



Regione Puglia

Assessorato alle Politiche della Salute

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI - BARI

TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Gli stili di vita in Medicina Generale: promuovere e sostenere la salute dei pazienti

Relatore

Dott. Pietro Scalera

Medico in formazione

Dott.ssa Vittoriana Laquale

TRIENNIO 2014-2017

INDICE

INTRODUZIONE	1
➤ CAPITOLO 1: LE PRINCIPALI PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI IN ITALIA: INCIDENZA, COSTI ED IMPATTO SOCIALE	
- 1.1 obesità	3
- 1.2 patologie cardiovascolari	5
- 1.3 diabete	7
- 1.4 dislipidemie	11
- 1.5 neoplasie	14
➤ CAPITOLO 2: CORRELAZIONE TRA STILI DI VITA E SALUTE	
- 2.1 alimentazione	17
- 2.2 attività fisica	22
- 2.3 alcol	28
- 2.4 fumo	33
- 2.5 uno stile di vita sano	35
➤ CAPITOLO 3: STUDIO: LA CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE E IL MMG	
- 3.1 obiettivo dello studio	38
- 3.2 materiali e metodi	39
- 3.3 risultati	40
- 3.4 analisi dei risultati	49
➤ CAPITOLO 4: INVESTIRE NEGLI STILI DI VITA	

- 4.1 investire per risparmiare	58
- 4.2 l'ambulatorio degli stili di vita	62
- 4.3 la prescrizione degli stili di vita	65
CONCLUSIONI	67
ALLEGATO A	70
ALLEGATO B	72
BIBLIOGRAFIA	73

INTRODUZIONE

L' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solamente un'assenza di malattie o infermità. Definisce, inoltre, lo stile di vita salutare come un “modo di vivere volto alla riduzione del rischio di malattie e della morte prematura”¹, intendendo come rischio una “probabilità che comporta conseguenze negative per la salute o un fattore che aumenta tale probabilità”.

Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ogni anno 40 milioni di persone muoiono a causa di una malattia cronico-degenerativa non trasmissibile, corrispondente al 70% di tutti i decessi a livello mondiale; di questi, quasi 15 milioni sono in età produttiva tra i 30 e i 69 anni di età². Nel 2020 le malattie croniche rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo³.

L'Italia, con una percentuale di “over 65” sul totale della popolazione pari al 21,2%, è in prima linea in questo contesto, con conseguenze non solo sociali ma anche economiche: basti pensare che il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita alla fascia di età over 65.

Le prospettive non sono rosee: sulla base dei dati ISTAT, la popolazione degli over 65 è cresciuta di quasi due milioni negli ultimi 10 anni, da poco più di 10 a oltre 12 milioni, e potrebbe addirittura raddoppiare entro il 2050, raggiungendo i 20 milioni. Come conseguenza, assisteremo nei prossimi anni ad una progressiva crescita di tutte le condizioni croniche tipiche della terza età⁴.

Quindi, se si considera che la dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, in parallelo con la multicronicità, vale a dire il paziente affetto da più patologie croniche contemporaneamente,

¹ World Health Organization, “Healty Living”, 1999.

² Rapporto 2017 Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni italiane

³ Workshop “Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità”

⁴ La Repubblica, Allarme diabete: tre milioni e mezzo di italiani hanno bisogno del dottore, 16/02/2017

allora si può comprendere come sia ormai in atto una vera e propria modifica della domanda di salute e, conseguentemente, delle politiche di gestione e promozione della stessa. Questo cambiamento riconosce come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel Medico di Medicina Generale il protagonista al centro della rete dei servizi sanitari, in grado di rispondere alla nuova domanda di salute della popolazione.

Tali patologie non possono più essere affrontate solo dal punto di vista clinico-terapeutico: questo approccio esclusivo ha sì contribuito all'innalzamento progressivo della durata della vita, senza però associarsi ad un contestuale mantenimento della qualità della vita stessa. Si è fatta sempre più insistente l'esigenza di dedicare uno spazio più definito ed importante alla prevenzione delle patologie croniche non trasmissibili.

La sfida adesso si gioca principalmente sull'agire su quei fattori di rischio "modificabili" che incidono non solo sull'aspettativa ma anche sulla qualità della vita stessa, promuovendo uno stile di vita sano, da intendere come il primo ed insostituibile farmaco⁵.

È quindi necessario attuare ed implementare interventi che favoriscano l'adozione, la sostenibilità ed il consolidamento di uno stile di vita sano nella prevenzione e cura delle patologie croniche non trasmissibili⁶.

⁵ Il buon stile di vita, Albanesi, 2017

⁶ La prescrizione degli stili di vita, Regione Lombardia – Asl Pavia

CAPITOLO 1: LE PRINCIPALI PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI IN ITALIA: INCIDENZA, COSTI ED IMPATTO SOCIALE

Le patologie croniche non-trasmissibili secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, causano in Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute. Anche in Italia le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte e rappresentano attualmente il principale "carico" per il Sistema Sanitario⁷. Inoltre, tra gli ultra-settantacinquenni la comorbilità si attesta al 66,7% (58,4% tra gli uomini e 72,1% tra le donne)⁸. La Puglia è tra le regioni con la quota di multicronicità più elevata rispetto alla media nazionale: 77%⁹.

L'80% delle patologie croniche non trasmissibili potrebbe essere prevenuto eliminando alcuni fattori di rischio, come il consumo di tabacco, la diete poco salutari, l'inattività fisica ed il consumo eccessivo di alcool. Al contrario, senza un'adeguata prevenzione, il loro peso sulla salute globale potrebbe aumentare del 17% nei prossimi anni¹⁰.

- 1.1 *Obesità*

Si calcola che una persona in sovrappeso aumenta il rischio di decesso di circa il 30% per ogni 15 kg di peso corporeo aggiuntivo, a causa dello sviluppo di malattie croniche come diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, infarto, asma e una vasta gamma di tumori¹¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima 1,9 miliardi di persone in sovrappeso, di cui 600 milioni obesi. Di questi, 6 milioni in Italia, con cento mila nuovi casi all'anno: il 35,3% della popolazione adulta

⁷ Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, programma 2017

⁸ Annuario Istat 2017

⁹ Centro di Ricerca Health Search 2017

¹⁰ Barilla Center for Food & Nutrition: Alimentazione e Salute

¹¹ Franco Sassi, Senior Health Economist dell'Ocse, 2010

è in sovrappeso, mentre quasi una persona su dieci è obesa (9,8%); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età uguale o maggiore di 18 anni è in "eccesso ponderale"¹², e un bambino su tre (30,6%) ha un peso superiore alle soglie raccomandate per l'età di appartenenza¹³. Purtroppo il Sud Italia si conferma maglia nera, con la Puglia tra le regioni con valori di Indice di Massa Corporea (IMC)¹⁴ tra i più alti rispetto alla media nazionale.

L'obesità rappresenta un grosso problema non solo per la salute dei singoli individui, ma anche per l'intero sistema sanitario e per l'economia pubblica¹⁵.

Si calcola che l'impatto sul Servizio Sanitario Nazionale è stimato in 9 miliardi di euro l'anno: tra i fattori considerati, oltre ai costi sanitari in senso stretto, anche il calo di produttività, l'assenteismo, la mortalità precoce. L'obesità è infatti un importante fattore di rischio per diabete, malattie cardiovascolari, malattie muscoloscheletriche e tumori. Si parla di 57mila morti all'anno per cause attribuibili a questa condizione, e il costo annuo dell'obesità arriverebbe addirittura a più di 22 miliardi di euro se si calcolassero anche i costi complessivi delle patologie correlate¹⁶.

Secondo l'Adi, l'Associazione italiana di Dietetica e nutrizione clinica, che in Italia promuove l'*Obesity day* nazionale, il costo dell'obesità va dal 4 al 10% della spesa sanitaria nazionale. Per ogni cittadino sono spesi dai 18 ai 144 euro ogni anno per i costi diretti dell'obesità che, sommati a quelli indiretti, superano i 300 euro.

Le previsioni sono ancor peggiori, tanto da far definire dalla *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) l'obesità come "il più importante problema di salute pubblica in tutto il mondo". E a livello economico questo si traduce in oltre mille miliardi di dollari l'anno: è quanto costa alle casse del sistema sanitario mondiale l'epidemia di obesità. Se non si interviene per tempo, fino al 2025 l'eccesso di peso

¹² Istat, "Aspetti della Vita Quotidiana", 2016

¹³ Okkio alla salute 2017 – Il Sole 24 ore 16/07/2018

¹⁴ Indice di Massa Corporea, dato dal rapporto tra peso (espresso in Kg) e quadrato dell'altezza (espressa in m)

¹⁵ I costi dell'obesità in Italia – Fondazione Economia Tor Vergata

¹⁶ Centro di studio e ricerca sull'obesità - 2016

graverà sui bilanci della sanità per poco meno di 10 mila miliardi di dollari.

La *World Obesity Federation*, in occasione del *World Obesity Day*, ha stimato che nel 2025 ci saranno 19,8 milioni di bambini sovrappeso in Italia, cui potrebbero aggiungersi anche 73 mila casi di ridotta tolleranza al glucosio; 23 mila casi di diabete di tipo 2; 158 mila casi di ipertensione; 218 mila casi di steatosi epatica. L'unica possibilità per invertire la tendenza è puntare sulla prevenzione: è importante ridurre l'obesità in gravidanza, promuovere l'allattamento al seno, incrementare i livelli di attività fisica, apportare modifiche alle abitudini alimentari, ad esempio limitando il consumo di cibi grassi, dolci e bevande¹⁷.

- 1.2 *Patologie cardiovascolari*

Le malattie del sistema cardiovascolare rappresentano la prima causa di morte in tutte le nazioni sviluppate, il 40% circa negli uomini e il 50% circa nelle donne¹⁸; in Italia provocano il 35% dei decessi maschili e il 43% di quelli femminili¹⁹. In tutto il continente europeo le patologie cardiovascolari sono responsabili di 4,3 milioni di morti ogni anno: le patologie coronariche rappresentano la patologia responsabile del maggior numero di decessi (1,9 milioni di morti in Europa).

Nel 2014 (ultimo dato di mortalità disponibile ISTAT) si sono verificati in Italia complessivamente 220.200 decessi per malattie del sistema circolatorio (96.071 negli uomini e 124.129 nelle donne); di questi, 69.653 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore (35.714 negli uomini e 33.939 nelle donne) e 57.230 a malattie cerebrovascolari (22.609 negli uomini e 34.621 nelle donne).

La cura delle malattie cardiovascolari implica mediamente costi sanitari piuttosto elevati, dovuti in particolare all'ospedalizzazione dei

¹⁷ Il Sole 24 ore - 20/10/2017

¹⁸ Fondazione cuore, Prof. Francesco Saverio Mennini, 2017

¹⁹ <http://www.euractiv.it/it/linksdossier/8550-malattie-cardiovascolari-impatto-in-ue-e-italia.html>

pazienti nella fase acuta della malattia, alla spesa farmaceutica, alla fase di riabilitazione ed assistenza domiciliare, all'aspetto previdenziale (inabilità ed invalidità). Infatti, tali patologie comportano generalmente una conseguente condizione di cronicità del paziente e rappresentano una delle principali cause di infermità di lunga durata e di abbandono dell'attività lavorativa, modificando sostanzialmente la qualità della vita dei pazienti. Da un'analisi condotta dal EEHTA – *Economic Evaluation and HTA – del CEIS²⁰*, dell'Università Tor Vergata di Roma, in collaborazione con la banca dati INPS, le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la seconda voce di costo in termini di prestazioni previdenziali (pensioni di inabilità e assegni di invalidità) pari al 19% della spesa totale, seconda solo alla patologie oncologiche, per una spesa media annua di 1,9 miliardi di euro²¹.

Il peso delle malattie cardiovascolari sui ricoveri ospedalieri è in aumento; i dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie sono dovuti ad evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti nonché a complicanze dell'ipertensione, del diabete, della malattia renale cronica²².

A livello europeo si stima che il costo delle malattie cardiovascolari si attesti intorno ai 200 miliardi l'anno di cui circa il 50-54% rappresentato da costi sanitari sostenuti dai vari sistemi sanitari (costi diretti), il 25% legato alla perdita di produttività, e un 22% circa addebitato ai cosiddetti *informal care* e cioè tutti quei costi sostenuti direttamente dalle famiglie. I costi sanitari diretti per le patologie cardiovascolari in Europa rappresentano il 10% della spesa sanitaria totale, cioè circa 110 miliardi di euro.

Analizzando il nostro Paese, le spese totali per le patologie cardiovascolari ammontano a circa 21,8 miliardi di euro²³: il 63% (13,8 miliardi di euro) riguarda i costi diretti (assistenza ospedaliera e farmaci); il 37% (8 miliardi di euro) i costi indiretti, dovuti a morbidità (1,4 miliardi di euro per perdita di produttività dei pazienti in età lavorativa a causa

²⁰ *Centre for Economic and International Studies*

²¹ Fondazione cuore, Prof. Francesco Saverio Mennini, 2017

²² Alleanza italiana per le patologie cardio-cerebrovascolari, Documento di strategia, 18 maggio 2017, Ministero della Salute

²³ European cardiovascular disease statistics 2008

della malattia), mortalità (2,6 miliardi di euro), e altri costi informali²⁴ per la cura dei pazienti (4 miliardi). Nello specifico, la spesa sanitaria *pro capite* media per patologia cardiovascolare in Europa ammonta a 223 euro; in Italia a 235 euro.

Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale, cioè sono dovute all'azione di più fattori di rischio, modificabili e non, quali età, sesso, familiarità, tabagismo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, inattività fisica, alimentazione scorretta, sovrappeso o obesità, diabete.

Nonostante sia stato ormai ampiamente dimostrato il beneficio nel mantenere il profilo di basso rischio fin dall'età più giovane (pressione arteriosa < 120/80 mmHg, colesterolemia totale < 200 mg/dl, indice di massa corporea <25 kg/m², senza abitudine al fumo, senza diabete e senza trattamenti farmacologici specifici per i fattori di rischio), la prevalenza delle persone con profilo di rischio favorevole nella popolazione generale è ancora molto bassa: 2% degli uomini e 7% delle donne di età tra i 35 e i 79 anni²⁵.

La sfida strategica consiste nel progressivo incremento della proporzione di popolazione a basso rischio, condizione essenziale per sconfiggere l'epidemia delle malattie cardio-cerebrovascolari, promuovendo e sostenendo – ancora una volta – un corretto stile di vita

- 1.3 Diabete

Il diabete risulta essere una delle patologie croniche a più larga diffusione nel mondo, soprattutto per il suo carattere di malattia cronica e per la tendenza a determinare complicanze nel medio-lungo termine. Si stima che sia responsabile di una riduzione dell'aspettativa di vita media del paziente compresa tra 5 e 7 anni. Ogni anno nel mondo si registrano

²⁴ Si tratta prevalentemente delle ore di assistenza ricevute da parte di persone non stipendiate

²⁵ OEC/HES 2008-2012

più di 7 milioni di nuovi casi di diabete, uno ogni 5 secondi²⁶; entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti, contro gli attuali 52 milioni²⁷.

In Italia colpisce circa 3,6 milioni di persone (il 5,5% dell'intera popolazione, 16,5% fra le persone di 65 anni e oltre), ma stime effettuate su dati amministrativi dall'*Osservatorio Arno diabete*²⁸ indicano che il dato è molto superiore, pari al 6,2%, perché in realtà, per ogni tre persone con diabete ne esiste una che non sa di averlo. Nel 2030 si prevede che le persone diagnosticate con diabete saranno 5 milioni.

Secondo gli ultimi dati ISTAT, la diffusione del diabete è quasi raddoppiata in trent'anni (coinvolgeva il 2,9% della popolazione nel 1980). Anche rispetto al 2000 i diabetici sono 1 milione in più e ciò è dovuto sia all'invecchiamento della popolazione che ad altri fattori, tra cui l'anticipazione delle diagnosi e l'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete. Questa patologia è più diffusa nelle regioni del Mezzogiorno dove il tasso di prevalenza standardizzato per età è pari al 5,8% contro il 4,0% del Nord. Anche per la mortalità il Mezzogiorno presenta livelli sensibilmente più elevati per entrambi i sessi.

Inoltre, confrontando le generazioni, nelle coorti di nascita più recente la quota di diabetici aumenta più precocemente che nelle generazioni precedenti, a conferma anche di una progressiva anticipazione dell'età in cui si diagnostica la malattia: sebbene il diabete rimane una patologia che si manifesta soprattutto in età avanzata, si sta assistendo ad un progressivo aumento della malattia tra le persone relativamente più giovani.

Obesità e sedentarietà sono rilevanti fattori di rischio per la salute in generale, ancora di più per la patologia diabetica. Tra i 45-64enni la percentuale di persone obese che soffrono di diabete è del 28,9% per gli uomini e del 32,8% per le donne (per i non diabetici rispettivamente 13,0%

²⁶ <http://www.eatlas.idf.org/>

²⁷ Workshop "Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità", 2017

²⁸ L'Osservatorio ARNO è un osservatorio multicentrico delle prestazioni sanitarie erogate dal SSN al singolo cittadino, il cui scopo è quello di fornire alle ASL convenzionate un *Data Warehouse* clinico con i dati raccolti per ogni singolo paziente (es. ricette di prescrizione farmaceutica, Schede di Dimissione Ospedaliera, specialistica ambulatoriale...)

e 9,5%). Nella stessa classe di età il 47,5% degli uomini e il 64,2% delle donne con diabete non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero²⁹.

Dei pazienti italiani, solo 1 su 3 ha un adeguato controllo del diabete mentre gli altri vanno incontro alle complicanze della malattia: si stima che il 50% dei pazienti muoia a causa di malattie cardiovascolari, il 10-20% per insufficienza renale, mentre il 10% subisce un danno visivo. Tra le persone anziane con diabete di tipo 2 gli eventi cardiovascolari legati alle complicanze della malattia sono la principale causa di mortalità: il 70% dei decessi in questa fascia d'età è dovuto ad un evento cardiovascolare, soprattutto infarto cardiaco e ictus.

Tra i diabetici si duplica il rischio di mortalità per malattie ipertensive, così come l'ospedalizzazione per malattie del sistema cardio-circolatorio. Le complicanze del diabete hanno un impatto rilevante, sia sui costi sanitari che sulla qualità della vita dei cittadini.

La deospedalizzazione dei casi di diabete e l'incremento degli indicatori di appropriatezza ospedaliera, nonostante l'aumento del numero di malati, testimoniano una maggiore efficacia della presa in carico dei pazienti. Rispetto al 2000 i ricoveri per diabete sono diminuiti del 66,4% (-26,6% i ricoveri complessivi), attestandosi su circa 50mila eventi nel 2015.

L'impatto economico per il Sistema sanitario nazionale rimane però altissimo, con costi complessivi, diretti e indiretti, stimati in 20,3 miliardi di euro l'anno. Inoltre, a differenza di quel che sta accadendo per le patologie oncologiche e per quella cardiovascolare, dove si registra un calo dei decessi, nel diabete la mortalità è in aumento³⁰.

Ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria), con un elevato costo pro capite (3348 euro l'anno per paziente)³¹. Nel dettaglio, si è stimato un costo totale per il trattamento, la disabilità e la cura dei pazienti diabetici in Italia superiore ai 20 miliardi di euro ogni anno. Di questi, circa 9,6 miliardi di euro sono a carico del SSN e la

²⁹ Istat, Report Diabete 2017

³⁰ Giorgio Sesti, presidente della Società italiana di diabetologia, 2017

³¹ Commissione Nazionale Diabete, Ministero della Salute, 2017

restante quota parte sono costi attribuibili a costi indiretti per prepensionamento e assenza dal lavoro³².

La voce principale di spesa per il diabete è rappresentata dalle complicanze della malattia e dai ricoveri ospedalieri che queste generano. I dati esistenti indicano chiaramente che circa il 60% dei costi sanitari per il diabete (che ammontano complessivamente a circa 10 miliardi di euro all'anno) è determinato dalle ospedalizzazioni, mentre la spesa dei farmaci per la cura del diabete grava per il 7%.

