientifiche a scegliere le proprie 5 pratiche ad elevata probabilità di inappropriatezza, delle quali è bene discutere con i pazienti.

Questo è diventato uno dei progetti di *Slow Medicine*, con il nome di *Fare di Più Non Significa Fare Meglio*, che oltre ai

*Fare di più non
significa fare
meglio*

medici, a differenza degli americani, ha coinvolto fin dall'inizio infermieri e associazioni di pazienti, cittadini e consumatori, oltre che le società scientifiche.

Ne sono state coinvolte in tutto 36, di cui 24 hanno già pubblicato le loro top five, alcune delle quali, 10, particolarmente comuni, sono state spiegate ai cittadini con alcune pagine della rivista edita da *Altroconsumo* in 370 mila copie. *Slow Medicine* partecipa con *Slow Food* alla progettazione ed attuazione di un master su *Cibo e Salute*, che si terrà presso l'Università del Cibo di Pollenzo, e sta lanciando, sempre con *Slow Food*, una campagna che già dal nome sembra portare bene: “*meno sale; meno zucchero*”. Una campagna che desidera ridurre la pressione di queste sostanze rispettivamente sulle cellule del Langerhans, produttrici di insulina, e sui recettori della pressione sanguigna, ambedue sempre stressati da queste sostanze, comunissime nel nostro cibo.

Presentazione del Documento Condiviso su allergie e intolleranze alimentari

*Marco Caminati a nome del Gruppo di lavoro Intersocietario**

Coordinatore Nazionale Junior Members SIAAIC –
Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica.

Membro del Board del Food Allergy Interest Group della European
Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)

Unità Operativa di Allergologia Centro di riferimento regionale per la
prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie allergiche, Azienda
Ospedaliera Universitaria di Verona

IL PROGETTO DI UN DOCUMENTO di riferimento condiviso su allergie e intolleranze alimentari nasce dall'esigenza di diffondere una corretta cultura in tema di reazioni avverse ad alimenti. Esigenza quanto mai urgente in considerazione di alcuni dati:

- un netto divario caratterizza la reale prevalenza di allergia alimentare (2-4% nell'adulto, fino al 10% nel bambino), e la convinzione di esserne affetti, riferita da circa il 30% della popolazione;
- i media propongono quasi ossessivamente modelli virtuosi che si identificano con regimi dietetici o mode alimentari, fomentando la proiezione sul cibo di disagi, fastidi, problematiche non sempre riconducibili a un meccanismo di ipersensibilità all'alimento;
- una scarsa dimestichezza in materia di allergie e intolleranze alimentari da parte di operatori nell'ambito sanitari non specialisti spesso conduce il paziente attraverso fal-

se credenze e percorsi diagnostico-terapeutici tutt'altro che appropriati.

Secondo una survey condotta alcuni anni fa dai Junior Members della Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC), la consultazione specialistica per sospetta allergia alimentare risultava inappropriata in circa la metà dei casi. Nel 50% di questi, le manifestazioni cliniche motivo della richiesta di visita erano attribuibili a patologia già nota.

In tale contesto, ecco fiorire un nutrito armamentario di test cosiddetti “alternativi” o “complementari”, come ad esempio il Vega test, il DRIA test, il test citotossico o il test del capello solo per citare i più comuni. Metodiche diagnostiche prive di alcuna validazione scientifica evidence based.

I promotori del Documento

Urge fare chiarezza, prima di tutto per tutelare il diritto alla salute e alla corretta informazione di ogni paziente, ma anche per sostenere la credibilità professionale e la sostenibilità del Sistema Salute anche in materia di Allergia e Intolleranza Alimentare.

Encomiabile dunque la proposta rivolta da FNOMCeO a SIAAIC (Società di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica), AAITO (Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri) e SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica) di sedersi attorno a un tavolo e condividere la stesura di un documento, pragmatico ma di sicuro valore scientifico, su Allergie e Intolleranze Alimentari.

Gli obiettivi del Documento

Il documento, con un linguaggio sintetico e fruibile anche a non specialisti del settore, si propone quattro obiettivi essenziali.

■ *Educare alla attribuibilità dei sintomi.* La conoscenza dei meccanismi di base delle reazioni avverse ad alimenti, in-

sieme a una buona anamnesi, permette di indirizzare il paziente verso l'iter diagnostico più appropriato.

- *Condividere i corretti percorsi diagnostici e terapeutici.* Sapere cosa fare e quando previene la dispersione del paziente attraverso una giungla di test inaffidabili e costosi.
- *Diffondere la consapevolezza dei rischi di approcci diagnostici e terapeutici non corretti.* Evitare ritardi diagnostici e iniziare precocemente una corretta gestione del problema preserva la qualità di vita del Paziente, e previene il rischio di complicanze anche gravi.
- *Fornire ai pazienti la migliore assistenza.* Questo è senza dubbio l'aspetto chiave che deve muovere la condivisione di una good clinical practice anche in tema di Allergie e Intolleranze alimentari.

