

Accade così che se oltre 170 milioni di bambini sotto i 5 anni presentano gravi problemi di crescita a causa della malnutrizione (e quasi 4 milioni muoiono ogni anno per lo stesso motivo), 43 milioni di bambini della stessa età sono in sovrappeso e di questi ben 35 milioni vivono nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo. Se poi si considera che la malnutrizione è responsabile dell'11% di tutte le malattie nel mondo e che – fra gli adulti – quasi tre milioni di decessi ogni anno sono attribuibili all'eccesso di peso, si comprende anche il grave onere economico che il problema può comportare. Negli USA – Paese in prima linea sul fronte della lotta all'obesità – i costi generati da questa epidemia vengono stimati pari a 147 miliardi di dollari l'anno. È evidente che per le economie di Paesi emergenti un impatto di questo genere può rivelarsi devastante.

Un problema chiave sta nel fatto che sempre più spesso ai bambini – anche nei Paesi più poveri – vengono offerti dall'industria del settore prodotti alimentari altamente raffinati e troppo ricchi di zuccheri e grassi, naturalmente a prezzi spesso inferiori rispetto a molti altri cibi. Una dieta di questo tipo è caratterizzata oltretutto da un ridotto contenuto di vitamine essenziali e minerali ed è anche noto – sulla base di ricerche recentissime – che il sovrappeso tende ad alterare il metabolismo di alcuni minerali come il ferro, sicché non infrequentemente gli individui obesi non assorbono correttamente questo minerale fondamentale. Alla fine il cerchio si chiude: 13 milioni di bambini ogni anno nascono sottopeso da madri in sovrappeso che hanno ricevuto un apporto inadeguato di ferro in gravidanza. In questi bambini è più elevata la mortalità infantile e più frequenti le malattie infettive e non infettive nell'età adulta.

Ancora una volta torna in primo piano il ruolo dell'industria alimentare che avrebbe l'obbligo di migliorare la qualità nutrizionale dei suoi prodotti, per esempio sostituendo i grassi trans- con grassi più sani e migliorando le informazioni nutrizionali riportate sulle etichette. L'OMS, per bocca dei suoi esperti, si è espressa chiaramente in tal senso, richiamando anche l'attenzione sulle responsabilità dei governi nazionali che sono obbligati a fare molto di più attraverso politiche legislative, fiscali e commerciali incisive. ■ GB

La sopravvivenza per tumori solidi non è uguale per tutti

Coleman MP et al

Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data
Lancet 2011; 377: 127-138

La sopravvivenza per malattie neoplastiche negli ultimi 10 anni è sensibilmente migliorata, ma restano differenze piuttosto rilevanti tra diverse aree del mondo. Persino Paesi con un sistema sanitario ed un tenore di vita sovrapponibile possono far registrare differenze sostanziali in termini di mortalità per tumore. Di tutti i decessi evitabili, circa la metà è a carico dei tumori polmonari, del colon-retto e della mammella, che sono anche quelli con la maggiore incidenza mondiale. Gli autori di questo studio hanno estrapolato un campione di quasi 2,5 milioni di pazienti neoplastici con tumore del polmone, colon-retto, mammella ed ovaio, diagnosticati in 6 aree territoriali industrializzate (Australia, Canada, Svezia, Norvegia, Danimarca, Regno Unito) in un lasso temporale di 12 anni (1995-2007). Oltre ad esaminare l'incidenza e la mortalità di questi tumori, sono state calcolate le sopravvivenze relative a 1 e 5 anni, standardizzate in rapporto all'età dei pazienti. La sopravvivenza relativa, che registra il tempo di vita dei pazienti neoplastici eliminando le cause di morte non correlate al tumore, è da sempre una misura standard per questo tipo di studi (Ederer F et al: The relative survival: a statistical methodology. Natl Cancer Inst Monogr 1961; 6: 101-121). La sopravvivenza, come peraltro ampiamente atteso, è risultata in aumento per tutte le neoplasie prese in esame ed in ognuno dei singoli territori. Il parametro che cambia è il grado di miglioramento, che è risultato uniformemente elevato in Australia, Canada e Svezia, intermedio in Norvegia e più basso in Danimarca e Regno Unito, soprattutto nel primo anno dalla diagnosi e nei pazienti di età superiore a 65 anni. In relazione al tipo di tumore, le differenze in sopravvivenza fra le diverse aree geografiche sono più evidenti per le neoplasie polmonari, dell'ovaio e per i tumori del colon-retto nei pa-