Il problema purtroppo diventerà sempre più pesante nei prossimi anni: in Italia, due terzi dei casi di diabete si trovano negli ultrasessantacinquenni. Sulla base dei dati ISTAT, come anticipato nell'introduzione di questa tesi, la popolazione degli over 65 è cresciuta di quasi due milioni negli ultimi 10 anni, da poco più di 10 a oltre 12 milioni, e potrebbe addirittura raddoppiare entro il 2050, raggiungendo i 20 milioni. Come conseguenza, assisteremo nei prossimi anni ad una progressiva crescita di tutte le condizioni croniche tipiche della terza età, prima fra tutte il diabete. Sul versante opposto, si registra in Italia una delle percentuali più elevate di eccesso ponderale in età infantile. In alcune regioni del sud un bambino su due presenta sovrappeso o obesità. Purtroppo esiste una stretta correlazione fra sovrappeso/obesità in età infantile e obesità in età adulta, e fra obesità e diabete (oltre l'80% dei casi di diabete è attribuibile all'obesità). Possiamo quindi prevedere nel futuro un aumento progressivo dei casi di diabete anche nelle fasce di età meno avanzata, soprattutto fra i 40 e i 55 anni, con risvolti economici legati non solo ai costi diretti, ma anche a quelli indiretti, generati da perdita di produttività, assenteismo, pre-pensionamento e mortalità precoce associati alla presenza di diabete in età lavorativa.

Il costo medio annuo di una persona con diabete ammonta a circa 3.000 euro, ma i costi per il trattamento di un paziente diabetico in cattivo controllo metabolico sono da 2,6 a 4,7 volte più alti dei costi per il trattamento di una persona con diabete ben controllato. I costi aumentano

³² Professor Francesco Mennini, presidente Ipsos Chapter Roma

poi esponenzialmente con il numero di complicanze, fino ad arrivare ad un costo di circa 35.000 euro l'anno per un paziente in dialisi.

Guardando le varie voci di spesa per farmaci, quella legata al diabete (insulina e farmaci orali) si aggira intorno al 20-22% del totale.

Oltre il 70% dei pazienti con diabete, inoltre, esegue esami di laboratorio e visite specialistiche, una percentuale superiore del 23-28% rispetto alla popolazione senza diabete. Entrambe queste voci rappresentano circa la metà della spesa per prestazioni specialistiche³³.

La sostenibilità economica di una patologia in rapida crescita come il diabete, passa quindi non solo per una più tempestiva diagnosi della malattia e per un uso appropriato delle terapie esistenti ma anche per la prevenzione. Tutto questo al fine di ottenere quanto prima possibile un buon controllo metabolico e mantenerlo nel tempo, strategie indispensabili per evitare o ritardare la comparsa delle complicanze³⁴.

- 1.4 Dislipidemie

In Italia, il 21% degli uomini e il 23% delle donne è ipercolesterolemico³⁵ fra i 35 ed i 74 anni, ha cioè il valore della colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl, oppure è sotto trattamento specifico, mentre il 37% degli uomini e il 34% delle donne è in una condizione definita *border line*, con la colesterolemia totale compresa fra 200 e 239 mg/dl.

Nella popolazione anziana (uomini e donne di età compresa fra 65 e 74 anni), il 24% degli uomini e il 39% delle donne sono ipercolesterolemici; il 36% degli uomini e il 38% delle donne è *border line*.

Oltre agli anziani, le donne in menopausa (età media 62 anni) costituiscono una classe particolarmente a rischio di ipercolesterolemia: in Italia, il 36% delle donne in menopausa ha il valore della colesterolemia

³³ <https://www.angolodeldiabetico.it/quanto-costa-il-diabete>

³⁴ Antonio Nicolucci, Presidente CORE SEARCH

³⁵ Secondo i dati raccolti tra il 1998 e il 2002 dal Progetto Cuore, che misura i fattori di rischio cardiovascolare in campioni di popolazione adulta

totale uguale o superiore a 240 mg/dl, oppure è sotto trattamento farmacologico specifico, mentre il 38% è in una condizione *border line*.

L'Istituto Superiore di Sanità stima che in Italia il trend di prevalenza dell'ipercolesterolemia sia in crescita del 28,7% negli ultimi anni, ma il dato più allarmante è che circa il 40% non è consapevole di avere livelli di colesterolo non a norma e solo il 24% degli uomini e il 17% delle donne è trattato efficacemente. Gli elevati livelli di colesterolo LDL sono in assoluto il primo fattore di rischio per le cardiopatie ischemiche, davanti a fumo, diabete, ipertensione e obesità. Chi ha ipercolesterolemia ha una probabilità di sviluppare coronaropatie 3,6 volte superiore rispetto alla popolazione normale³⁶.

Sebbene la terapia farmacologica riesca a tenere sotto controllo il colesterolo nella gran parte dei casi, esistono ancora popolazioni di pazienti ad alto rischio che non raggiungono livelli di colesterolo LDL ottimali. Gli ultimi dati *real world*, evidenziano una gestione dell'ipercolesterolemia con contorni ancora preoccupanti: il 34% dei pazienti con diagnosi certa o probabile di ipercolesterolemia familiare (prevalenza in Italia tra 1:200 e 1:500 abitanti) non viene trattato con farmaci ipolipidemizzanti. Anche per un'altra categoria di pazienti a rischio cardiovascolare molto alto (identificati come soggetti che hanno subito un ricovero per evento cardiovascolare) la realtà non sembra cambiare: quasi il 40% subisce entro un anno dal primo evento un nuovo ricovero per cause cardiovascolari, eppure il 36,7% di questi pazienti non ha ricevuto una prescrizione di statina e/o ezetemibe nei tre anni di *follow up* dal primo evento; il 69,7% dei pazienti ad alto rischio e l'85,2% dei pazienti a rischio molto alto non riesce a raggiungere i target terapeutici di colesterolo LDL. Quello che emerge in sintesi è che una fetta sorprendente di pazienti affetti da ipercolesterolemia è largamente sottotrattata e non raggiunge il proprio target terapeutico. Sono i pazienti a rischio alto e molto alto di incorrere in eventi cardiovascolari quelli con il maggior bisogno clinico non soddisfatto: il 53% dei pazienti con evento

³⁶ Francesco Romeo, Presidente della Società Italiana di Cardiologia

cardiovascolare pregresso non è a target con le attuali terapie, mentre non lo è il 50% dei pazienti con ipercolesterolemia familiare.

Nello specifico, in Italia, considerando tutti gli uomini ipercolesterolemici, solo il 13% è trattato in modo adeguato (quando sono sotto trattamento, la colesterolemia totale è inferiore a 240 mg/dl), mentre il 5% in modo non adeguato (quando sono sotto trattamento, il valore della colesterolemia totale rimane superiore a 240 mg/dl). Il restante 81% dichiara di non essere sottoposto ad alcun trattamento farmacologico.

Tra le donne ipercolesterolemiche, il 9% è trattato in modo adeguato, il 6% in modo non adeguato e l'85% dichiara di non essere sottoposto ad alcun trattamento farmacologico. Infine in Italia, il 25% degli uomini e il 35% delle donne dichiara di avere almeno un familiare che soffre di ipercolesterolemia³⁷.

Per quanto attiene l'ipercolesterolemia, lo Studio Sorveglianza Passi³⁸ del 2016 ha valutato i costi diretti intesi come quelli legati alle ospedalizzazioni per eventi cerebro e cardiovascolari, al trattamento farmacologico e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel complesso è stata stimata una spesa annua di 1,14 miliardi di euro, dovuta principalmente dalle ospedalizzazioni (1,10 miliardi di euro, pari al 96%): questa la dimensione economica delle ipercolesterolemie sul sistema sanitario³⁹. Se si considerano tutte le ospedalizzazioni per cause cerebro e cardiovascolari relative a pazienti affetti da ipercolesterolemia, la spesa supera il miliardo di euro con una spesa aggiuntiva di circa 31,6 milioni per i trattamenti farmacologici e di 9,3 milioni per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale strettamente correlate alla patologia.

È stimato che il costo medio annuo per singolo soggetto ipercolesterolemico varia da 3.400 euro in assenza di eventi cerebro-cardiovascolari a 8.800 euro in caso di evento⁴⁰. A questi andrebbero aggiunti i costi indiretti relativi alla perdita di produttività nonché quelli a carico del sistema previdenziale. Anche in questo caso, la prevenzione,

³⁷ <http://www.epicentro.iss.it/problemi/colesterolo/epid.asp>

³⁸ Passi: Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia

³⁹ "Lo scenario delle cardiopatie ischemiche: Focus sull'ipercolesterolemia", Meridiano Cardio, 2017

⁴⁰ La ipercolesterolemia ed il rischio cardiovascolare: il ruolo dei servizi sanitari regionali.

una diagnosi tempestiva della malattia ed un uso appropriato delle terapie esistenti costituiscono la chiave per poter affrontare, anche in chiave economica, questa patologia.

- 1.5 Neoplasie

I tumori sono la seconda causa di morte sia nel mondo che in Europa. Un caso di decesso ogni 8 nel mondo è dovuto al cancro.

Le stime future indicano una crescita a livello globale delle morti da tumori fino a 11,4 milioni nel 2030⁴¹. Prendendo però in considerazione il tasso standardizzato di mortalità (che elimina l'effetto dovuto dall'età della popolazione e che esprime, appunto, il rischio di decesso) si nota il rallentamento della mortalità per tumori: raggiunto il picco negli anni 80, il tasso di mortalità è in riduzione. Questa tendenza è il risultato del miglioramento della sopravvivenza dei malati, che in Italia ha raggiunto in media il 53,5% di sopravvissuti a 5 anni dalla diagnosi (rispettivamente il 47% per gli uomini e il 60% per le donne). È anche vero, però, che se si considerano le forme tumorali maligne, l'incidenza dei tumori appare in costante aumento, in gran parte a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'allungamento della vita media, ma anche per l'esposizione a fattori di rischio noti e non noti, e per la maggiore possibilità di fare diagnosi precoce.

Le forme tumorali che provocano il maggior numero di decessi a livello mondiale sono il tumore al polmone (1,3 milioni di morti l'anno), allo stomaco (803 mila), al colon-retto (639 mila), al fegato (610 mila) e al seno (519 mila). In Italia, per il 2016, sono state calcolate complessivamente 365.000 nuove diagnosi: la più frequente è quella del colon-retto (52.000), seguita da seno (50.000), polmone (40.000), prostata (35.000) e vescica (26.000).

⁴¹ The European House-Ambrosetti su dati World Health Organization

Ogni giorno, in Italia, circa 1000 persone ricevono una diagnosi di tumore⁴², ogni anno in Italia il numero di malati oncologici cresce di oltre 90.000 persone (+3%)⁴³.

Analisi previsionali indicano per l'Italia un incremento nel 2020 rispetto ai casi individuati nel 2009 del +12%: è chiaro che si tratta di un trend rilevante anche sotto il profilo dei costi aggiuntivi, che inevitabilmente è destinato a produrre⁴⁴. L'impatto economico, oltre che sociale, delle neoplasie è dunque molto elevato.

I tumori costano circa 19 miliardi di euro ogni anno nel nostro Paese, le uscite per i farmaci equivalgono a 4,5 miliardi (il 25% del totale) con un incremento annuo di 400 milioni. La spesa per farmaci oncologici in Italia è passata da circa 1 miliardo nel 2007 a 2 miliardi e 900 milioni nel 2014, ed è in continua crescita.

Dei costi associati alle patologie tumorali, il 57% rappresentato dai costi diretti (per assistenza primaria, ambulatoriale, ospedaliera, pronto soccorso, *follow-up* e farmaci) e il 43% costituito dalle perdite di produttività legate a mortalità, disabilità e pensionamento anticipato.

Queste uscite sono destinate ad aumentare: se alla fine degli anni '70 solo poco più del 30% delle persone colpite riusciva a sconfiggere la malattia e negli anni '90 questa percentuale arrivava al 47%, oggi circa 6 persone su dieci sopravvivono al cancro e, quando non si arriva a guarigione, si riesce comunque a trasformare il tumore in una malattia cronica, con cui poter convivere per anni⁴⁵.

Nel 2017 sono state stimate nel nostro Paese circa 369mila nuove diagnosi di cancro: più del 50%, cioè oltre 184mila casi, riguarda proprio gli anziani. E l'Italia, con una quota di over 65 pari al 22%, è il secondo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone.

È stato stimato che nei prossimi 15 anni in tutto il mondo verranno diagnosticati più di 21 milioni di nuovi casi di tumore ogni anno. I farmaci antineoplastici e immunomodulatori hanno un peso importante all'interno

⁴² <http://www.epicentro.iss.it/temi/tumori/airtum16.asp>

⁴³ <http://www.a1life.it/2016/08/cure-oncologiche-quanto-costano>

⁴⁴ Economist Intelligent Unit, *Breakaway: The global burden of cancer-challenges and opportunities*, The economist, 2009

⁴⁵ Associazione Italiana Oncologia Medica, 2018

della spesa farmaceutica nazionale, infatti nel 2016 hanno rappresentato la prima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica con 4,5 miliardi di euro.

Infine, l'assistenza del paziente oncologico - non solo in fase terminale di malattia - comporta un impatto fisico, psichico, sociale ed economico sui familiari molto rilevante. In Italia ogni anno in circa 40 mila famiglie un componente deve ridurre o lasciare il proprio lavoro per assistere un familiare⁴⁶.

Si stima che circa il 40% delle morti per tumore possano essere prevenute agendo sui fattori di rischio modificabili: il fumo, l'abuso di alcool, la non corretta alimentazione⁴⁷. In questo contesto, la promozione di un corretto stile di vita può essere a tutti gli effetti considerato non solo un modo per aumentare la qualità di vita, prevenendo e combattendo la patologia neoplastica, ma anche per contribuire a ridurre le spese sanitarie

⁴⁶ Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC)

⁴⁷ Causes of cancer in the world: comparative assessment of nine behavioural and environmental risk factors, The Lancet

CAPITOLO 2: CORRELAZIONE TRA STILI DI VITA E SALUTE

L'intento di questo capitolo è quello di analizzare la correlazione tra stato di salute e: alimentazione, attività fisica, alcol e fumo, proponendo alla fine una sintesi di quello che dovrebbe essere un corretto stile di vita.

- 2.1 *L'alimentazione*

L'alimentazione risulta essere una componente molto rilevante nella definizione di uno stile di vita salutare, ed abitudini alimentari scorrette possono rappresentare un primo fattore di rischio per l'insorgenza della maggiori patologie croniche non trasmissibili. Si stima che annualmente ben 2,7 milioni di decessi siano attribuibili ad un consumo ridotto di frutta e verdura⁴⁸. Allo stesso modo, è stato dimostrato che esistono alcuni componenti della dieta che hanno un effetto nocivo sullo stato fisico, come eccesso di sale, zuccheri, grassi. Inoltre, un eccessivo introito energetico favorisce lo sviluppo di sovrappeso ed obesità, che condizionano a loro volta l'insorgere di alterazioni metaboliche predisponenti al diabete, alle patologie cardiovascolari, al cancro.

La correlazione tra alimentazione e stato di salute è stato dimostrato da molteplici studi scientifici che hanno esaminato la relazione esistente tra alimentazione e patologie come appunto quelle cardiovascolari, diabetiche, tumorali.

Uno dei più grandi studi sul rapporto tra alimentazione e stato di salute mai effettuato risale a circa vent'anni fa: si tratta dell' *"European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition"* (EPIC), che ha coinvolto più di 500 mila persone tra i 35 e i 70 anni per un periodo di 10 anni circa. Questo studio ha dimostrato che una dieta povera di sodio e ricca di potassio è in grado di ridurre la pressione arteriosa; che una regolare

⁴⁸ World Health Organization, "Diet and physical activity: a public health priority"

attività fisica aumenta la durata media della vita e previene malattie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico; che l'obesità e l'elevata circonferenza vita accrescono il rischio di tumori e che una dieta ricca di fibre protegge dal carcinoma del colon-retto; che, infine, se si evita di fumare e di bere alcolici, si svolge attività fisica e si assumono regolarmente e quotidianamente frutta e verdura, si aumenta l'aspettativa di vita di circa 14 anni⁴⁹.

Un altro studio ha valutato la distribuzione mondiale dell'incidenza del cancro: si evince una forte diffusione dello stesso nei Paesi più sviluppati e ad alto reddito (Nord America, Australia, Europa occidentale), rispetto ai Paesi più poveri (Africa, America Centrale, parte dell'Asia)⁵⁰. Come esempio più specifico, si può considerare l'incidenza dei tumori al colon-retto: la casistica indica che essi hanno una frequenza venti volte superiore nel Nord America ed in Europa, rispetto all'Africa e ad alcune zone asiatiche. Mettendo a confronto la distribuzione mondiale del consumo di carne e l'incidenza del tumore al colon retto, si osserva una concomitanza fra le due distribuzioni, a confermare come una dieta con un eccessivo apporto di grassi ed un elevato consumo di carni rosse possa favorire l'insorgenza di questa neoplasia.

Inoltre, sono molteplici gli studi che osservano l'incidenza dei tumori tra le persone emigranti da un Paese povero a uno ricco, e che dopo decenni vengono colpite da tumori che hanno una scarsa diffusione nella popolazione di origine e che invece sono frequenti nei Paesi di nuova residenza. Un esempio concreto è quanto successo nelle donne asiatiche emigrate negli Stati Uniti e colpite dal cancro alla mammella in misura superiore a quella osservata nei Paesi di origine. Invece, nei Paesi che adottano il modello alimentare mediterraneo, caratterizzato da elevato consumo di frutta, verdura, cereali, olio d'oliva, pesce, si osserva una minore incidenza del tumore alla mammella.

Questo va a confermare come l'alimentazione e lo stile di vita sono cause dell'insorgere di patologie tumorali. Infatti, la dieta adottata nei

⁴⁹ Il tuo metabolismo, A. Moschetta, 2018

⁵⁰ Globocan 2002 database, International Agency for Research on Cancer

Paesi a più elevato reddito si contraddistinguono per una composizione sbilanciata verso l'eccessivo consumo di grassi animali e carne rossa.

Recentemente, inoltre, si va sempre più consolidando l'importanza della nutrigenomica, scienza che studia le scelte alimentari più appropriate allo specifico assetto genetico di ciascun individuo per la prevenzione delle malattie. Essa ha consentito di riconoscere quali comportamenti alimentari condizionino maggiormente il rischio di malattia in individui con diverso profilo genetico: così, a fronte di alimenti che aumentano la probabilità di insorgenza di tumori, ve ne sono altri, come frutta e verdura, che ne riducono il rischio. Si è dimostrato come un incremento di frutta e verdura (esprese in grammi al giorno) coincida una proporzionale riduzione del rischio di contrarre tumori (espresso con il tasso di rischio relativo)⁵¹. Nello specifico, l'assunzione di verdura comporterebbe una riduzione del 59% del rischio di sviluppare delle malattie tumorali; la frutta, invece, una riduzione del 36%⁵².

È di recente scoperta⁵³ che il consumo quotidiano (ne bastano due cucchiaini) di olio extravergine di oliva aiuta a prevenire e combattere i tumori intestinali, grazie alla ricca presenza di acido oleico, sostanza in grado di regolare la proliferazione cellulare.

Una corretta alimentazione consente, inoltre, di ridurre il rischio cardiovascolare e di nuovi eventi nei soggetti che ne abbiano già avuti, direttamente e attraverso una serie di effetti favorevoli su altri fattori di rischio quali l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'eccesso ponderale e l'obesità. L'adozione di uno stile di vita "mediterraneo" si associa a una riduzione del rischio di eventi coronarici, oltre che e al miglioramento generale dello stato di salute. Inoltre, un apporto elevato di alimenti ricchi in polifenoli si associa a una riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare. Nello specifico, vanno privilegiati, tra i grassi alimentari, l'olio extravergine d'oliva, ricco appunto in polifenoli, o gli oli di semi, ricchi in omega-6 (come l'acido linoleico), dotati di un più marcato effetto ipo-colesterolemizzante. Va

⁵¹ World Cancer Report, edited by Stewart B.W., Kleihues P., IARC Press, WHO

⁵² World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research

⁵³ www.ansa.it, "Nell'olio di oliva una sostanza che contrasta i tumori intestinali", A.Moschetta, 26/10/2018

invece minimizzato il consumo degli acidi grassi insaturi a conformazione *trans* (“grassi parzialmente idrogenati”). Tra gli amidi, la preferenza deve cadere su quelli a minore risposta glicemica (pasta di semola), possibilmente in forma integrale.