Il documento affronta i caratteri essenziali delle principali reazioni avverse ad alimenti:

- allergia alimentare con particolare riferimento all'anafilassi;
- malattia celiaca;
- sensibilità al glutine non allergica non celiaca;
- quadri particolari: reazioni avverse miste IgE/cellulo-mediate e reazioni avverse non IgE mediate;
- intolleranze alimentari.

Ogni patologia è affrontata con approccio molto pragmatico secondo la seguente struttura:

- che cos'è;
- quando sospettarla;
- la diagnosi;
- approfondimenti;
- bibliografia essenziale.

Un capitolo a parte riguarda *Tecnologie Alimentari e reazioni avverse ad alimenti*, aspetto di estremo interesse se consideriamo quanto diffusa sia la manipolazione degli alimenti

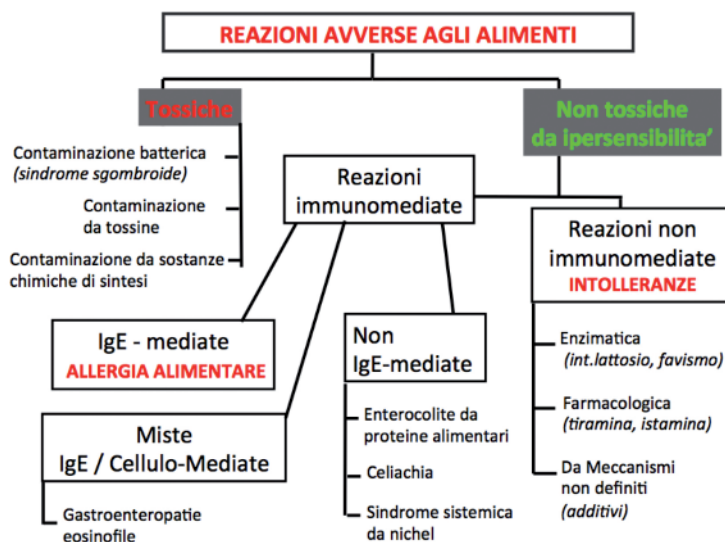
*I temi del
Documento*

nella dieta occidentale e il potenziale impatto che tali modificazioni possono avere sull'allergenicità degli alimenti stessi. Test complementari e alternativi sono oggetto di un focus specifico finalizzato a discuterne la scarsa credibilità scientifica e l'inattendibilità clinica.

I diversi meccanismi delle reazioni avverse ad alimenti

Come schematizzato in Figura 1, tratta dal Documento, le reazioni avverse ad alimenti possono sottendere diversi meccanismi, che implicano dunque una diversa gestione in termini di terapia o regime dietetico.

FIGURA 1 Classificazione delle reazioni avverse ad alimenti (modificata da Boyce et al, 2010)



Il Documento si propone anche come strumento pratico per orientare il professionista sanitario non specialista del settore nella corretta attribuibilità dei sintomi. Conoscere i diversi quadri clinici caratteristici di ogni età, permette di indirizzare il paziente verso il più corretto iter diagnostico. Figura 2 e 3, sempre tratte dal Documento, suggeriscono alcuni aspetti clinici chiave nella formulazione di una corretta ipotesi diagnostica.

Formulare un'ipotesi diagnostica

FIGURA 2 Quadri clinici più comuni suggestivi di allergia e intolleranza alimentare nell'adulto

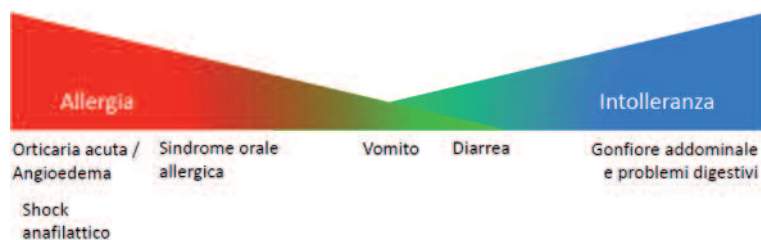
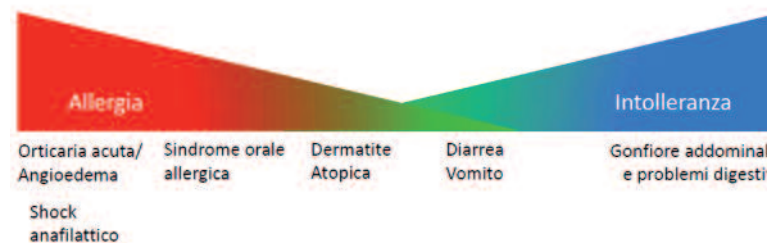


FIGURA 3 Quadri clinici più comuni suggestivi di allergia e intolleranza alimentare nel bambino.