zienti con meno di 65 anni, mentre nei tumori della mammella e nei pazienti anziani con tumori del colon-retto le disparità sono molto meno evidenti. Nei tumori polmonari, in particolare, le differenze sono assai più marcate. Nel triennio 2005-2007 la sopravvivenza relativa a un anno è del 35-40% nei Paesi più virtuosi e solo del 9-11% in Danimarca e nel Regno Unito. Questo dato riflette da un lato le differenze di accesso ai farmaci nelle varie popolazioni e dall'altro la notevole difficoltà di fare diagnosi precoce nei Paesi ad elevata mortalità. Entrambe le problematiche, soprattutto nel Regno Unito, dipendono in ultima analisi dalle caratteristiche restrittive del sistema sanitario locale, che limita notevolmente l'accesso sia alle indagini diagnostiche che alle terapie mediche. La stessa situazione riguarda anche i tumori del colon-retto nei pazienti con meno di 65 anni. Nei tumori invasivi dell'ovaio l'incidenza è in netta diminuzione, ma le disparità in sopravvivenza sono ancora evidenti soprattutto per l'estrema variabilità nei programmi di diagnosi precoce. Nel tumore della mammella le sopravvivenze a un anno superano il 90% in tutti i Paesi esaminati. La sopravvivenza relativa è un po' ridotta nel Regno Unito rispetto alle altre aree geografiche, ma non a livelli comparabili con le neoplasie

polmonari. Anche in questo caso il motivo principale è rappresentato dalla grande difficoltà nell'eseguire una diagnosi precoce, ma esistono anche enormi disparità di accesso ai centri di radioterapia. L'esame della sopravvivenza relativa ci permette di stabilire come vi siano molteplici fattori (stadio di malattia, comorbilità, eventuale ritardo diagnostico ed accesso al trattamento ottimale) potenzialmente responsabili delle differenze fra i diversi territori. Il calcolo della sopravvivenza direttamente sulla popolazione è inoltre un parametro chiave per valutare l'efficienza delle cure da erogare ai pazienti oncologici. L'analisi del numero di decessi non attesi nelle diverse popolazioni rappresenta un buon indicatore di efficacia, poiché permette di stabilire in modo specifico le eventuali differenze nell'erogazione delle cure (Ahbel-Rahman MA et al: What if cancer survival in Britain were the same as in Europe: how many deaths are avoidable? Br J Cancer 2009; 101 suppl 2: 115-124). Una seconda fase dello studio analizzerà ancora più a fondo le differenze in sopravvivenza, cercando di identificare più in dettaglio le cause rimediabili di ridotta sopravvivenza per tumore.

Giovanni Mansueto

UOC Oncologia Medica, ASL Frosinone

Olimpiadi salutari?

*McCarthy M, Ravelli RJ, Sinclair-Williams M
Health impact assessment of the 2012 London Olympic
transport plans*

Eur J Public Health 2011; 20: 619-624

I mezzi di trasporto (piedi, bici o automobile) sono ormai riconosciuti come determinanti di salute, in grado di influenzare il benessere di una popolazione. Valutare l'impatto sulla salute del piano dei trasporti previsto per i Giochi Olimpici del 2012 e l'adesione nell'incoraggiare uno stile di vita salutare è l'obiettivo dello studio inglese di McCarthy e dei suoi collaboratori.

La zona dove si svolgeranno i Giochi è la Lea River Valley dell'East London, un'ex zona industriale nella quale l'aspettativa di vita è minore rispetto al resto di Londra (77,2-78,3 anni vs 79,7). Secondo il Piano Trasporti pubblicato nel 2007, durante i 16 giorni di Giochi – per i quali saranno venduti sette milioni di biglietti – più dell'80% degli spettatori utilizzerà i trasporti pubblici, mentre percentuali molto minori andranno a piedi o in bicicletta (1% e 5%

rispettivamente). Londra, sulla base dei trend attuali, subirà un incremento di emissioni da 44 a 51 milioni di tonnellate entro il 2025: un quarto di queste emissioni è dovuto al trasporto pubblico. Notevoli anche i numeri collegati agli incidenti stradali: nel 2006, nella sola zona londinese, sono morte 231 persone, 3715 sono state gravemente ferite e 25.864 hanno subito danni minori. Il Piano per i Giochi non prevede però nell'area miglioramenti né per il quantitativo di emissioni né per incidenti su strada; sul lungo termine invece gli abitanti della zona dovrebbero godere di alcuni vantaggi, in particolare per quanto riguarda la creazione di spazi verdi per l'attività fisica e la circolazione in bicicletta e il miglioramento dei trasporti pubblici in termini di frequenza. Rendere questa occasione unica per Londra, concludono gli autori, anche in termini di benefici per la salute della popolazione, necessita di un'attenta valutazione prospettica di tutte le sue componenti.

Domitilla Di Thiene

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica

G. Sanarelli, 'Sapienza' Università di Roma