Recenti osservazioni epidemiologiche suggeriscono che il consumo di alimenti o bevande specifiche si associ a riduzioni, più o meno ampie, del rischio coronarico. Dati di questa natura sono disponibili, ad esempio, per tè e caffè, per il cioccolato, per la frutta secca, per i frutti rossi. L’effetto sembra correlarsi con componenti considerati “antiossidanti”: i polifenoli, come l’acido caffeico per il caffè, e le procianidine nel cioccolato (soprattutto quello fondente, ad alto tenore di cacao). Sul piano meccanicistico, inoltre, il cioccolato induce una modesta ma significativa riduzione dei valori pressori, dei livelli di indicatori di flogosi (proteina C-reattiva), dell’ossidabilità delle LDL; migliora inoltre la sensibilità insulinica.

Ad un elevato apporto di questi alimenti si assocerebbe anche una riduzione del rischio di declino cognitivo, forse correlata ad una riduzione del rischio di micro-eventi infartuali cerebrovascolari. La frutta secca si caratterizza peraltro anche per un elevato apporto di acidi grassi mono- e polinsaturi che può contribuire agli effetti protettivi nei confronti delle patologie cardiovascolari⁵⁴.

Aderire a un’alimentazione ispirata ai principi della dieta mediterranea italiana riduce il rischio di malattie coronariche e cerebrovascolari: bisognerebbe basare la propria alimentazione abituale su prodotti di origine vegetale e limitare il consumo di alimenti che stimolano una rapida risposta glicemica e insulinemica, come è il caso dei cibi ad alto indice glicemico. Nel mirino ci sono le farine bianche 00, lo zucchero, le bevande zuccherate; gruppi di alimenti implicati anche nell’eziologia dell’obesità⁵⁵.

Infine, l’associazione tra alimentazione e patologia diabetica è dimostrata anch’essa in numerosi studi che hanno individuato, tra le

⁵⁴ Alimentazione e prevenzione cardiovascolare: recenti evidenze, *Nutrition Foundation of Italy, Milano - Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi, Padova, 2015*

⁵⁵ Abitudini alimentari e malattie cardiovascolari: l’esperienza della collaborazione Epic-Italia, 2015

cause del diabete, una dieta sbilanciata dal punto di vista calorico, ricca di grassi e zuccheri e al tempo stesso povera di vitamine, minerali e altri micronutrienti. Il diabete tipo 2 si associa all'adozione di uno stile di vita sempre più sedentario e a basso dispendio di energie, facilitato dalle moderne tipologie di lavoro, trasporto ed urbanizzazione. In Italia, nei primi anni '80 la dieta giornaliera apportava circa 3500 Kcal, mentre oggi quasi 4000 Kcal al giorno, a fronte di un dispendio di energie in costante diminuzione. Alcuni studi epidemiologici hanno mostrato che il maggior apporto energetico è dovuto all'inserimento nella dieta di pasti ad alto contenuto di grassi e zuccheri, in particolare snack e bevande zuccherate.

In particolare la FAO⁵⁶ suggerisce l'inserimento della dieta di maggiori quantitativi di fibre (cereali e legumi), perché capaci di migliorare il controllo glicemico e ridurre il rischio di sviluppare tale patologia⁵⁷.

In linea generale, in conclusione, si può affermare che uno stile alimentare basato sui principi della dieta mediterranea è in grado di ridurre il rischio di ammalarsi. La dieta mediterranea, grazie all'elevato contenuto di alimenti a basso indice glicemico e di grassi insaturi, fibre, vitamine ed oligoelementi, con azione antiradicali liberi, ha un importante potere antinfiammatorio e antiossidante. Essa prevede un consumo abbondante di cereali (riso, orzo, farro, grano), legumi, frutta e verdura, e un consumo moderato di carne, pesce e latticini. Cardini della dieta mediterranea sono anche l'olio extra-vergine d'oliva e le crucifere (cavolo, cavolfiore, broccolo, verza, rucola, rafano, ravanello). Importante azione antinfiammatoria e antiossidante –ma non solo - è anche quella della zucca, della barbabietola, della curcuma e dello zenzero⁵⁸.

⁵⁶ Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura

⁵⁷ FAO/WHO, "Scientific Update on carbohydrates in human nutrition: conclusions"

⁵⁸ Il tuo metabolismo, A. Moschetta, 2018

- 2.2 L'attività fisica

Si stima che annualmente ben 1,9 milioni di decessi siano riconducibili all'inattività fisica⁵⁹. In Italia il 30% degli adulti tra 18 e 69 anni svolge, nella vita quotidiana, meno attività fisica di quanto è raccomandato e può essere definito sedentario. In particolare, il rischio di sedentarietà aumenta con il progredire dell'età, ed è maggiore tra le persone con basso livello d'istruzione e difficoltà economiche. La situazione è migliore nelle regioni del nord Italia, ma peggiora nelle regioni meridionali⁶⁰.

Secondo i dati ISTAT, nel 2010 in Italia il 38% delle persone da 3 anni in su ha dichiarato di non praticare, nella vita quotidiana, né sport né altre forme di attività fisica. Inoltre, soltanto 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età⁶¹.

Secondo i dati Passi⁶² 2014-2017 (su oltre 135 mila interviste), il 31,7% degli adulti residenti in Italia può essere classificato come fisicamente attivo (almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o un'attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali), il 34,7% parzialmente attivo (attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli sopra citati) e il restante 33,6% sedentario. La sedentarietà cresce con l'età (è pari al 37,9% fra i 50-69enni), è maggiore fra le donne rispetto agli uomini (35,4% *vs* 31,7%), fra le persone con uno *status* socio-economico più svantaggiato per difficoltà economiche (44,9% fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche *vs* 26,7% di chi dichiara di non averne) o per basso livello di istruzione (48,2% fra le persone con al più la licenza elementare *vs* 25,4% nei laureati) ed è maggiore fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (33,6% *vs* 35,6%).

Il gradiente geografico della sedentarietà è netto e divide l'Italia in due: nelle Regioni centro meridionali la prevalenza di sedentari è significativamente più elevata rispetto a quanto si osserva nelle Regioni settentrionali, con un *range* di valori che vanno dal 65,8% della Basilicata

⁵⁹ World Health Organization: "Diet and physical activity: a public health priority"

⁶⁰ Rapporto PASSI, 2011

⁶¹ Okkio alla salute, www.salute.gov.it

⁶² Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

all'11,6% della Provincia Autonoma di Bolzano. Le variazioni temporali su 10 anni di osservazione, descrivono una quota di sedentari in aumento in tutto il Paese, e in particolare nel Sud Italia, contribuendo ad ampliare il *gap* geografico.

Sono molteplici le evidenze scientifiche che dimostrano come una regolare attività fisica favorisca uno stile di vita sano. In particolare, tra gli aspetti positivi vi è la possibilità di ridurre fino al 50% il rischio di sviluppare malattie cardiache, tumorali e diabetiche.

L'attività fisica regolare riduce la mortalità correlata a patologie cardiovascolari del 20-30% in una modalità dose-dipendente nella popolazione generale, ma anche in persone con fattori di rischio coronarici e nei cardiopatici. Essere attivi è risultato associato a un guadagno globale come aspettativa di vita di 3,4-4,5 anni.

Nello specifico, l'esercizio fisico costante ha un effetto protettivo diretto sullo sviluppo delle lesioni aterosclerotiche e un effetto indiretto favorevole su altri fattori di rischio cardiovascolare (profilo lipidico, sensibilità all'insulina, massa grassa e pressione arteriosa), mentre la sedentarietà agisce invece con una tendenza opposta. Inoltre, dopo un evento cardiovascolare acuto, la pratica dell'attività fisica consente un recupero più rapido, con ripresa delle normali attività, compresa quella lavorativa.

Diversi studi e meta-analisi hanno stabilito che la sedentarietà rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo del diabete mellito di tipo 2, una condizione che preoccupa non solo per la costante crescita ma anche per la tendenza all'anticipo sempre più marcato dell'età di insorgenza. Si stima che il rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2 aumenta del 20% per ogni 2 ore aggiuntive quotidiane in cui si guarda la TV. È provato invece un effetto preventivo dell'attività fisica, moderata o vigorosa ma costante, con una riduzione del 30% del rischio di comparsa del diabete per i soggetti attivi rispetto a quelli sedentari. Si è visto, infatti, che una regolare attività fisica di due ore e mezzo alla settimana, associata ad una riduzione del peso corporeo del 5-7% oltre che ad una strategia

alimentare volta a ridurre l'assunzione di grassi e calorie, riduca sensibilmente (di circa il 60%) il rischio di contrarre il diabete di tipo 2⁶³.

L'attività fisica, nello specifico, incide positivamente sul livello di glucosio nel sangue e sulla sensibilità all'insulina⁶⁴. Tutto ciò si traduce anche in benefici sulla probabilità di insorgenza e/o gravità delle patologie maggiormente correlate, quali –oltre allo stesso diabete– ipertensione arteriosa e dislipidemie.

Esiste una relazione diretta tra livelli di attività fisica e predisposizione a sovrappeso e obesità. La combinazione di un IMC (≥ 25 kg/m²) con la sedentarietà ($\leq 3,5$ ore di attività fisica alla settimana) è responsabile del 59% delle morti premature cardiovascolari. Un'attività fisica costante, anche moderata, consente di mantenere un peso stabile. Nei soggetti già in sovrappeso l'attività fisica e l'esercizio moderato, in associazione a stili di vita corretti e in particolare a un'adeguata alimentazione, favoriscono un calo ponderale. In più, la partecipazione a programmi di attività fisica è utile per mantenerne la funzionalità e rallentare il fisiologico declino-età correlato dell'apparato muscolo-scheletrico, processo che conduce a forme degenerative di tipo artrosico, nonché ad una perdita prevalente della forza e dell'elasticità.

Un livello medio-alto di attività fisica è anche utile per prevenire l'osteoporosi, soprattutto negli anziani e nelle donne in menopausa. Fare attività fisica, inoltre, protegge dalle infezioni. Secondo uno studio dell'università danese di Aalborg, chi svolge attività molto lieve o moderata ha un rischio ridotto del 10% di sviluppare infezioni batteriche. Secondo stime del *World Cancer Research Fund*, il 20-25% dei casi di tumore sarebbe attribuibile a un bilancio energetico "troppo ricco", in pratica all'alimentazione eccessiva e alla sedentarietà⁶⁵.

In particolare, in soggetti sani, la pratica regolare dell'attività fisica sembra ridurre il rischio di sviluppare tumore della mammella, del colon e dell'endometrio. In prevenzione secondaria⁶⁶, l'attività fisica ridurrebbe il

⁶³ Tuomilehto et al. 2001, Knowler et al. 2002, Ramachandran et al. 2006

⁶⁴ McAuley et al., 2002

⁶⁵ La Repubblica, Due ore di attività fisica a settimana allungano la vita, 06/06/2017

⁶⁶ Si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa.

rischio di morte nei pazienti con cancro al seno e colon-retto⁶⁷. Oggi prove consistenti sui benefici dell'attività fisica esistono per i tumori del colon, della prostata e del seno: tre dei quattro “big killer”⁶⁸. Per quanto riguardano i tumori prostatici, che in Italia colpiscono 35 mila persone ogni anno, si è visto che - secondo i risultati dell'*Health Professionals Follow-Up Study* (uno studio di popolazione condotto dall'*Harvard School of Public Health*) - dopo la diagnosi, gli uomini che fanno attività fisica intensa per tre ore a settimana vedono la probabilità di morire per questo cancro ridursi di ben il 61%, rispetto a chi si allena per meno di un'ora a settimana. Non è il solo studio ad affermarlo. Lo scorso anno, al meeting annuale dell'*American Association for Cancer Research*, sono stati presentati i dati di un'ampia ricerca epidemiologica (condotta su una coorte di oltre 10 mila uomini). Ebbene, anche in questo caso, i più attivi (prima e dopo la diagnosi) hanno avuto una mortalità inferiore del 34% rispetto ai meno inclini all'attività fisica.

Per quel che riguarda il colon-retto, al *Gastrointestinal Cancers Symposium* è stato presentato un ampio studio clinico su oltre 1.200 pazienti con tumore in fase metastatica, condotto dal *Brigham & Women's Hospital* di Boston: in chi è riuscito a sostenere 30 minuti di attività fisica moderata (passeggiate, pulizie domestiche o giardinaggio) al giorno, la mortalità si è ridotta del 19% e la progressione della malattia del 16%. Anche in questo caso i dati indicano che più tempo si sta in movimento, più i benefici sembrano aumentare: nei pazienti che hanno dedicato all'attività fisica cinque ore o più a settimana, la mortalità si è ridotta del 25%.

A maggiore conferma di quanto affermato, una meta-analisi del 2012 pubblicata sul *Journal of the National Cancer Institute* aveva individuato 27 studi osservazionali che mostravano un'associazione tra attività fisica e riduzione della mortalità per il tumore al colon-retto (circa 52 mila nuovi casi ogni anno in Italia) e al seno (circa 50 mila donne colpite ogni anno in Italia). Risultati in linea con quelli di un'altra meta-analisi pubblicata nel 2014 su *Annals of Oncology*. Per il carcinoma della mammella, però, va fatta

⁶⁷ Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20 Verona

⁶⁸ Tumori al colon-retto, prostata, seno, polmone

una distinzione: l'esercizio regolare ridurrebbe il rischio di recidiva di ben il 50% nelle donne con tumori ormono-dipendenti (le cui cellule, cioè, presentano un alto numero di recettori per gli estrogeni), ma di appena il 9% nelle donne con tumori che non presentano questa caratteristica.

L'attività fisica sarebbe in grado di ridurre dal 10 al 42 per cento il rischio di ben tredici tipi di cancro. Lo hanno scritto in uno studio pubblicato a maggio 2017 su *JAMA Internal Medicine* gli scienziati della *University of North Carolina a Chapel Hill Gillings School of Public Health*. I tumori in questione sono: adenocarcinoma dell'esofago, tumore del fegato, del polmone, del rene, dello stomaco a livello del cardias, dell'endometrio, leucemia mieloide, mieloma, di tumore del colon, di tumori della testa e del collo, del retto, della vescica e della mammella⁶⁹.

Non si guarda solo alla sopravvivenza, ma anche alla qualità di vita. I risultati degli studi condotti fino a oggi sono concordi nel dire che l'attività fisica ha un effetto positivo su molte condizioni: riduce la *fatigue* (un effetto collaterale della chemio e della radioterapia), la nausea e gli stati di ansia, migliora il tono dell'umore, aumenta l'autostima. In generale, agisce sul senso di benessere fisico e psicologico. Anche i pazienti con tumore del polmone sembrano beneficiare dell'esercizio fisico, sebbene gli studi siano ancora pochi.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una percentuale che arriva fino al 19% di tutti i tumori è attribuibile alla sola mancanza di esercizio fisico.

I meccanismi per cui il movimento riduca il rischio oncologico sono per certi versi ancora nebulosi, ma tanti sono i passi avanti effettuati dalla ricerca. L'esercizio fisico agisce sulla riduzione del rischio di cancro attraverso: il sistema immunitario; la riduzione di livelli di insulina (creando un ambiente a basso livello di zucchero si scoraggia la crescita e la diffusione delle cellule tumorali); l'innescò dell'apoptosi; la produzione di citochine (l'infiammazione, specie se cronica, favorisce la comparsa di mutazioni cellulari e di conseguenza la trasformazione del tessuto sano in tumorale); il potenziamento del sistema antiossidante; un generale

⁶⁹ Cancro, se l'attività fisica è come una medicina, La Repubblica, 2017

miglioramento dell'assetto ormonale e della composizione corporea (meno grasso, meno ormoni steroidei); il miglioramento dell'attività intestinale (muoversi accelera il transito intestinale: più lungo è il tempo in cui le sostanze di scarto dell'alimentazione rimangono in contatto con le mucose di stomaco e intestino, e più alto è il rischio che eventuali composti tossici o mutageni danneggino le cellule).

Il controllo del peso corporeo è la prima delle raccomandazioni che ne deriva. Un indice di massa corporea (o BMI, *body mass index*) uguale o superiore a 40 è associato ad un aumento tra il 50 e il 60% di mortalità per tutti i tipi di cancro, paragonato al tasso relativo della popolazione con BMI inferiore a 25. L'indice di massa corporea può essere dunque usato come campanello d'allarme per predire la possibilità di sviluppare un tumore e sui suoi effetti⁷⁰.

Infine, i vantaggi legati all'attività fisica si traducono in benefici psicologici e nelle relazioni sociali, come l'incremento dell'autostima e della qualità della vita e una migliore immagine di sé, specie nel sesso femminile. I benefici psicosociali sono maggiormente evidenti quando vengono praticati sport di squadra rispetto a forme individuali di attività fisica.

I benefici psicologici dell'attività fisica sono osservabili in termini di prevenzione dei disturbi psichici, dall'ansia agli attacchi di panico, dalla depressione a varie dipendenze, dallo stress alla solitudine⁷¹.

I livelli di attività fisica utile per il mantenimento di uno stato di salute buono e per il controllo del peso corporeo sono definiti dall'OMS.

Per ottenere vantaggi per la salute nell'adulto (18-64 anni) l'attività fisica dovrebbe essere praticata nell'arco della settimana per almeno 150 minuti complessivamente con intensità moderata (in media 30 minuti per 5 giorni la settimana) ovvero per almeno 75 minuti complessivamente con intensità più elevata (in media 15 minuti per 5 giorni la settimana) o ancora con una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata. L'attività aerobica deve essere effettuata in frazioni di almeno 10 minuti continuativi per ottenere un vantaggio metabolico significativo.

⁷⁰ Attività fisica e rischio oncologico, Ailmag, 2018

⁷¹ Epicentro, Istituto Superiore della Sanità, 24 maggio 2018

Raddoppiando il tempo settimanale raccomandato (300 minuti di attività moderata ovvero 150 minuti di attività intensa o ancora una combinazione equivalente) si raggiungono benefici aggiuntivi. È inoltre indicata almeno 2 giorni alla settimana un'attività di rafforzamento dei gruppi muscolari maggiori. Per gli adolescenti, si raccomanda di svolgerne almeno 60 minuti per almeno 5 giorni alla settimana.

L'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica appare purtroppo ancora troppo bassa, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: secondo il già citato programma Passi, quasi 3 intervistati su 10 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 40% e fra le persone con patologie croniche è appena poco sopra il 45%.

- 2.3 *L'alcol*

L'alcol in Europa è terza causa di mortalità prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, ed è la principale causa di cirrosi epatica nonché di una sessantina di malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro.

Secondo l'ultimo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷², l'uso di alcol causa nel mondo 3,3 milioni di morti all'anno, ossia il 5,9% di tutti i decessi (7,6% uomini e il 4,0% donne) e il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura⁷³ attribuibili all'alcol. In Italia, il consumo di alcol provoca tra i 30 e i 35 mila decessi l'anno, è la prima causa di morte tra i giovani per incidenti stradali (26,25% della mortalità maschile e 11,37% di quella femminile)⁷⁴, e provoca oltre 100 mila ricoveri e circa 60 mila alcol-dipendenti. Inoltre, causa un aumento di assenze dal lavoro 3-4 volte superiori, oltre che una riduzione

⁷² Global status report on alcohol and health, 2014

⁷³ *Disability Adjusted Life Years, DALYs*

⁷⁴ ISS, Istituto Superiore della Sanità

progressiva della capacità lavorativa (dopo 7 anni di abuso-dipendenza perdita del 15%, dopo 11 anni perdita del 50%, dopo 14 anni perdita del 75%); per non parlare dell'aumento del rischio di infortuni, con costi sociali ed economici rilevanti.