L'Allergia Alimentare (AA) è una reazione avversa agli alimenti causata da una anomala reazione immunologica mediata da anticorpi della classe IgE, che reagiscono verso componenti alimentari di natura proteica. Può presentarsi con

Definizione di Allergia Alimentare

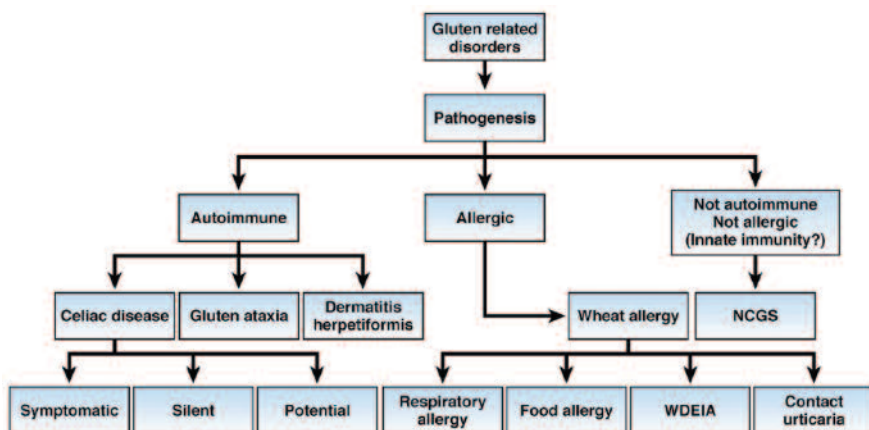
un ampio spettro di manifestazioni cliniche che spaziano da sintomi lievi fino allo shock anafilattico, potenzialmente fatale. Segni e sintomi compaiono a breve distanza dall'assunzione dell'alimento (da pochi minuti a poche ore) e sono tanto più gravi quanto più precocemente insorgono. Possono interessare diversi organi ed apparati. Il tipo di proteina verso cui il soggetto sviluppa anticorpi IgE è tra i maggiori determinanti della gravità del quadro clinico. Esistono infatti proteine resistenti alla cottura e alla digestione gastrica, responsabili in genere di reazioni sistemiche, e proteine termo e gastro labili, che causano solitamente sintomi locali e più lievi. Discriminare tra questi aspetti richiede spesso una diagnostica ben più complessa del prick test, la cui interpretazione richiede una competenza specifica in ambito allergologico. D'altro canto studiare il profilo di sensibilizzazione del paziente risulta di fondamentale importanza per la corretta gestione del problema, per evitare regimi dietetici ingiustificati o per garantire la sicurezza del paziente dotandolo dell'adrenalina auto iniettabile.

*Le reazioni avverse
ad alimenti*

Non sempre le reazioni avverse ad alimenti sono facilmente classificabili solo su base clinica, ma la consapevolezza del background fisiopatologico è un ottimo punto di partenza. È il caso della sindrome sgombroide e delle cosiddette intolleranze farmacologiche, apparentemente molto simile a una reazione allergica o a una anafilassi poiché caratterizzate da eritema diffuso, ipotensione, dolori addominali, nausea, emicrania, ma legate in realtà a un effetto "farmacologico" dell'alimento. Nel caso della sindrome sgombroide, si tratta dell'azione dell'istamina contenuta nel pesce azzurro, conservato non in maniera ottimale. Anche altre amine quali cadaverina, tiramina, putrescina contenute in formaggi stagionati, crauti, vino, birra, salsa di soia possono scatenare manifestazioni analoghe. Diversamente dall'allergia le rea-

zioni hanno un chiaro effetto dose-risposta e coinvolgono più commensali. Un aspetto di suscettibilità individuale può risiedere nelle caratteristiche della flora batterica intestinale. Anche una patologia molto studiata come la malattia celiaca può non essere sempre facile da riconoscere, per l'enorme sovrapposizione con altre patologie delle possibili manifestazioni cliniche. Se calo ponderale, sintomi gastrointestinali post-prandiali correlati in particolare all'assunzione di alimenti ricchi in glutine, anemia sono manifestazioni decisamente tipiche, l'associazione con malattie sistemiche autoimmuni o genetiche, l'ipertransaminasemia o l'aftosi orale ricorrente possono non suggerire immediatamente il sospetto di celiachia. A complicare ulteriormente il quadro delle reazioni avverse correlate al glutine (Figura 4), una nuova entità nosologica è stata descritta negli ultimi anni. Si tratta della sensibilità al glutine non allergica non celiaca, o *gluten sensitivity*, caratterizzata da un quadro clinico del tutto sovrapponibile alla malattia celiaca ma in assenza di alcuna lesione organica a livello intestinale. Attualmente l'unico strumento diagnostico ritenuto valido per la *gluten sensitivity* è il test di provocazione, cui segue, in caso di positività, la prescrizione dello stesso regime dietetico del celiaco.