Seppure il nostro Paese si colloca tra i posti più bassi della graduatoria europea per consumo pro-capite di alcol, presenta comunque livelli superiori a quelli raccomandati dall'OMS, con un'età media del primo contatto di 12,2 anni contro i 14,6 anni della media europea⁷⁵.

Si ricorda che l'alcol non è un nutriente e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni. Causa invece danni diretti alle cellule di molti organi, soprattutto fegato e sistema nervoso centrale.

L'alcol è assorbito per il 2% dallo stomaco e per il restante 80% dalla prima parte dell'intestino. L'alcol assorbito passa quindi nel sangue e dal sangue al fegato, che ha il compito di "smaltirlo". Questo sistema di smaltimento dell'alcol non è uguale in tutte le persone: varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di caratteristiche personali; non è completamente efficiente prima dei 21 anni ed è inefficiente sino ai 16 anni; dopo i 65 anni si perde gradualmente la capacità di smaltire l'alcol e, nel sesso femminile, è sempre la metà, a tutte le età, rispetto alle capacità maschili. Per queste ragioni, alcune persone sono più vulnerabili agli effetti dell'alcol rispetto ad altre.

Il consumo di bevande alcoliche è responsabile o aumenta il rischio di insorgenza di numerose patologie: cirrosi epatica, pancreatite, tumori maligni e benigni (come quelli del seno), epilessia, disfunzioni sessuali, demenza, ansia, depressione.

L'alcol è inoltre responsabile di molti danni indiretti (i cosiddetti danni alcol-correlati), dovuti a comportamenti associati a stati di intossicazione acuta, come nel caso dei comportamenti sessuali a rischio, dei fenomeni suicidari, degli infortuni sul lavoro e degli episodi di violenza⁷⁶.

⁷⁵ https://www.necsi.it/doc_aliseo/Statistiche_infortuni.pdf

⁷⁶ Ministero della Salute, 2017

È di recente pubblicazione⁷⁷ il rapporto “Indagine sull’Alcolismo in Italia”, redatto dall’Osservatorio permanente Eurispes/Enpam, che ha quantificato in 435mila le morti, dirette o indirette, per alcolismo negli ultimi 10 anni in Italia, identificando l’alcol come la sostanza psicotropa che miete più vittime anche rispetto a fumo, droghe sintetiche e cocaina.

Ricerche già pubblicate indicano che la relazione tra consumo di alcol e mortalità generale (per qualsiasi causa, non solo per cancro) può essere descritta da una curva a forma di J, una funzione che sostanzialmente indica che tra chi beve poco la mortalità è più bassa che non tra chi beve molto o moltissimo, ma anche che non tra chi non beve affatto o molto saltuariamente. Secondo le ipotesi più diffuse la curva J del rischio mortalità-consumo alcolico potrebbe essere dovuta alla possibile attività protettiva dell’alcol (in quantità basse, sia chiaro) sulle patologie cardiovascolari. Diverso il discorso per quanto riguarda il rischio di ammalarsi di cancro e morire per questa malattia, che aumentano in modo lineare all’aumentare del consumo di alcol, disegnando una retta in salita⁷⁸.

L’alcol è una sostanza psicotropa, tossica, cancerogena, oltre che induttrice di dipendenza. La comunità scientifica internazionale ha ampiamente dimostrato che l’alcol accresce il rischio di sviluppare oltre 200 patologie.

Per valutare correttamente il rischio connesso all’assunzione di bevande alcoliche, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve tener conto di alcuni stili di vita come: il bere lontano dai pasti o il bere quantità di alcol eccessive in una singola occasione, o la capacità di smaltire l’alcol rispetto al genere e all’età della persona. Un consumo considerato moderato può essere indicato entro il limite di 2-3 unità alcoliche (circa 36 gr) al giorno per l’uomo, 1-2 (circa 24 gr) per le donna, una sola unità alcolica (circa 12 gr) per gli anziani da consumarsi durante i pasti. Per gli adolescenti fino a 15 anni, l’OMS raccomanda l’astensione totale dal consumo di alcol. Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo, che sono contenuti in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino a media gradazione (circa 12°), in una

⁷⁷ 17 Ottobre 2018

⁷⁸ Consumo di alcol, cancro e mortalità: cosa sappiamo, La Repubblica, 06/07/2018

lattina o bottiglia di birra (330 ml) di media gradazione (circa 4,5°) o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico (40°).⁷⁹

I consumi che eccedono tali soglie sono dunque da considerarsi a rischio. Inoltre è da considerare che la tollerabilità all'alcol può essere compromessa anche da particolari condizioni di salute, da assunzione di farmaci o altri fattori individuali⁸⁰.

Alcuni studi⁸¹ hanno dimostrato come un consumo elevato di alcol sia correlato ad un più alto rapporto vita-fianchi, ed i carboidrati ingeriti con l'alcol appaiono in grado di far aumentare il glucosio. Secondo altri studi⁸², inoltre, è in grado di incrementare la trigliceridemia. Nello specifico, l'alcol è una sostanza calorica con sette chilocalorie per grammo che fanno di un bicchiere medio di qualunque bevanda alcolica (che contiene 12 grammi di alcol) una componente non indifferente nell'introito calorico giornaliero. È facile calcolare che un semplice bicchiere ai pasti (a pranzo e a cena) determina l'introito di oltre 5400 chilocalorie. In alcuni casi si possono raggiungere e superare le circa 7000 chilocalorie, che si traducono in un chilogrammo di peso, se non smaltite con adeguato esercizio fisico. Inoltre, più si beve, maggiore è il rischio che il passo successivo sia rappresentato dal consumo di cibo, in quanto l'etanolo è in grado di stimolare il senso del gusto, agendo sui neuroni orexigeni *Agrp* (che stimolano la fame) in maniera superiore alla norma⁸³.

Bisogna anche dire che un consumo moderato di alcol appare in grado, tuttavia, di avere un potenziale effetto positivo sulla sensibilità insulinica⁸⁴, e appare essere correlato ad una riduzione del rischio coronario⁸⁵ e di ictus⁸⁶, ad un incremento ematico di colesterolo HDL.

⁷⁹ La gradazione alcolica delle bevande è generalmente riportata sulle etichette dei prodotti. Per ottenere i grammi di alcol presenti in un litro di quella bevanda, la gradazione espressa in volume va moltiplicata per 8. Il valore ottenuto, che si riferisce ad un litro, va poi rapportato alla quantità realmente assunta

⁸⁰ www.salute.gov.it, area Stili di Vita

⁸¹ Dallongeville et al., 1998

⁸² Kerr et al., 1990; Pownall et al., 1999.

⁸³ Francis Crick Institute, Londra

⁸⁴ Davies et al., 2002; Greenfield et al., 2003; Sierksma et al., 2004

⁸⁵ Howard et al., 2004; Ajani et al., 2000

⁸⁶ Sacco et al., 1999

L'alcol è considerato sostanza cancerogena certa⁸⁷. Il rischio, così come per gli altri cancerogeni, è direttamente proporzionale alla dose di esposizione: più se ne consuma, maggiori sono le probabilità di ammalarsi. Ma per i consumatori occasionali occorre comunque precisare che non esistono livelli di consumo sicuri correlati al rischio oncologico.

Non esiste insomma, proprio come per le sigarette, un effetto soglia, non è possibile cioè identificare dei livelli di consumo che non comportino alcun rischio per la salute di chi beve alcolici. In realtà nessun livello di consumo è del tutto privo di rischi e dagli studi non emergono neppure grandi differenze tra il bere birra o superalcolici; è solo la quantità di alcol a fare la differenza e ad aumentare il rischio. Il concetto, ormai condiviso da tutta la comunità scientifica, si riassume con lo slogan *less is better* (meno è meglio).

Nei Paesi sviluppati, il principale fattore di rischio di natura alimentare per il tumore alla bocca, alla laringe e all'esofago, è il consumo di bevande alcoliche. Più in dettaglio, secondo i dati dell'*American Society of Clinical Oncology*, bere alcolici aumenta le probabilità di ammalarsi di cancro del fegato, del colon, della mammella, dell'orofaringe e della laringe. Tanto che il 5,5% dei nuovi casi di cancro nel mondo e il 5,8% delle morti sarebbero attribuibili proprio all'alcol. Il rischio è più alto se il consumo è elevato e prolungato, ma anche l'abitudine moderata al bere, o addirittura lieve, agisce sulla probabilità di ammalarsi.

Quindi i siti più vulnerabili ai tumori causati dall'alcol sono la bocca, la faringe e l'esofago (il rischio aumenta di 4-7 volte in chi consuma più di 50 grammi di alcol al giorno, rispetto ai non bevitori). Nel caso dei tumori del fegato, del colon e della mammella, chi assume più di 50 grammi al giorno, ha un rischio maggiorato di una volta e mezzo, rispetto agli astemi⁸⁸. Il principale imputato, più che l'etanolo, sarebbe - a detta dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc) - l'acetaldeide, una sostanza che si forma a livello epatico in seguito all'ossidazione dell'etanolo (contenuto nell'alcol) e che risulta molto più tossico del composto originale. La Iarc, che a seguito dei nuovi dati ha catalogato il

⁸⁷ Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc) di Lione

⁸⁸ Connor et al., 2016

composto come un cancerogeno di tipo 1, ipotizza che l'acetaldeide sia in grado di modificare il ciclo riproduttivo cellulare avviando la formazione del tumore.

- 2.4 Il fumo

Altra abitudine voluttuaria che causa danni alla salute è il fumo. Nel mondo ogni anno muoiono, per malattie dovute al fumo, 4 milioni di persone (7 persone ogni minuto)⁸⁹. In Italia la stima è di circa 100.000 morti all'anno, di cui il 25% in un'età compresa tra 35 e 65 anni.

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa: 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Si stima che di mille maschi adulti che fumano uno morirà di morte violenta, sei moriranno per incidente stradale, 250 saranno uccisi dal tabacco per patologie ad esso correlate.

Gli organi colpiti dal fumo di tabacco sono molteplici: l'apparato broncopolmonare e quello cardiovascolare sono i più bersagliati. Il *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) degli U.S.A. ha identificato 27 malattie fumo-correlate. La gravità dei danni fisici dovuti all'esposizione - anche passiva - al fumo di tabacco è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso.

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità il 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 20-25% degli incidenti cardiovascolari, sono dovuti al fumo di tabacco. In Italia si stima che il fumo sia responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno. Il fumo aumenta il rischio di cancro non solo dei polmoni ma anche della vescica, del fegato, del laringe, dell'esofago, del pancreas. È la causa principale di infarto e di malattie coronariche sia negli

⁸⁹ www.paginemediche.it, Fumo: i rischi per il cuore e i vantaggi per chi smette

uomini che nelle donne e si associa al 30% delle morti causate da malattie coronariche, ad un aumentato rischio di morte improvvisa, a una aumentata mortalità peri-operatoria in pazienti con by pass coronarico. Il fumo di sigaretta facilita non solo l'arteriosclerosi delle coronarie, ma di tutte le arterie. Questo si correla, specialmente nei fumatori, a numerose malattie, come ictus, aneurisma aortico, declino mentale, danni sulla sessualità maschile (il fumo di sigaretta è presente nel 75% dei soggetti con disfunzione erettile), ma anche sull'apparato riproduttivo femminile, provocando menopause più precoci di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici. Una donna gravida che fuma, inoltre, ha un aumentato rischio di aborti, di bambini nati morti, di ritardo di crescita e di sviluppo mentale oltre che polmonare (capacità respiratoria inferiore del 10%), e di avere neonati sottopeso (200 grammi in meno in media). Anche il fumo passivo è in grado di indurre il cancro polmonare nei fumatori e si è visto che i figli di genitori fumatori hanno una maggiore incidenza di polmoniti, di bronchiti e di crisi asmatiche rispetto ai figli di genitori non fumatori⁹⁰.

Il fumo è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo e la progressione di un precoce danno renale diabetico (albuminuria) e per il peggioramento della retinopatia nei giovani soggetti diabetici.

Smettere di fumare allunga la speranza di vita: chi smette di fumare tra i 35 e 39 anni vive in media, rispettivamente 5 e 3 anni di più, rispetto ai coetanei che continuano a fumare; chi smette di fumare tra i 65 e i 69 anni aumenta l'aspettativa di vita in media di 1 anno. Inoltre, se si smette di fumare, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca diminuiscono. Il rischio di avere un infarto cardiaco si riduce del 50% dopo 1 anno. Il rischio di avere un ictus cerebrale regredisce in 5-10 anni. Il rischio di cancro del polmone è paragonabile a quello di chi non ha mai fumato dopo 10 anni dalla sospensione. Smettere di fumare, quindi, migliora la qualità e aspettativa di vita.

⁹⁰ Ministero della Salute, danni derivati dall'uso del tabacco, 2018

- 2.5 *Uno stile di vita sano*

“Stile di vita” è un’espressione coniata da Alfred Adler⁹¹ per definire “l'impronta unica e irripetibile di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, sentimenti ed emozioni, posti al servizio del fine ultimo perseguito”. Lo stile di vita di una persona - che può essere inteso in modo semplicistico come il modo individuale di affrontare gli eventi della vita – insieme alla genetica e all’ambiente, condiziona il suo benessere psico-fisico. Esso quindi non può corrispondere solo ad una corretta alimentazione e ad una buona attività fisica, bensì è un “costrutto più complesso che racchiude un buon utilizzo del nostro tempo libero, delle relazioni interpersonali positive, una maggiore consapevolezza di ciò che davvero ha un significato per noi, la capacità di gestire le emozioni e lo stress; ulteriori componenti di uno stile di vita sano sono delle sufficienti ore di sonno, e l’abilità a non lasciarsi trascinare da abitudini voluttuarie (alcol, fumo, etc.)⁹².

Dal punto di vista prettamente medico, si è identificato un punto di sintesi che portasse alla formulazione di indicazioni alimentari e comportamentali, comprensibili ed esaustive rispetto agli studi effettuati, e in grado di rappresentare uno strumento sintetico e concreto per la complessiva prevenzione delle malattie croniche e il raggiungimento di una condizione di generale buona salute. Al fine di adottare uno stile di vita corretto e una alimentazione sana è consigliato: svolgere attività fisica regolare, mediamente da 30 a 60 minuti al giorno per la maggior parte dei giorni della settimana; evitare situazioni di sovrappeso/obesità sia temporanee che protratte nel tempo; evitare il consumo di alcolici; non fumare; adottare una dieta equilibrata, caratterizzata dal controllo del complessivo apporto calorico e da un’appropriata composizione dei diversi macro e micro nutrienti; aumentare il consumo di frutta e verdura (fino a circa 400 grammi al giorno che equivale a circa 4-5 porzioni; una porzione equivale a circa 80 grammi); preferire le fonti di carboidrati

⁹¹ medico, psicologo e analista viennese che visse a cavallo tra il XIX ed il XX secolo

⁹² Educazione alla Scelta e alla Consapevolezza, Programma di educazione terapeutica nella cura dell’obesità, 2018

complessi e aumentare il consumo di cereali integrali; aumentare il consumo di legumi; consumare 2-3 porzioni di pesce alla settimana; preferire l'utilizzo di condimenti di origine vegetale (oli vegetali) al posto di condimenti ad alto contenuto di grassi di origine animale (burro, strutto); limitare il consumo di cibi ad elevato contenuto di grassi (ad esempio, *hot dog*, salse, creme, prodotti caseari, insaccati), preferendo i prodotti "magri"; limitare il consumo di cibo fritto; limitare il consumo di carne e pollame a 3-4 porzioni massimo alla settimana; le uova si possono mangiare fino a 4 per settimana; preferire latte scremato o parzialmente scremato; tra i formaggi scegliere quelli più magri, oppure consumarne porzioni più piccole; limitare l'utilizzo aggiuntivo di sale (rispetto a quello naturalmente contenuto negli alimenti) nella misura quotidiana di 5-6 g di sale aggiunto, pari a circa un cucchiaino; limitare il consumo di cibi/bevande caratterizzate da elevate concentrazioni di zuccheri (ad esempio, prodotti di pasticceria e bibite zuccherate); bere acqua a sufficienza (1,5-2 litri/die); evitare l'utilizzo quotidiano di integratori alimentari; scegliere quantità adeguate (porzioni) di cibi appartenenti a tutti i diversi gruppi alimentari, alternandoli nei vari pasti della giornata⁹³.

Si propone, nella tabella successiva, esempi di porzioni ideali per le varie tipologie di alimenti, proposta dall'*American Cancer Association*.

⁹³ Linee guida per una sana alimentazione italiana, 2003, 'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN)

Cibo	Quantità corrispondente a una porzione
Frutta	1 banana, 1 mela, 1 arancia Mezza coppa di macedonia 1 succo di frutta
Verdura	1 piatto di insalata cruda Mezzo piatto di verdura cotta
Cereali	1 fetta di pane 30 grammi di cereali Mezzo piatto di riso/pasta
Legumi	Mezzo piatto di legumi secchi 10 grammi di frutta secca
Prodotti caseari e uova	1 bicchiere di latte 1 vasetto di yogurt 45 grammi di formaggio 1 uovo
Carne	60-80 grammi di carne, pollo, pesce

Porzioni ideali per le varie tipologie di alimenti.

Si raccomanda, inoltre, di fare 3 pasti al giorno: colazione, pranzo, cena; a questi si può aggiungere uno spuntino, consigliato soprattutto per bambini, anziani o semplicemente quando si ha fame; è importante non saltare i pasti: infatti, saltandone uno il nostro organismo tenderà a rifarsi al pasto successivo e a mangiare di più per prevenire un eventuale stimolo di fame. Anche il tempo necessario per consumare il pasto è importante.

In effetti, il nostro cervello ha bisogno di tempo per ricevere i segnali dallo stomaco, quei segnali che gli permettono di capire che stiamo effettivamente mangiando. Si dice che devono trascorrere circa 20 minuti prima che si arrivi a percepire che abbiamo mangiato abbastanza⁹⁴.

L'adozione di comportamenti in linea con tali indicazioni appare in grado di prevenire in modo significativo e a livello complessivo l'insorgenza delle patologie cardiovascolari, diabetiche e tumorali⁹⁵.

⁹⁴ Epicentro, portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica

⁹⁵ Alimentazione e Salute, Barilla Center for Food & Nutrition

CAPITOLO 3: LA CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE E IL MMG

- 3.1 *Obiettivi dello studio*

“Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico, né in eccesso né in difetto, avremmo trovato la strada per la salute”. A dirlo non è uno studio di ultima generazione, bensì Ippocrate nel lontano V secolo a.C.. Ebbene sì, l’importanza di uno stile di vita sano nella prevenzione delle patologie è nota ormai da tempo. Allora perché pare sia così difficile metterlo in atto su larga scala? Perché la loro importanza è quasi sempre sottovalutata?

Questa tesi ha proprio l’obiettivo di evidenziare quanta consapevolezza hanno i pazienti dell’importanza di uno stile di vita sano, sia nella prevenzione di patologie – se non ne hanno – ma anche nella cura, al pari della terapia farmacologica, delle malattie croniche cosiddette non trasmissibili, se ne sono affetti. Mediante domande su abitudini alimentari, fumo, alcol e attività fisica, se ne analizzano prima gli stili di vita, evidenziando comportamenti errati e quelli invece corretti, poi quello che pensano e credono sulla correlazione tra stile di vita e patologie.

D’altra parte, questo studio - sempre mediante il punto di vista dato dai pazienti stessi - vuole anche analizzare la figura del medico di Medicina Generale, evidenziando nello specifico in che modo si colloca in questo contesto di promozione e sostegno di uno stile di vita sano, cercando di capire quanto e cosa si è fatto finora in questa direzione, e se si potrebbe fare di più, e se sì in che modo.

- 3.2 *Materiali e Metodi*

Lo studio si è basato sulla compilazione di un questionario (allegato A⁹⁶) diviso in quattro parti: la prima parte è di tipo anagrafica ed evidenzia anche se il paziente è un soggetto sano o affetto da una o più patologie; la seconda analizza le abitudini alimentari, la tendenza al fumo e all'alcol, l'attività fisica, l'uso di integratori alimentari; la terza parte analizza la consapevolezza del paziente sia di quanto è importante uno stile di vita sano nella prevenzione delle patologie, sia della correttezza o meno dello stile di vita da lui stesso condotto; infine, la quarta parte analizza il ruolo del medico di Medico di Medicina Generale, quanto finora fa e come potrebbe incidere maggiormente in questo contesto.

Il questionario è stato distribuito sia in forma cartacea, che in forma informatica mediante una versione online utilizzando il programma *Google Drive*.

I moduli cartacei sono stati distribuiti tra parenti, amici, in alcuni studi medici dei paesi Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Altamura, in parrocchia, all'università della terza età. Invece, il questionario online è stato diffuso su *facebook* - sia sulla pagina personale della sottoscritta, sia in gruppi cittadini e in gruppi a carattere medico – e su *whatsapp*, tra i contatti e i vari gruppi. Presupposto per poter rispondere è stato l'essere iscritto ad un medico di Medicina Generale.

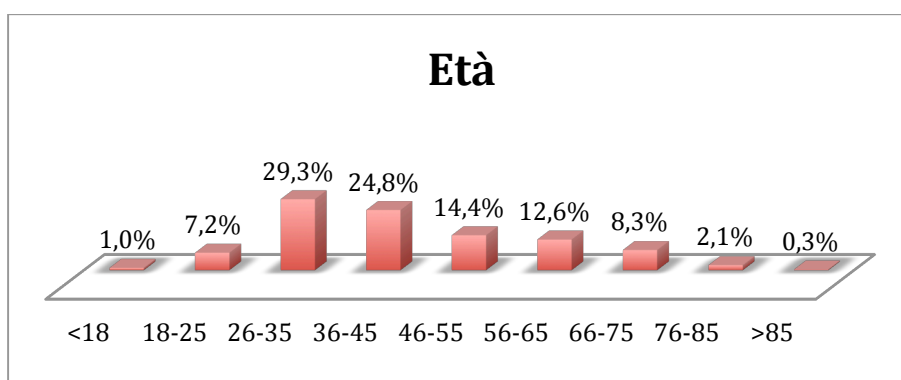
Tutte le risposte sono state raccolte ed elaborate mediante la formazione di un foglio di lavoro in formato *excel*.

⁹⁶ Prendendo indicazioni da: ODHIN Studio collaborativo dell'Unione Europea Questionario per i Medici di Medicina Generale; Questionario sullo stile di vita degli utenti dell'ambulatorio, Regione Toscana

- 3.3 Risultati

Le risposte totali pervenute sono state 685: quelle online sono state 457, quelle cartacee 228 su 360 questionari distribuiti manualmente. Hanno risposto 462 (67,6%) donne e 221 (32,4%) uomini.

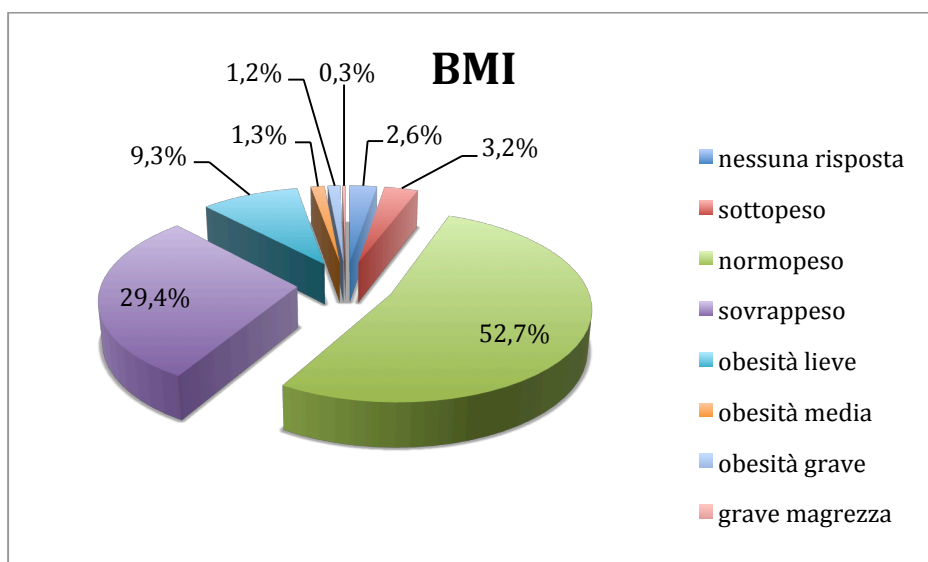
La popolazione intervistata è stata divisa in fasce di età secondo l'istogramma sotto riportato; la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella tra 26 e 35 anni, con il 29,35% (183). L'8,7% (60) non ha voluto indicare la propria età.



Classi di età degli intervistati.

Dalle risposte su peso ed altezza, si è potuto calcolare il BMI (kg/m^2), il Body Mass Index o Indice di Massa Corporea. Il 52,7%, corrispondente a 361 intervistati, sono normopeso (BMI compreso tra 18,5 e 24,99); il 29,4% (201) sono in sovrappeso (BMI compreso tra 25 e 29,99); 11,8% (81) sono obesi (9,3% obesità lieve – BMI 30-34,99; 1,3% media – BMI 35-39,99; 1,2% grave – BMI ≥ 40); il 3,5% (24) hanno invece il peso inferiore al normale (3,2% sottopeso – BMI 16-18,49; 0,3% grave magrezza – BMI < 16).

Diciotto persone (2,6%) non hanno scritto né il peso né l'altezza.



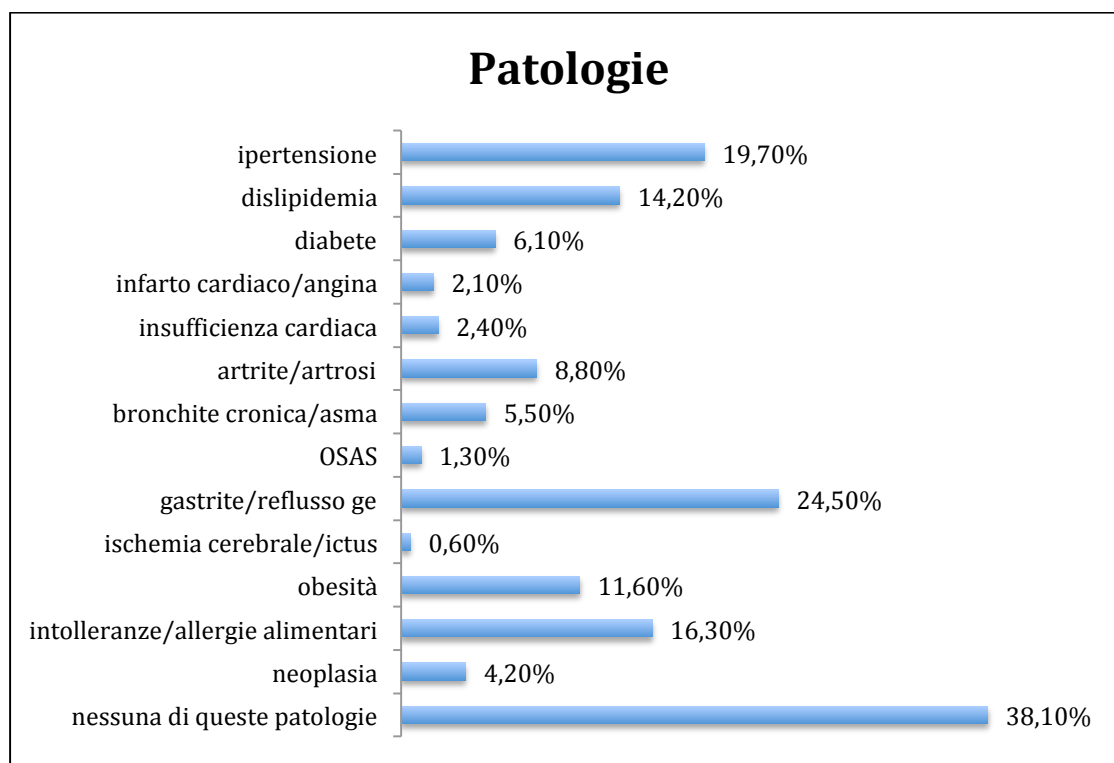
Distribuzione degli intervistati secondo BMI (Body Mass Index)

Il 58,7% degli intervistati risulta essere sposato o convivente, il 31,9% celibe o nubile, il 5,9% separato o divorziato, il 3,5% vedovo.

Riguardo il grado di istruzione, il 42,9% è diplomato, il 38,5% laureato, il 18,6% ha invece frequentato scuole inferiori (5,9% elementare, 12,7% media).

Il 60,7% sono lavoratori (dipendenti o libero professionisti), il 9,2% studenti, il 14,2% casalinghe, il 9,3% pensionati, il 6,6% sono in cerca di lavoro.

Analizzando lo stato di salute, 257 persone (38,1%) dichiarano di non avere nessuna delle patologie elencate: ipertensione, dislipidemia, diabete, infarto cardiaco o angina, insufficienza cardiaca, artrite e/o artrosi, bronchite cronica e/o asma, OSAS, gastrite e/o reflusso gastro-esofageo, ischemia cerebrale/ictus, obesità, intolleranze/allergie alimentari, neoplasia. Undici persone (1,6%) non hanno risposto. Della restante parte, la patologia più nominata è stata la gastrite e/o il reflusso gastroesofageo (24,5%), seguito dall'ipertensione (19,7%), intolleranze o allergie alimentari (16,3%), dislipidemie (14,2%), obesità (11,6%), artrite e/o artrosi (8,8%), diabete (6,1%), bronchite cronica e/o asma (5,5%), neoplasia (4,2%), le restanti in percentuali minori.



Percentuali di distribuzione delle patologie degli intervistati

Alla domanda su come pensa di mangiare i risultati sono stati i seguenti: 1% (7 persone) per nulla sano, 15,6% (107) poco sano, 34,3% (235) sano, 44,4% (304) abbastanza sano, 4,7% (32) molto sano.

Solo 53 pazienti intervistati, il 7,7%, fa attività fisica tutti i giorni; il 14,7% (101) fa attività fisica tre volte o più a settimana; il 18,8% (129) due volte a settimana; il 15,9% (109) una volta a settimana; 293 persone, il 42,8%, dichiara di non fare mai o quasi mai attività fisica.

Tra chi fa attività fisica, questa risulta essere nel 45,8% (199) dei casi di tipo moderata, nel 43,8% (190) leggera, nel 10,4% (45) con rilevante sforzo fisico.

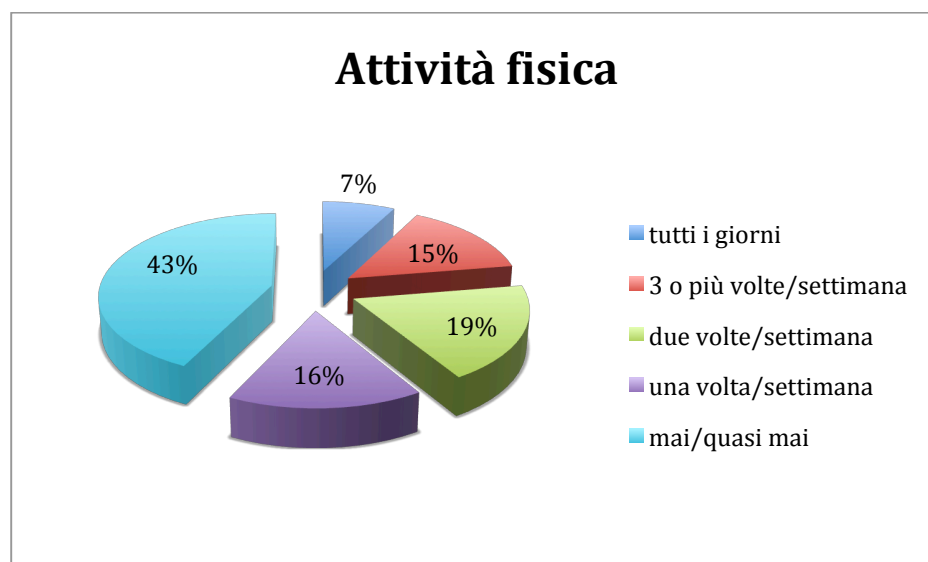


Grafico che indica la frequenza con cui gli intervistati fanno attività fisica di almeno 30 minuti.

Il 15,4% degli intervistati (105) non sanno se consumano o meno cibi biologici, intesi come non trattati con sostanze chimiche e coltivati su terreni sicuri; il 28,1% (192) non ne consumano affatto; il 27% (185) ne consumano almeno una volta a settimana; il 29,5% (202) più volte a settimana.

Per quanto riguarda l'abitudine al bere, i risultati sono i seguenti: tutti i giorni bevono vino e/o birra il 14% (96) degli interessati e superalcolici (intesi come quelle bevande con gradazione superiore a 21°, quali vodka, rum, sambuca, campari, etc.) lo 0,3% (2); qualche volta durante la settimana, il 29,3% (199) vino/birra e il 6,4% (44) superalcolici; qualche volta durante il mese, 30,4% (208) vino/birra e il 30,2% (207) superalcolici; il 24,6% (168) non bevono vino/birra e l'1,9% (13) hanno smesso di berli; il 57,8% (396) non bevono superalcolici e il 5,3% (36) hanno smesso di berli.

Il 22,3% dichiara di fumare: meno di 5 sigarette/pipe/sigari al giorno il 6,4% (44); 5-10/die il 6,7% (46); 11-20/die il 6,6% (45), più di 20 il 2,6% (18); il 12,3% (84) dichiara di aver smesso di fumare, il 65,4% (447) di non aver mai fumato.

Il 64,8% (442) fanno uso o ne hanno fatto in passato di integratori alimentari; il 33,9% (231) non ne hanno mai presi; l'1,3% (9) non sa. Tra coloro che hanno preso o prendono ancora integratori, solo nel 27,6% (128)

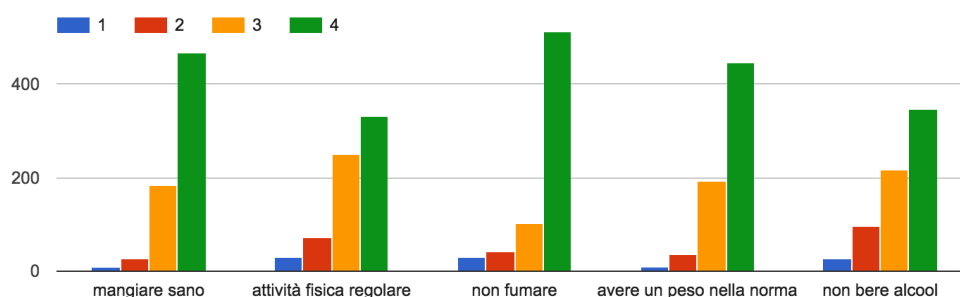
dei casi è stato consigliato dal medico di famiglia; nel restante 72,4% (335) dei casi è stato consigliato da altre figure: il farmacista (13,4%), una persona vicina (8%), internet o pubblicità in tv (5,2%), altro (18,8%); ha fatto di propria iniziativa il 27% degli intervistati.

Analizziamo ora le abitudini alimentari, descrivendo la frequenza con cui si consumano: bevande zuccherate, verdura, frutta fresca, pesce, carne (compresi salumi ed insaccati), latticini/formaggi, dolci, pane/pasta, prodotti integrali. Per maggiore chiarezza e sintesi, le risposte sono state riassunte nella seguente tabella, dove, per ciascun alimento e per ciascuna frequenza di consumo, è indicato sia il valore in percentuale che in assoluto.

	1 volta / die	più volte / die	1 volta / settimana	più volte / settimana	mai / quasi mai
bevande zuccherate	9,8% 67	3,1% 21	21,0% 144	11,7% 80	54,5% 373
verdura	22,6% 155	24,5% 168	12,7% 87	36,4% 249	3,8% 26
frutta fresca	33,0% 226	37,8% 259	5,3% 36	19,3% 132	4,7% 32
pesce	3,8% 26	0,0% 0	57,4% 393	27,4% 188	11,4% 78
carne	7,6% 52	2,6% 18	27,2% 186	58,2% 399	4,4% 30
legumi	0,0% 0	0,0% 0	40,1% 275	33,6% 230	26,3% 180
latticini / formaggi	7,6% 52	2,5% 17	35,3% 242	44,8% 307	9,8% 67
dolci	15,5% 106	4,7% 32	32,1% 220	27,4% 188	20,3% 139
pane / pasta	40,6% 278	15,6% 107	8,5% 58	32,1% 220	3,2% 22
prodotti integrali	13,6% 93	7,0% 48	15,8% 108	26,0% 178	37,7% 258

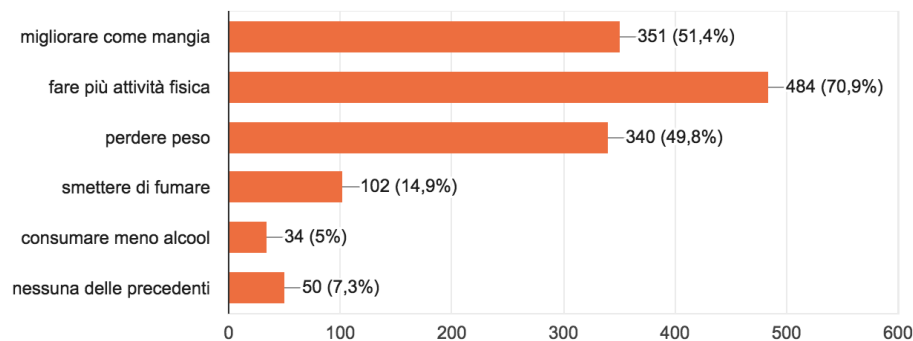
Tabella che indica la frequenza di consumo delle principali classi di alimenti, in base alle risposte di tutti gli intervistati.

Nella terza parte del questionario è stato chiesto di indicare con un punteggio da 1 a 4 (1=non importante, 2=poco importante, 3=moderatamente importante, 4=molto importante) quanto è importante per la propria salute: mangiare sano, fare attività fisica regolare, avere un peso nella norma e non bere alcol in quantità eccessive. È molto importante o moderatamente importante: mangiare sano per il 95% (651) degli intervistati; fare attività fisica regolare per l'85,1% (583); non fumare per l'89,5% (613); avere un peso nella norma per il 93,4% (640); limitare il consumo di alcol per l'82,2% (563). È poco importante o per nulla importante: mangiare sano per il 5% (34) degli intervistati; fare attività fisica regolare per il 14,9% (102); non fumare per il 10,5% (72); avere un peso nella norma per il 6,6% (45); limitare il consumo di alcol per il 17,8% (122).



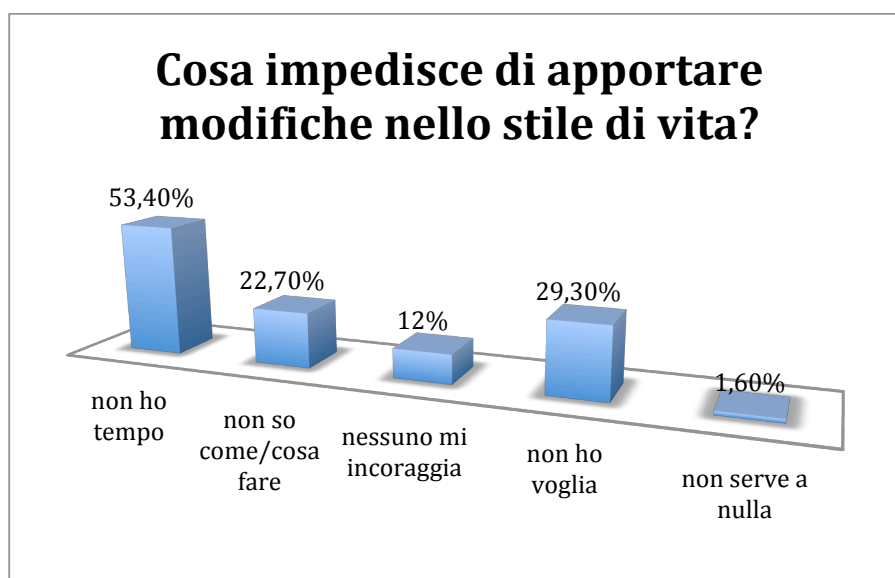
L'importanza per la propria salute di mangiare sano, fare attività fisica regolare, non fumare, avere un peso nella norma, non bere alcool. (1=non importante, 2=poco importante, 3=moderatamente importante, 4=molto importante)

Il 7,3% (50) degli interessati ha dichiarato di non aver bisogno di migliorare qualcosa nel proprio stile di vita. Gli altri invece, barrando anche più caselle, ha dichiarato di aver bisogno di migliorare come mangia nel 51,4% (351) dei casi, fare più attività fisica nel 70,9% (484), perdere peso nel 49,8% (340), smettere di fumare nel 14,9% (102), consumare meno alcol nel 5% (34).