FIGURA 4 Classificazione delle reazioni avverse da grano



Seppur in prevalenza caratterizzate da manifestazioni esclusivamente a carico dell'apparato gastrointestinale, anche le intolleranze alimentari possono presentare alcuni aspetti di complessità sul piano clinico nella distinzione con le allergie. I meccanismi fisiopatologici sottostanti sono invece ben diversi dall'ipersensibilità allergica; infatti le intolleranze non sono dovute a una reazione del sistema immunitario, e variano in relazione alla quantità ingerita dell'alimento non tollerato. Una dieta scorretta o alterazioni gastrointestinali come sindrome da intestino irritabile, gastrite, reflusso gastro-esofageo, diverticolite, calcolosi colecistica determinano una sintomatologia attribuita, spesso erroneamente, all'intolleranza alimentare. Se le intolleranze enzimatiche, quale quella al lattosio, sono ben studiate e facilmente diagnosticabili, esistono intolleranze da meccanismi non definiti il cui inquadramento non è altrettanto lineare. Si tratta di reazioni avverse provocate da additivi quali nitriti, benzoati, solfiti, per i quali non è stato ancora possibile dimostrare scientificamente un meccanismo immunologico. La loro effettiva importanza clinica va attentamente valutata, con diete di esclusione e reintroduzione, prima della prescrizione di una dieta definitiva di eliminazione.

Affrontare un corretto inquadramento delle reazioni avverse agli alimenti non è dunque semplice né immediato e richiede una specifica competenza nel settore.

Alla luce di ciò non stupisce la proliferazione dei test “alternativi” o “complementari”. Tali metodiche infatti forniscono sempre una risposta “diagnostica” immediata, e indirizzano sempre verso un trattamento apparentemente di successo. In altre parole, sottoponendosi a un test “alternativo” emerge sempre qualche intolleranza, non di rado le stesse per ogni paziente esaminato, sulla base delle quali il terapeuta instaura un regime dietetico più o meno restrittivo, che inevitabilmente sortisce almeno al momento effetti positivi. Tali test tuttavia mancano totalmente di un percorso di validazione scientifica, e per molti di essi studi scientifici hanno dimostrato assenza di accuratezza, di riproducibilità inter e intra individuale, e di affidabilità. A dimostrazione di ciò, nell’ambito di uno studio condotto alcuni anni fa, un campione di sangue di pecora, spacciato per umano, era stato inviato a un centro specializzato nella diagnostica delle intolleranze. Una prima analisi aveva evidenziato intolleranza al grano tenero e duro. Un campione della stessa pecora era stato inviato una seconda volta allo stesso centro. L’analisi aveva quindi suggerito intolleranza a carne di manzo, agnello e in modo lieve all’uovo. Forse un primo esemplare di pecora carnivora? Al lettore le conclusioni.

Affidarsi a un “test alternativo” può determinare pericolosi ritardi diagnostici. Riconoscendo la presunta intolleranza come unica spiegazione, il rischio è di trascurare altre condizioni patologiche sottese a manifestazioni cliniche correlate all’assunzione di alimenti, tra cui: disordini ormonali, disturbi del comportamento alimentare, alterazioni funzionali dell’apparato enterico o neoplasie. Inoltre una dieta sbilanciata, costruita sulla base di presunte intolleranze, può rivelarsi estremamente pericolosa per le potenziali implicazioni

*La proliferazione
dei test
“alternativi” o
“complementari”*

nutrizionali, fisiche e psicologiche. Senza contare che un approccio scorretto alle reazioni avverse ad alimenti contribuisce alla proiezione sul cibo di disagi o problematiche di tutt'altra natura.

*L'importanza della
diffusione di una
cultura delle
allergie e
intolleranze
alimentari*

Per tutti questi motivi diffondere la cultura delle allergie e intolleranze alimentari è di estrema importanza. Medici di Medicina Generale e Specialisti, Farmacisti, operatori del settore alimentare e media dovrebbero essere allo stesso tempo promotori e fruitori di un progetto di Educazione che vede nel documento voluto da FNOMCeO, e a cui le Società Scientifiche coinvolte hanno alacramente lavorato, un solido punto di partenza.