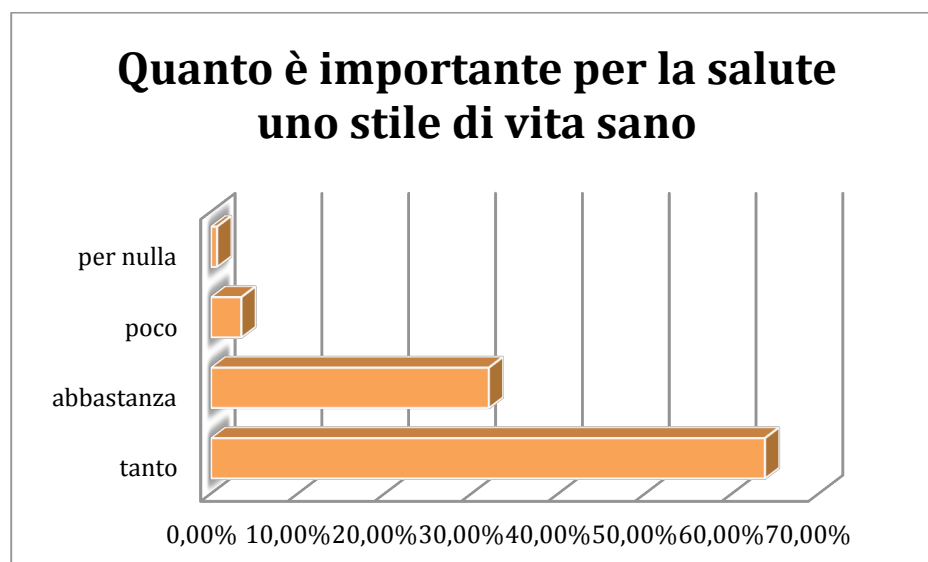
Cosa gli intervistati credono di aver bisogno per correggere il proprio stile di vita.

Se un intervistato ha dichiarato di aver bisogno di migliorare qualcosa nel suo stile di vita, alla domanda su cosa glielo impedisse, ha risposto (potendo barrare anche più caselle) di non avere tempo nel 53,4% (339), di non sapere cosa o come fare nel 22,7% (144), di non avere nessuno che lo incoraggia nel 12% (76), di non averne voglia nel 29,3% (186), che non serve a nulla farlo nell'1,6% (10).



Istogramma sulle motivazioni date dagli intervistati su cosa gli impedisse di apportare modifiche nel proprio stile di vita.

Il 63,8% (437) del totale degli intervistati crede che uno stile di vita sano possa contribuire tanto a prevenire e migliorare le patologie; il 32% (219) crede che possa contribuire abbastanza; il 4,2% (29) poco o per nulla.

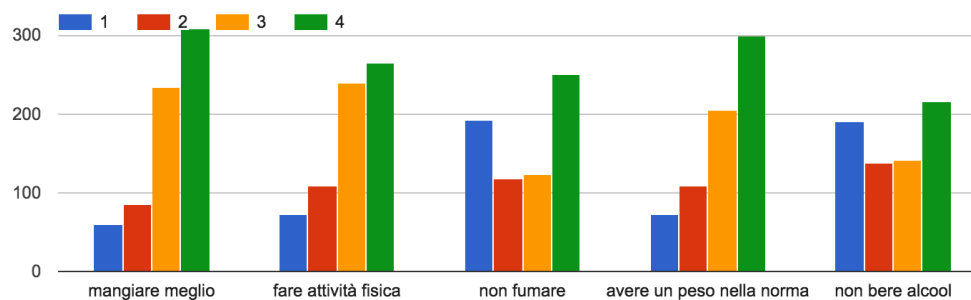


Istogramma che indica il pensiero degli intervistati sull'importanza per la propria salute di condurre uno stile di vita sano.

Riguardo la frequenza con cui un paziente si reca dal proprio medico di Medicina Generale, il 72,9% (497) si è recato meno di 5 volte nell'ultimo anno; il 27,1% (185) più di 5 volte: 13,5% (92) tra 5 e 10, 13,6% (93) più di 10.

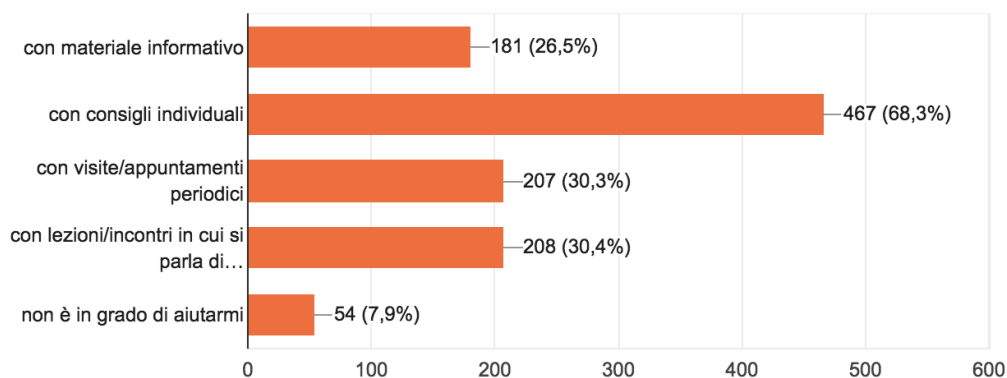
Il 45,7% (312) dei pazienti intervistati non ha mai ricevuto indicazioni dal proprio medico di famiglia per migliorare lo stile di vita; 38,5% (263) ne hanno ricevuto qualche volta; 15,8% (108) ne ricevono spesso.

È stato inoltre chiesto di indicare con un punteggio da 1 a 4 (1=no, 2=poco, 3=abbastanza, 4= molto) quanto piacerebbe ricevere indicazioni dal proprio medico di famiglia per: migliorare come si mangia, fare attività fisica regolare, non fumare, avere e mantenere un peso nella norma, non bere alcol. Non vorrebbero avere informazioni, o sono poco interessati a riceverle, su: come mangiare meglio il 21% (144); come fare attività fisica regolare il 26,4% (181); come smettere di fumare il 45,3% (310); come avere un peso nella norma il 26,3% (180); limitare il consumo di alcol il 47,7% (327). Sono, invece, abbastanza o molto interessati a ricevere informazioni su: come mangiare meglio il 79% (541); come fare attività fisica regolare il 73,6% (504); come smettere di fumare il 54,7% (375); come avere un peso nella norma il 73,7% (505); limitare il consumo di alcol il 52,3% (358).



Quanto piacerebbe ai pazienti ricevere indicazioni dal proprio medico di MG sullo stile di vita (1=no, 2= poco, 3=abbastanza, 4= molto).

Alla domanda in che modo pensa che il proprio medico di Medicina Generale possa aiutarla per migliorare lo stile di vita, potendo barrare più risposte, il 26,5% (181) ha risposto con materiale informativo; il 68,3% (467) con consigli individuali; il 30,3% (207) con visite o appuntamenti periodici; il 30,4% (208) con lezioni o incontri in cui si parla dello stile di vita nella prevenzione delle patologie. Il 7,9% (54) ha dichiarato che il proprio medico non è in grado di aiutarlo.



Modalità con cui i medici di MG potrebbero, secondo gli intervistati, aiutare i pazienti nel migliorare lo stile di vita.

- 3.4 *Analisi dei risultati*

La diffusione del questionario online, oltre alla distribuzione cartacea, ha contribuito in modo rilevante a raggiungere un ottimo risultato a livello di partecipazione nel rispondere allo stesso. Il numero delle donne che hanno risposto è stato più del doppio rispetto a quello degli uomini, sia perché il sesso femminile forse è in generale il più paziente e il più propenso a rispondere, sia perché – basandomi sulla mia pur piccola esperienza personale - sono coloro che più frequentano gli studi medici, spesso ambasciatrici delle problematiche dei propri mariti e compagni.

L'età media è risultata 43,4 anni, con un'età minima di 14 anni e una massima di 87 anni; tutte le fasce d'età sono rappresentate: la più rappresentata è quella dai 26 ai 35 anni (29,3%), seguita dalla fascia 36-45 (24,8%); gli ultrasessantacinquenni sono rappresentati dal 9,8% (67). La diffusione informatica del questionario ha sicuramente favorito la partecipazione di soggetti più giovani.

Gli intervistati, inoltre, sono per la maggior parte (58,7%) sposati o conviventi.

Il grado di istruzione è risultato medio-alto: solo il 18,6% ha un grado di istruzione inferiore, la restante parte è composta soprattutto da diplomati (42,9%) ed in parte minore da laureati (38,5%).

Analizzando le patologie di cui le persone sono affette, il 38,1% dichiara di non avere patologie: è su questa buona fetta di popolazione a cui devono concentrarsi gli sforzi, affinché – mediante un corretto stile di vita – si possano prevenire patologie croniche non trasmissibili, aumentando non solo la durata della vita ma anche e soprattutto la qualità della stessa: è la cosiddetta prevenzione primaria, improntata sul soggetto sano e volta a mantenere le condizioni di benessere e ad evitare la comparsa di malattie

Di coloro che sono affetti da patologie (417 persone, il 60,9%), 219 persone (52,5%) sono affetti da una sola patologia, 198 (47,5%, il 28,9% del totale) da almeno due patologie. Tra coloro che hanno multicronicità, si conta che il 20,2% (40) ha più di tre patologie (da 4 ad un massimo di 8):

non è una percentuale bassa, ed è purtroppo un valore che tenderà a salire sempre più nei prossimi anni e con cui bisogna fare i conti. Grazie alla ricerca si è potuto, infatti, ottenere un allungamento sempre maggiore della vita media, non facendo però i conti con l'aumentare del numero di patologie connesso all'aumentare dell'età stessa. La sfida strategica ora consiste nel concentrare gli sforzi sulla qualità della vita, senza la quale una durata maggiore non avrebbe pieno senso.

Poco più della metà degli intervistati, il 52,7%, è in normopeso. Ben il 44,4% hanno un peso fuori dalla norma: il 3,5% al di sotto del normale, il 41,2% al di sopra. Quest'ultima percentuale, che riguarda sovrappeso ed obesità, è un valore importante, soprattutto perché con un peso al di sopra del consentito è correlato un gran numero di patologie e disabilità, oltre che di spesa economica da parte del servizio sanitario. È rilevante anche sottolineare che il 2,6% degli intervistati non sanno quanto pesano e quanto sono alti: nell'ottica della prevenzione e di un corretto stile di vita peso e altezza devono essere dati importanti che una persona deve conoscere, quasi quanto la sua data di nascita. E, nello stesso tempo, mi domando: quanti medici hanno nella loro cartella clinica elettronica registrato peso e altezza dei propri pazienti?

Continuando l'analisi delle risposte, il 16,6% è consapevole di mangiare in modo non sano o poco sano; il restante 83,4%, invece, dichiara di mangiare da sano a molto sano.

Analizzando nello specifico le abitudini alimentari di tutti gli intervistati, si può vedere come c'è chi non mangia frutta fresca (29,3%) e verdura (52,9%) tutti i giorni, quindi ben al di sotto delle indicazioni delle linee guida internazionali che parlano di 5 porzioni quotidiane. Anche il consumo dei legumi è al di sotto delle indicazioni internazionali: solo il 33,6% dichiara di mangiarne più volte a settimana, ben il 26,3% mai o quasi mai. Il 7,6% degli intervistati mangia carne tutti i giorni, ed altrettanto il 7,6% mangia latticini o formaggi tutti i giorni; il 2,5% circa mangia carne e latticini/formaggi anche più volte al giorno. Il 27,4% mangia pesce più volte alla settimana; ma sbaglia anche chi ha dichiarato di mangiarlo tutti i giorni (3,8%): le indicazioni sono quelle di mangiarne due o tre porzioni a settimana. Poco più della metà degli intervistati

dichiara di non bere mai o quasi mai bevande zuccherate, da sempre considerate come la principale causa dell'epidemia dell'obesità che ha coinvolto l'intera popolazione mondiale. Più del 20% mangia dolci tutti i giorni, il 4,7% anche più volte al giorno. Il consumo di pane e pasta è molto diffuso, ed il 15,6% ne mangia anche più volte al giorno. Invece, ancora troppo poco consumati i prodotti integrali: il 37,7% non ne mangia mai o quasi mai. Queste risposte evidenziano che c'è da fare tanto nel campo delle corrette abitudini alimentari: in linea generale, si mangia ancora troppa poca frutta e verdura, e vengono consumati ancora troppi cibi con elevato indice glicemico.

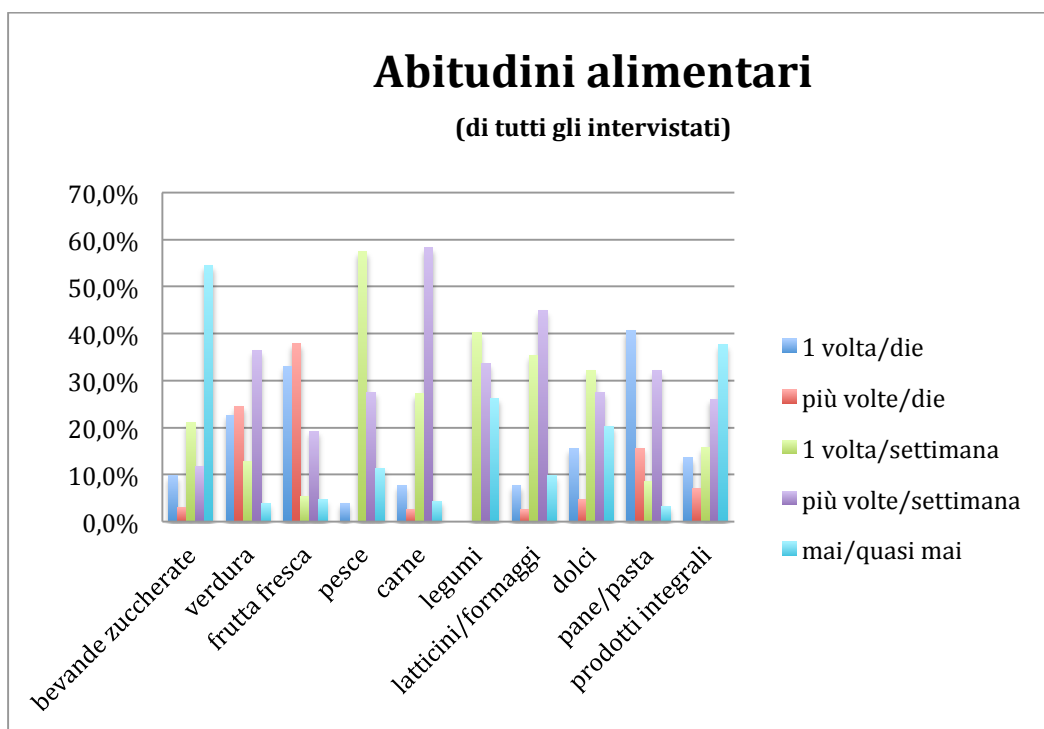
Dopo questa prima valutazione, per curiosità personale e per una maggiore completezza dello studio, ho voluto analizzare le abitudini alimentari di chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano.

Analizzando le frequenze di consumo delle principali classi di alimenti di tutti gli intervistati (nella tabella al paragrafo precedente) e di chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano (nella tabella successiva), è sorprendente rilevare che i valori si discostano solo di qualche punto percentuale.

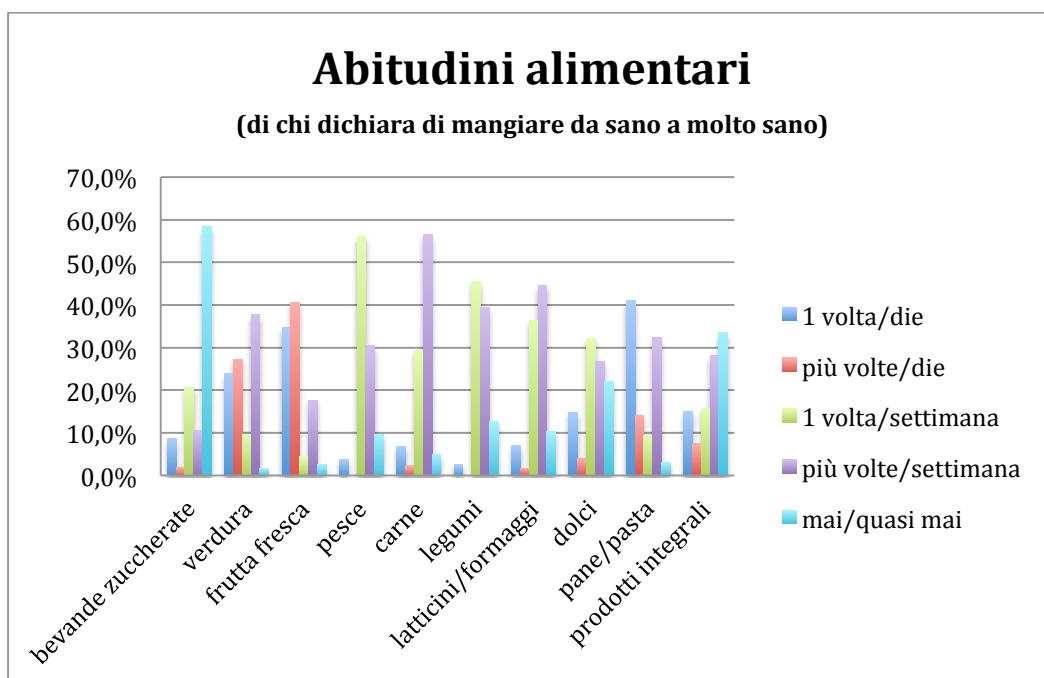
	1 volta/die	più volte/die	1 volta/settimana	più volte/settimana	mai/quasi mai
bevande zuccherate	8,6% 49	1,9% 11	20,7% 118	10,5% 60	58,3% 333
verdura	23,8% 136	27,1% 155	9,6% 55	37,7% 215	1,8% 10
frutta fresca	34,7% 198	40,6% 232	4,4% 25	17,7% 101	2,6% 15
pesce	3,9% 22	0,0% 0	56,0% 320	30,5% 174	9,6% 55
carne	6,8% 39	2,3% 13	29,4% 168	56,6% 323	4,9% 28
legumi	2,6% 15	0,0% 0	45,5% 260	39,3% 224	12,6% 72
latticini/formaggi	7,0% 40	1,8% 10	36,4% 208	44,5% 254	10,3% 59
dolci	14,9% 85	4,0% 23	32,2% 184	26,8% 153	22,1% 126
pane/pasta	41,0% 234	14,2% 81	9,5% 54	32,4% 185	3,0% 17
prodotti integrali	15,1% 86	7,5% 43	15,8% 90	28,2% 161	33,5% 191

Tabella che indica la frequenza di consumo delle principali classi di alimenti, riferita alle risposte di chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano.

Per un maggior impatto visivo, sono stati creati due istogrammi: il primo sulla base delle risposte di tutti gli intervistati, il secondo sulla base di chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano: i due istogrammi sono pressoché sovrapponibili!



Istogramma che indica la frequenza di consumo delle principali classi di alimenti, in base alle risposte di tutti gli intervistati.



Istogramma che indica la frequenza di consumo delle principali classi di alimenti, riferita alle risposte di chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano.

Si può vedere, infatti – tra chi ha dichiarato di mangiare da sano a molto sano - che non consuma tutti i giorni frutta fresca il 24,7%, e verdura il 49,1%, quindi ancora una volta ben al disotto delle indicazioni delle linee guida internazionali. Anche il consumo dei legumi è al disotto di tali indicazioni internazionali: solo il 39,3% dichiara di mangiarne più volte a settimana. Il 7% degli intervistati mangia carne e latticini/formaggi tutti i giorni, alcuni (il 2% circa) anche più volte al giorno. Solo il 30,5% mangia pesce più volte alla settimana; e il 3,9% ne mangia tutti i giorni (3,9%). Anche in questo caso solo poco più della metà degli intervistati dichiara di non bere mai o quasi mai bevande zuccherate. Inoltre, quasi il 20% mangia dolci tutti i giorni, il 4% anche più volte al giorno. Il 14,2% mangia pane e pasta anche più volte al giorno. E ben il 33,5% non mangia mai o quasi mai prodotti integrali.

L'analisi delle risposte di chi ha dichiarato che mangia da sano a molto sano fa emergere, quindi, un'altra importante problematica: la consapevolezza di mangiare in modo corretto, quando in realtà non lo è. Forse essere consapevoli di mangiare bene, quando in realtà non è così, è un problema ancora più rilevante di chi dichiara ed è consapevole di non mangiare bene. Bisogna agire nello scardinare le false convinzioni nelle abitudini alimentari, modificando comportamenti spesso insiti nel modo di mangiare dei pazienti.

L'analisi dell'attività fisica regolare rivela un altro serio problema: solo il 7,7% degli intervistati fa almeno trenta minuti di attività fisica tutti i giorni, e solo il 14,7% ne fa tre o più volte a settimana. Ne deriva che vi è il 77,6% della popolazione non fa attività fisica regolare. E anche analizzando il tipo di attività fisica, il 43,8% non ne fa in modo corretto, come le linee guida OMS indicano, cioè di intensità moderata o con combinazione tra moderata ed elevata.

Una percentuale ancora troppo alta, il 43,5%, non sa di consumare o non consuma cibi biologici.

L'abitudine a bere e al fumo mostra invece risultati leggermente confortanti: il 26,5% dichiara di non bere o di aver smesso di bere vino/birra, il 63,1% di non bere o di aver smesso di bere superalcolici, il 77,7% di non fumare o di aver smesso. Sono percentuali, però, ancora

insufficienti e ci rilevano che bisogna continuare ad agire in questo senso, per limitare prima ed evitare dopo l'uso di due sostanze dichiarate ufficialmente cancerogene certe, che tanti danni recano alla salute.

Le ultime linee guida in termini di alimentazione invitano ad evitare un uso eccessivo di integratori alimentari, cercando di assimilare le sostanze nutritive utili direttamente dagli alimenti: il 64,8% degli intervistati ha dichiarato di aver fatto uso o di farne ancora di integratori alimentari. Ma quello che più stupisce è che nel 72,4% dei casi a consigliarli non sono i propri medici di famiglia, bensì il farmacista, internet o la pubblicità in tv, altre persone, e c'è anche chi fa di propria iniziativa, nella convinzione che "tanto sono integratori" e non possono nuocere alla propria salute.

Quello che emerge dalle risposte della terza parte del questionario è la consapevolezza di quanto sia importante per la propria salute mangiare sano, fare attività fisica regolare, avere un peso nella norma, non fumare, limitare il consumo di alcol: tutte risposte dall'82% al 95% su tale importanza. E, inoltre, il 95,8% degli intervistati credono che uno stile di vita sano possa contribuire in modo rilevante (abbastanza 32%, molto 63,8%) nel prevenire e migliorare le patologie; solo 29 persone credono che non servi a nulla o servi a poco. Bisognerebbe però tradurre con i fatti queste percentuali elevate, puntando sulla convinzione che i pazienti hanno circa l'importanza per la propria salute di condurre uno stile di vita sano.

Sulla stessa lunghezza d'onda risultano essere le risposte su cosa si pensa di aver bisogno per avere uno stile di vita corretto. Solo il 7,3% dichiara di non aver bisogno di nulla. Non particolarmente alte sono le percentuali di chi crede che debba migliorare come si mangia (51,4%), soprattutto alla luce di quanto dichiarato sui consumi dei vari cibi. Alta è la percentuale di chi crede che dovrebbe fare più attività fisica (70,9%), ma non ancora abbastanza alta visto quanto dichiarato sulla frequenza e tipologia di attività fisica svolta. Quasi la metà degli intervistati (49,8%), inoltre, pensa di dover perdere peso; infine, minori in valore assoluto le percentuali di chi dovrebbe smettere di fumare (14,9%) e consumare meno

alcol (5%), ma comunque importanti in valore relativo in virtù del numero di persone che hanno dichiarato di fumare e bere alcol.

La scusa che comunemente si usa su cosa impedisce di migliorare qualcosa nel proprio stile di vita è stata confermata dalle risposte al questionario: “non ho tempo” per il 53,4% delle persone. Una parte rilevante (34,7%) ha dichiarato di voler modificare qualcosa nel proprio stile di vita, ma di non sapere cosa o come farlo, oppure di non essere incoraggiato a farlo. Questi pazienti, ma anche quelli che dicono di non aver tempo, bisognerebbe prenderli in seria considerazione, perché qui la possibilità di intervenire e avere risposte positive in chiave di prevenzione risulterebbe più alta che in altre classi.

Un lavoro maggiore bisognerebbe invece farlo per chi dichiara di non aver voglia di cambiare qualcosa nel suo stile di vita (il 29,3%, non sono pochi) e chi dichiara che non servirebbe a nulla (1,6%, per fortuna molto di meno).

Qui va a collocarsi la figura del medico di Medicina Generale, che deve promuovere e sostenere per ciascun paziente un corretto stile di vita. Spesso le occasioni non sono tante: il 72,9% degli intervistati dichiara di recarsi dal proprio medico meno di 5 volte l'anno. Queste visite devono però essere sufficienti per affrontare ed intraprendere un percorso di stile di vita sano, anche perché chi meno frequenta un ambulatorio medico magari è proprio quel soggetto sano dove fare prevenzione comporta i maggiori vantaggi a lungo termine per il paziente stesso in primis e per l'intera collettività in un secondo - ma non meno importante - momento. Su questi soggetti va fatta prevenzione primaria.

Chi maggiormente frequenta un ambulatorio medico - più di 5 volte nel 27,1% e più di 10 nel 13,6% - è rappresentato quasi sicuramente da chi una patologia importante già ce l'ha, magari proprio una patologia cronica non trasmissibile. E bisogna approfittare dell'elevata presenza di questi pazienti nel proprio ambulatorio per intercettarli ed intraprendere con loro un percorso di cambiamento di stile di vita, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita attuale ma soprattutto in prospettiva futura, diminuendo i casi di disabilità ed invalidità che si potrebbero venire a creare. Su questi pazienti va fatta prevenzione secondaria.

Troveremmo, tra l'altro, persone recettive, disposte al cambiamento, e a cui piacerebbe ricevere informazioni ed indicazioni dal proprio medico, soprattutto su come mangiare meglio (79%), come avere un peso nella norma e fare regolare attività fisica (entrambe sul 73%); meno, ma in percentuali comunque importanti, su come non fumare (54,7%) e limitare il consumo di alcol (52,3%).

Purtroppo, però, il 45,7% degli intervistati ha dichiarato di non avere mai ricevuto indicazioni dal proprio medico di Medicina Generale per migliorare lo stile di vita; il 38,5% ne hanno ricevute solo qualche volta; solo il 15,8% ne ricevono spesso. Sono dati che fanno riflettere, e che richiedono un decisivo cambio di tendenza.

Le modalità con cui il medico di Medicina Generale può aiutare i pazienti nell'avere un corretto stile di vita, sono – secondo gli stessi pazienti – varie: si va dal materiale informativo (26,5%), a visite ed appuntamenti periodici (30,3%), a lezioni ed incontri in cui parlare dello stile di vita nella prevenzione delle patologie (30,4%); ma ciò che più è evidente è l'elevata percentuale di chi richiede consigli individuali, il 68,3%, a sottolineare che pur di fronte ad una stessa patologia o ad una stessa situazione non è più possibile rispondere allo stesso modo, ma è necessario contestualizzare la risposta del medico alla vita, alle esigenze, allo stato sociale ed economico di ciascun paziente: si parla per questo di sartorialità⁹⁷ del percorso di prevenzione e cura. Colpisce anche quel 7,9% di pazienti che hanno dichiarato che il proprio medico non è in grado di aiutarli. È un dato che da un lato deve far riflettere, ma dall'altro deve evidenziare quanto ancora c'è da fare in questo settore, a partire da un miglioramento dello stato comunicativo medico-paziente.

⁹⁷ Il tuo metabolismo, A. Moschetta, 2018

CAPITOLO 4: INVESTIRE NEGLI STILI DI VITA

Lo studio analizzato nel precedente capitolo ha messo in evidenza quanto sia importante il ruolo del medico di Medicina Generale nel percorso di prevenzione e cura delle patologie croniche non trasmissibili, ma ha anche messo alla luce l'importanza di dotare il medico di famiglia delle competenze, della formazione e degli strumenti utili a tal fine.

In questo capitolo si vuole dapprima dimostrare che investire nella promozione di uno stile di vita sano possa portare benefici non solo dal punto di vista della salute ma, argomento molto a cuore ai nostri governatori, anche dal punto di vista economico; in secondo luogo, si vuole evidenziare come, nella pratica clinica, sia possibile intervenire in modo più efficace sugli stili di vita dei propri pazienti, per promuoverne cambiamenti al fine di migliorarne la qualità di vita.

- *4.1 Investire per risparmiare*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha adottato, in attuazione di una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità, il "Piano d'azione OMS globale" per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020. Il Piano, attraverso le politiche e le azioni poste in essere dall'OMS, dalle altre organizzazioni delle Nazioni Unite e dalle organizzazioni intergovernative, nonché dagli Stati membri, dalle organizzazioni non governative e del settore privato, mira alla riduzione relativa del 25% della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili entro il 2025.

In Italia, per quanto riguarda la prevenzione, gli strumenti nazionali fondamentali di pianificazione sono rappresentati dal programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" e dal "Piano nazionale della prevenzione" (PNP). Il primo, coordinato dal Ministero della salute, è una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative nel nostro Paese:

scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcol e tabagismo.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, definisce a livello nazionale gli obiettivi di prevenzione che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali.

Tutto ciò, però, analizzando il *Progress Monitor*⁹⁸ dell'OMS sulle malattie non trasmissibili, sembrerebbe ancora non sufficiente: i governi devono rafforzare gli sforzi per raggiungere obiettivi globali concordati. Per quanto riguarda l'Italia, infatti, sono stati solo parzialmente raggiunti gli obiettivi che riguardano i dati di mortalità, le politiche e le strategie per un piano integrato nazionale sui fattori di rischio. Obiettivi raggiunti a metà anche per quanto riguarda le misure di riduzione di diete non salutari: politiche sul sale/sodio, acidi grassi saturi e politiche trans-grassi, ma anche campagne pubbliche di sensibilizzazione sull'attività fisica. Infine, va male (obiettivo non raggiunto secondo l'OMS) la prevenzione di attacchi cardiaci e ictus⁹⁹.

Insomma, bisogna fare di più e, forse, bisogna fare altro.

Ormai si è dimostrato da più parti che investire nella prevenzione fa risparmiare. Diversi studi hanno analizzato i benefici di un incremento delle risorse destinate alla prevenzione in termini di minore spesa sanitaria pubblica¹⁰⁰.

In Italia la spesa in prevenzione¹⁰¹ assorbe una quota marginale della spesa sanitaria pubblica - se confrontata con gli altri Paesi - pari allo 0,6% della spesa sanitaria pubblica, rispetto a un valore del 6,5% in Canada, del 3,1% negli Stati Uniti, del 2,3% in Olanda, del 2,2% in Spagna e del 1,5% in Francia¹⁰². Si può e si deve fare di più.

Infatti, nello specifico, mediante uno studio¹⁰³ di analisi sulle serie storiche di correlazione tra spesa in prevenzione e spese terapeutiche, si è

⁹⁸ Progresso Monitor, Non Communicable Diseases, OMS, 2017

⁹⁹ Quotidiano Sanità, Studi e Analisi, settembre 2017

¹⁰⁰ Alimentazione e Salute, Barilla Center For Food and Nutrition

¹⁰¹ La voce "spesa in prevenzione" include servizi forniti allo scopo di migliorare lo stato di salute generale della popolazione, distinguendoli dai servizi di tipo curativo (OCSE)

¹⁰² Dati riferiti all'anno 2006

¹⁰³ The European House-Ambrosetti, "Meridiano Sanità - Le coordinate della salute. Rapporto Finale; novembre 2008

potuto evidenziare che esiste una relazione inversa tra incremento della spesa in prevenzione e spesa per prestazioni curative e riabilitative negli anni successivi.

In particolare, un incremento dell'1% nel rapporto tra spesa in prevenzione e spesa sanitaria pubblica è correlato a una diminuzione del 3% nella percentuale di spesa destinata alle prestazioni curative e riabilitative.

Prendendo in considerazione differenti orizzonti temporali di manifestazione del beneficio, la migliore correlazione statistica tra variazione della percentuale di spesa in prevenzione e variazione della spesa per prestazioni terapeutico-riabilitative si manifesta entro un periodo di 10 anni.

I risultati di tale analisi svolta a livello internazionale sono stati quindi applicati alla proiezione della spesa sanitaria pubblica in Italia al 2050. Per effetto della componente demografica ed economica, la spesa sanitaria pubblica al 2050 è stata stimata in oltre 262,8 miliardi di euro, pari al 9,3% del PIL 2050.

Nel medio-lungo periodo, l'incremento strutturale della spesa in prevenzione comporta una riduzione dell'incidenza della spesa per *Acute Care* ospedaliera sul totale della spesa sanitaria. Considerando l'arco temporale 2006-2050, se nel 2006 le prestazioni ospedaliere hanno assorbito il 47,9% della spesa sanitaria pubblica, come conseguenza dell'investimento in prevenzione, si prevede una netta riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere, che nel 2050 assorbiranno il 40,2% della spesa sanitaria pubblica.

Al 2050, la decisione di incrementare strutturalmente l'investimento in prevenzione assorbirà risorse per 9,3 miliardi di euro¹⁰⁴ ma genererà un beneficio in termini di minori spese per prestazioni terapeutico-riabilitative pari a 26,4 miliardi di euro.

Il beneficio netto al 2050 di un incremento strutturale dell'1% nel rapporto tra spese in prevenzione e spesa sanitaria pubblica è stimato in

¹⁰⁴ La differenza tra la spesa in prevenzione al 2050 e le risorse derivanti dall'investimento strutturale rappresenta la proiezione al 2050 della spesa in prevenzione già in essere per l'anno 2006.

17,1 miliardi di euro, pari a una riduzione di 0,6 punti percentuali nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, che scenderebbe così al 8,7% (da 9,3%).

Un esempio chiarificatore di come questi benefici possano essere raggiunti riguarda il tema della riduzione della pressione arteriosa.

Dagli studi di *Lewington*¹⁰⁵ effettuati su un campione di oltre 1 milione di adulti è emerso come un incremento, seppur molto contenuto, di pressione arteriosa (2 mmHg) produrrebbe per l'intera popolazione un incremento del 7% di rischio di mortalità coronarica e un incremento del 10% di rischio di ictus. Gli ultimi dati dell'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari evidenzia come nel nostro Paese il 32% della popolazione sia ipertesa e il 16% circa al limite dell'ipertensione.

Concretamente, diverse possono essere le soluzioni per risolvere il problema della pressione elevata nella popolazione¹⁰⁶.

Ad esempio, l'adozione di una dieta ricca di vegetali produrrebbe inoltre una riduzione di pressione sanguigna compresa tra 2 e 4 mmHg. Infine, una regolare attività fisica ridurrebbe la pressione arteriosa per un valore compreso tra 4 e 9 mmHg; e la riduzione di peso di 10 Kg favorirebbe la riduzione della pressione di circa 5-20 mmHg.

La sola adozione di una dieta povera di sodio (sale) produrrebbe una riduzione della pressione sanguigna di 2-8 mmHg, quindi – secondo gli studi di *Lewington* - eviterebbe l'incremento del 7% del rischio di mortalità coronarica e del 10% di rischio legato all'ictus, equivalenti rispettivamente a 3,4 e a 3,8 miliardi di euro l'anno di costi risparmiati in Europa.

In totale, riducendo il sale nella dieta abituale (uno dei fattori connessi all'alta pressione arteriosa) i benefici per i sistemi sanitari europei si attesterebbe a circa 7,2 miliardi di euro l'anno. È solo un esempio, ma può dare l'idea di come davvero basti davvero poco per apportare piccoli cambiamenti nello stile di vita che si traducono alla fine non solo in grandi benefici per la salute del paziente, ma anche in grandi risparmi per il sistema sanitario nazionale. Anche perché la politica di tagli indiscriminati

¹⁰⁵ Lewington et al., Lancet 2002

¹⁰⁶ Chobanian A. et al., Jama 2003

condotta finora dai governi nazionali e regionali non pare abbia apportato gli esiti sperati.

- 4.2 *L'ambulatorio degli stili di vita*

"Il medico del futuro non prescriverà farmaci al paziente, ma lo indurrà ad interessarsi maggiormente al proprio organismo, alla propria alimentazione, alla causa ed alla prevenzione delle malattie". Quello che *Thomas Edison* dichiarava alla fine del '900, rispecchia benissimo le attuali necessità: trasformare la medicina d'attesa - caratterizzata prima dall'espressione di una domanda e poi dall'analisi dei bisogni - in una medicina d'iniziativa, basata cioè su una logica proattiva in cui i professionisti della salute individuano i bisogni assistenziali e i fattori di rischio per la salute prima che si manifestino come domanda¹⁰⁷. E a questo proposito, nella tabella successiva¹⁰⁸ sono esplicate le maggiori differenze tra una medicina che potremmo definire "convenzionale", ad una medicina basata, invece, su un approccio proattivo focalizzato sugli stili di vita (*lifestyle medicine*).

¹⁰⁷ Prove di efficacia degli interventi di promozione dei «corretti» stili di vita, A. Barale, 2016

¹⁰⁸ Egger et al., *Lifestyle Medicine*, Sidney, 2008

MEDICINA CONVENZIONALE	LIFESTYLE MEDICINE
Il paziente è spesso destinatario passivo di assistenza	Il paziente è un partner attivo nel processo di cura
Il paziente non è tenuto a fare grandi cambiamenti	Il paziente è tenuto a fare grandi cambiamenti
Il trattamento è spesso a breve termine	Il trattamento è quasi sempre a lungo termine
La responsabilità ricade principalmente sul clinico	La responsabilità ricade principalmente sul paziente
Il farmaco è spesso il trattamento “End”	Il farmaco può essere necessario ma insieme al cambiamento dello stile di vita
L’accento è posto sulla diagnosi e prescrizione	L’enfasi è sulla motivazione e conformità
L’obiettivo è la gestione della malattia	L’obiettivo è in <i>step</i> : primario-secondario-terziario
Piccola considerazione dell’ambiente	Esame dell’ambiente

Tabella: Differenze tra la “medicina convenzionale” e l’approccio a “Lifestyle Medicine”.

In questo contesto assume particolare importanza il contatto diretto e la responsabilità continuativa nei confronti del paziente, sia nella prevenzione che nella terapia. Ogni paziente è diverso dagli altri, per questo non basta rispondere nello stesso modo a più pazienti seppur aventi lo stesso problema. Per favorire un percorso di cambiamento nei pazienti è necessario contestualizzare l’azione d’intervento, adeguandola alle variabili individuali, sociali ed emozionali, che originano i comportamenti dei pazienti stessi. Il *counseling*¹⁰⁹ è lo strumento

¹⁰⁹ Il *counseling* è un processo che pone in relazione un professionista (il *counsellor*) con un’altra persona (“cliente”) che sente l’esigenza di essere supportata nella gestione di un problema o di una decisione.

comunicativo indispensabile per raggiungere un cambiamento comportamentale e rinforzare la motivazione e l'autonomia del paziente nell'affrontare un cambiamento e sostenere scelte decisive per la propria salute.

L'obiettivo è quello di saper operare, in un'ottica di promozione della salute, facendo leva sulle risorse presenti nel paziente e applicare il *counseling* alla gestione dei colloqui¹¹⁰. È evidente che per poter realizzare quanto detto, un semplice ambulatorio di Medicina Generale, e – permettetemi di aggiungere – un “semplice” medico di Medica Generale, non è sufficiente. In questo contesto nasce l'esigenza di introdurre un apposito ambulatorio, cosiddetto degli stili di vita, volto alla “prevenzione, educazione, rendimento fisico e benessere, nell'intento di sviluppare quell'*empowerment* del paziente nel prendersi cura di sé, strumento fondamentale per il raggiungimento e mantenimento di risultati di salute”¹¹¹. Le azioni promosse mediante l'ambulatorio degli stili di vita devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione: le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (*empowerment*); pertanto occorre motivare il paziente sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento. Bisogna, in quest'ottica, fornire al medico di Medicina Generale gli strumenti, la formazione e gli incentivi necessari per poter organizzare e gestire un ambulatorio degli stili di vita, divenendo questo strumento chiave per sostenere e promuovere la salute dei pazienti, migliorando la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale¹¹².

¹¹⁰ L'organizzazione e la gestione di un ambulatorio degli stili di vita, F. Carrano, 2017

¹¹¹ SIMPeSV, Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita, 2018

¹¹² Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari, 2007

- 4.3 La prescrizione degli stili di vita

Introdurre modifiche permanenti negli stili di vita dei pazienti è notoriamente un compito arduo, che deve essere affrontato e gestito con determinazione e senza improvvisazioni da parte dei medici di Medicina Generale, con supporti formativi ed organizzativi. È ben noto che il semplice consiglio di diminuire di peso, di smettere di fumare o di fare attività fisica, non sortisce alcun effetto pratico nella stragrande maggioranza dei pazienti con patologia cronica e ancor meno nei pazienti asintomatici, o a volte lo sortisce ma solo per poco tempo.

In questo contesto si colloca la realizzazione di uno strumento per la prescrizione degli stili di vita, come uno specifico ricettario che contribuisca a migliorare l'aderenza del paziente alle indicazioni di modificare le proprie abitudini di vita, con finalità preventiva ed in alcuni casi curativa-riabilitativa. Come l'aderenza alla terapia, la cosiddetta *compliance*, ha progressivamente assunto un ruolo fondamentale per raggiungere il miglior risultato terapeutico possibile, così l'aderenza alla modifica di un comportamento o di uno stile di vita non corretto, come aspetto complementare – e non secondario - della terapia, porta ad una maggiore efficacia del farmaco stesso oltre ad esprimere tutta la sua potenzialità ed efficacia nel miglioramento di salute.

Informare non basta (purtroppo spesso manca anche la stessa semplice informazione); bisogna produrre nel paziente quel meccanismo che trasformi la percezione del rischio in uno specifico comportamento di tutela della salute, investendo il paziente di un ruolo attivo, responsabilizzandolo durante il processo decisionale.

La proposta di uno strumento prescrittivo si basa proprio sulla necessità di coinvolgere il paziente per aumentarne la *compliance*. La prescrizione di modifiche dello stile di vita del paziente impegna lo stesso ad osservare quanto ha concordato con il medico. Tale prescrizione non deve essere generalizzata, bensì a misura del paziente in questione, basata cioè su rilievi anamnestici volti ad analizzare la condotta di vita dello stesso (abitudini alimentari, fumo, alcol, attività fisica). È un vero e

proprio piano terapeutico per lo stile di vita, che si potrebbe anche far firmare al paziente stesso, coinvolgendolo appieno nelle decisioni prese e messe per iscritto.

La proposta di una terapia farmacologica e la modificazione degli stili di vita devono essere posti sullo stesso piano, quindi proposti in contemporanea; questo contribuirebbe ad alimentare la convinzione nel paziente che uno stile di vita sano è importante quanto un farmaco preso.

Infine, il paziente va seguito, sostenuto, incoraggiato; utile è, a questo scopo, la programmazione di controlli mirati, soprattutto nella fase iniziale, come verifica, monitoraggio e come sostegno al paziente ad automatizzare le modifiche del proprio stile di vita; un ambulatorio degli stili di vita, come descritto prima, si colloca perfettamente in questa direzione.

Si propone un esempio di prescrizione degli stili di vita¹¹³ nell'Allegato B.

¹¹³ La prescrizione degli stili di vita, Asl Pavia.

CONCLUSIONI

Il lavoro di analisi compiuto attorno al tema del rapporto tra prevenzione e stile di vita ha posto in evidenza l'esistenza di almeno quattro aree d'intervento prioritarie: promuovere efficacemente stili di vita sani; continuare il percorso di miglioramento delle conoscenze scientifiche disponibili attraverso approcci di ricerca integrati e interdisciplinari; adottare politiche socio-sanitarie orientate alla diffusione di stili di vita sani; riconoscere nella figura del Medico di Medicina Generale un ruolo chiave in questo contesto.

L'invecchiamento della popolazione ha portato a un aumento delle patologie croniche, che, in quanto tali, richiedono un dispendio economico sempre maggiore con un carico divenuto troppo pesante in una fase di risorse limitate.

Un'opportunità di risparmiare le scarse risorse, ottimizzandole, è quella di investire sulla prevenzione delle malattie, mediante la promozione di una cultura della salute.

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare. Affinché l'impegno nella prevenzione abbia successo è necessario continuare a sviluppare programmi di prevenzione primaria che promuovano il radicarsi fin dall'età evolutiva di stili di vita salutari, favoriti da azioni volte a modificare il contesto di vita delle persone, consolidando una politica di intervento che preveda un'azione intersettoriale e *multistakeholder* e che sia sostenuta e realizzata in tutti gli ambiti della sanità pubblica (nazionale, regionale e distrettuale).

Tali azioni di promozione della salute, insieme alla diagnosi precoce e ad un trattamento tempestivo adeguato, consentono di modificare la progressione della malattia con conseguente riduzione della disabilità, miglioramento della prognosi e dell'aspettativa di vita e contenimento dei

costi diretti (farmaci, trattamenti chirurgici e riabilitazione) e indiretti (come assenze dal lavoro)¹¹⁴.

Altro aspetto fondamentale è quello di cercare di organizzare il sistema per gestire in maniera corretta i pazienti con pluripatologie. Una gestione integrata di questo tipo di paziente unita ad un'adeguata prevenzione (controllo dell'ipercolesterolemia, dell'ipertensione etc.) potrebbe garantire una riduzione di oltre 380 milioni di euro annui in termini di soli costi diretti sanitari¹¹⁵.

Il Medico di Famiglia, proprio per la sua caratteristica di essere il principale referente del paziente-consumatore in fatto di salute, assume un ruolo fondamentale nel processo di educazione e prevenzione della stessa¹¹⁶. Nessun intervento, però, sugli stili di vita può e deve essere considerato valido per tutti: esso deve essere personalizzato ed individualizzato¹¹⁷. Bisogna, a tal fine, garantire al Medico di Medicina Generale la formazione e gli strumenti necessari al fine di incentivare tale processo. La chiave per il futuro è questa, prima lo si capisce e meglio è, non solo per i pazienti, ma anche per l'intero sistema sanitario.

La sfida non attende.

La vita non guarda indietro.

*Una settimana è un periodo più che sufficiente
per decidere se vogliamo accettare il nostro destino¹¹⁸*

¹¹⁴ Alleanza italiana per le patologie cardio-cerebrovascolari, Documento di strategia, 18 maggio 2017, Ministero della Salute

¹¹⁵ Fondazione cuore, 2017, Prof. Francesco Saverio Mennini

¹¹⁶ L'organizzazione e la gestione di un ambulatorio degli stili di vita, SIMPeSV 2017

¹¹⁷ Il tuo metabolismo, A. Moschetta, 2018

¹¹⁸ P.Coelho, 2000

ALLEGATO A

Dedica qualche minuto del tuo tempo per rispondere a questo questionario sugli stili di vita. Contribuirai così alla realizzazione della mia tesi in Medicina Generale. Il questionario è anonimo.

Grazie, dott.ssa Laquale Vittoriana

PRIMA PARTE

1. Anno di nascita
19□□
2. Sesso
☐ maschio
☐ femmina
3. Altezza _____ cm
4. Peso _____ Kg
5. Stato civile
☐ sposato/a o convivente
☐ celibe/nubile
☐ separato/a o divorziato/a
☐ vedovo/a
6. Titolo di studio
☐ scuole elementari
☐ scuole medie
☐ diploma
☐ laurea
7. Lavoro attuale
☐ dipendente/libero professionista
☐ studente
☐ casalinga
☐ pensionato/a
☐ in cerca di lavoro
8. Soffre o ha sofferto di una di queste patologie?
Se sì, indichi quale:
☐ ipertensione (pressione alta)
☐ dislipidemia (colesterolo e/o trigliceridi alti)
☐ diabete (glucosio alto)
☐ infarto cardiaco o angina
☐ insufficienza cardiaca
☐ artrite e/o artrosi
☐ bronchite cronica e/o asma
☐ OSAS (apnee ostruttive del sonno)
☐ gastrite e/o reflusso gastro-esofageo
☐ ischemia cerebrale/ictus
☐ obesità
☐ intolleranze/allergie alimentari
☐ neoplasia (cancro)
☐ non ho queste patologie

SECONDA PARTE

1. Pensa di mangiare in modo
☐ molto sano
☐ abbastanza sano
☐ sano
☐ poco sano
☐ per nulla sano
2. Fa attività fisica per almeno 30 minuti al giorno?
☐ tutti i giorni
☐ 3 volte o più a settimana
☐ 2 volte a settimana
☐ 1 volta a settimana
☐ mai/quasi mai
3. Che tipo di attività fisica fa?
☐ attività sportiva con rilevante sforzo fisico (sport agonistico, ciclismo, jogging, etc.)
☐ attività fisica moderata (palestra, passeggiate in bicicletta o camminate a velocità moderata, etc.)
☐ attività fisica leggera (passeggiate a piedi di almeno 1 km, ginnastica dolce, etc.)
☐ non faccio attività fisica
4. Consuma cibi biologici (non trattati con sostanze chimiche e coltivati su terreni sicuri):
☐ no
☐ sì, almeno 1 volta a settimana
☐ sì, più di una volta a settimana
☐ non so
5. Beve vino e/o birra?
☐ tutti i giorni
☐ qualche volta durante la settimana
☐ qualche volta durante il mese
☐ non bevo vino/birra
☐ ho smesso di bere vino/birra
6. Beve superalcolici (come vodka, rum, sambuca, cointreau, campari, etc.)
☐ tutti i giorni
☐ qualche volta durante la settimana
☐ qualche volta durante il mese
☐ non bevo superalcolici
☐ ho smesso di bere superalcolici
7. Quante sigarette (anche quelle elettroniche)/sigari/pipe fuma al giorno?
☐ meno di 5
☐ 5-10
☐ 11-20
☐ più di 20
☐ non fumo
☐ ho smesso di fumare
8. Fa uso di integratori alimentari (come vitamine, sali minerali) e/o prodotti erboristici (come infusi, tisane)?
☐ no, mai
☐ no, ma in passato ne ho fatto uso
☐ sì, ogni tanto
☐ sì, sempre o quasi sempre
☐ non so
9. Se fa uso di integratori alimentari, chi glieli ha consigliati?
☐ il medico di famiglia
☐ il farmacista
☐ una persona a me vicina
☐ internet/pubblicità in TV
☐ ho fatto di mia iniziativa
☐ altro

gira pagina ➡

10. Per ciascun alimento, barrare la frequenza con cui si consuma:

	una volta al giorno	più volte al giorno	una volta a settimana	più volte a settimana	mai o quasi mai
bevande zuccherate (coca, aranciata, succhi di frutta, etc)					
verdura					
frutta fresca					
pesce					
carne (compresi salumi/insaccati)					
legumi					
latticini/formaggi					
dolci					
pane/pasta					
prodotti integrali					

TERZA PARTE

1. Indichi con un punteggio da 1 a 4 quanto è importante per la sua salute
(1=non importante, 2=poco importante,
3=moderatamente importante, 4=molto importante)

- mangiare sano ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - attività fisica regolare ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - non fumare ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - avere un peso normale ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - non bere alcool ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

2. Pensa di aver bisogno di (può barrare più risposte):
☐ migliorare come mangia
☐ fare più attività fisica
☐ perdere peso
☐ smettere di fumare
☐ consumare meno alcool
☐ nessuna delle precedenti

3. Se pensa di aver bisogno di migliorare qualcosa nel suo stile di vita, cosa le impedisce di farlo (può barrare più risposte)?

☐ non ho tempo
☐ non saprei cosa o come fare
☐ nessuno mi incoraggia a farlo
☐ non ho voglia di farlo
☐ non serve a niente

4. Crede che uno stile di vita sano possa contribuire a prevenire e migliorare le patologie?

☐ tanto
☐ abbastanza
☐ poco
☐ per nulla

QUARTA PARTE

1. Quante volte è stato dal suo medico di medicina generale nell'ultimo anno?
☐ meno di 5 volte
☐ 5-10 volte
☐ più di 10 volte

2. Il suo medico di medicina generale le ha mai dato indicazioni per migliorare lo stile di vita?
☐ no
☐ sì, qualche volta
☐ sì, spesso

3. Indichi con un punteggio da 1 a 4 se le piacerebbe ricevere indicazioni dal suo medico di medicina generale per:
(1=no, 2= poco, 3=abbastanza, 4= molto)

- mangiare meglio ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - fare attività fisica ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - non fumare ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - peso nella norma ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
 - non bere alcool ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

4. In che modo pensa che il suo medico di medicina generale possa aiutarla (può barrare più risposte)?

☐ con materiale informativo
☐ con consigli individuali
☐ con visite/appuntamenti periodici
☐ con lezioni/incontri in cui si parla dello stile di vita nella prevenzione delle patologie
☐ non è in grado di aiutarmi

Grazie ancora
per aver risposto

ALLEGATO B



TIMBRO MMG

Per il/la Signor/Signora Mario Rossi

Affetto/a da Ipertensione arteriosa

Con l'obiettivo terapeutico di ridurre PA da attuali 155/100 a 140/90
(indicare parametri)

non fumatore ☐ ex fumatore ☐ fumatore ☒ n° sig/die

disposto a:

smettere di fumare ☐ ridurre il fumo ☐ non cambiare abitudini sul fumo ☒

PRESCRIVO

- 1) Camminare tutte le mattine da casa sua fino alla piazza e compiere due giri completi del percorso (dalle 9 alle 10)
- 2) Mangiare due porzioni di verdura al giorno (non salate)
- 3) Mangiare due porzioni di frutta fresca al giorno

Controlli stabiliti:

09/01/2019	__/__/__	__/__/__
__/__/__	__/__/__	__/__/__
__/__/__	__/__/__	__/__/__

Data 18/12/2018

Firma del medico


Firma dell'assistito

Mario Rossi

(che si impegna ad effettuare la terapia)

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization, "Healty Living", 1999
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni italiane, Rapporto 2017
- Workshop "Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità"
- La Repubblica, Allarme diabete: tre milioni e mezzo di italiani hanno bisogno del dottore, 16/02/2017
- Il buon stile di vita, Albanesi, 2017
- La prescrizione degli stili di vita, Regione Lombardia – Asl Pavia
- Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Programma 2017
- Annuario Istat 2017
- Centro di Ricerca Health Search 2017
- Barilla Center for Food & Nutrition: Alimentazione e Salute
- Franco Sassi, Senior Health Economist dell'Ocse, 2010
- Istat, "Aspetti della Vita Quotidiana", 2016
- Carta del Rischio cardiovascolare, www.cuore.iss.it – Il progetto Cuore- Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari, 2007
- Interventi sullo stile di vita e prevenzione delle malattie cardiovascolari, D. Bianchini, 2006
- Okkio alla salute 2017 – Il Sole 24 ore 16/07/2018
- I costi dell'obesità in Italia – Fondazione Economia Tor Vergata
- Centro di studio e ricerca sull'obesità, 2016
- Il Sole 24 ore - 20/10/2017
- Fondazione cuore, Prof. Francesco Saverio Mennini, 2017
- <http://www.euractiv.it/it/linksdossier/8550-malattie-cardiovascolari-impatto-in-ue-e-italia.html>

- Alleanza italiana per le patologie cardio-cerebrovascolari, Documento di strategia, 18 maggio 2017, Ministero della Salute
- European cardiovascular disease statistics, 2008
- OEC/HES Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey, 2008-2012
- <http://www.eatlas.idf.org/>
- Workshop “Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità”, 2017
- Istat, Report Diabete 2017
- Società italiana di diabetologia, Rapporto 2017
- Commissione Nazionale Diabete, Ministero della Salute, 2017
- <https://www.angolodeldiabetico.it/quanto-costa-il-diabete>
- Società Italiana di Cardiologia, Rapporto 2017
- <http://www.epicentro.iss.it/problemi/colesterolo/epid.asp>
- Passi: Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia
- “Lo scenario delle cardiopatie ischemiche: Focus sull’ipercolesterolemia”, Meridiano Cardio, 2017
- “La ipercolesterolemia ed il rischio cardiovascolare: il ruolo dei servizi sanitari regionali”, Arca et al., 2017
- The European House-Ambrosetti su dati World Health Organization
- <http://www.epicentro.iss.it/temi/tumori/airtum16.asp>
- Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. Must, A., Strauss, R.S., 1999
- Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization, 1997
- Health Promotion Glossary, World Health Organization, 1998
- <http://www.a1life.it/2016/08/cure-oncologiche-quanto-costano>
- Economist Intelligent Unit, Breakaway: The global burden of cancer-challenges and opportunities, The economist, 2009
- Associazione Italiana Oncologia Medica, 2018
- Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC)

- Causes of cancer in the world: comparative assessment of nine behavioural and environmental risk factors, The Lancet
- World Health Organization, "Diet and physical activity: a public health priority"
- Globocan 2002 database, International Agency for Research on Cancer
- World Cancer Report, edited by Stewart B.W., Kleihues P., IARC Press, WHO
- Educazione alla Scelta e alla Consapevolezza, Programma di educazione terapeutica nella cura dell'obesità, 2018
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research
- "Gruppo di Acquisto Solidale: una risorsa nella strategia di promozione della salute in Medicina Generale?" G. Tartaglione, 2017
- EPIC Study: <http://epic.iarc.fr/>.
- "Alimentare il benessere", F. Berrino, 2010
- Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc) di Lione
- Connor et al., 2016
- Alimentazione e prevenzione cardiovascolare: recenti evidenze, Nutrition Foundation of Italy, Milano - Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi, Padova, 2015
- Abitudini alimentari e malattie cardiovascolari: l'esperienza della collaborazione Epic-Italia, 2015
- FAO/WHO, "Scientific Update on carbohydrates in human nutrition: conclusions"
- Epicentro, portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica
- World Health Organization: "Diet and physical activity: a public health priority"
- "La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN", Atella V, Borgonovi E, Collicelli C, et al., 2014.

- The European network of health promoting schools: the alliance of education and health. Barnekow, V., Rivett, D., Burgher, M.S. WHO, 1999
- Rapporto PASSI, 2011
- Okkio alla salute, www.salute.gov.it
- Tuomilehto et al. 2001, Knowler et al. 2002, Ramachandran et al. 2006
- McAuley et al., 2002
- Due ore di attività fisica a settimana allungano la vita, La Repubblica, 06/06/2017
- Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20 Verona
- Cancro, se l'attività fisica è come una medicina, La Repubblica, 2017
- Attività fisica e rischio oncologico, Ailmag, 2018
- Epicentro, Istituto Superiore della Sanità, 24 maggio 2018
- "Promozione dell'attività fisica e contrasto alla sedentarietà: programmi di sanità pubblica in Lombardia." Report 2014.
- "Promozione delle malattie croniche e promozione di stili di vita corretti", F. Di Filippo, 2009
- Global status report on alcohol and health, 2014
- *Disability Adjusted Life Years, DALYs*
- ISS, Istituto Superiore della Sanità
- https://www.necsi.it/doc_aliseo/Statistiche_infortuni.pdf
- Ministero della Salute, 2017
- Consumo di alcol, cancro e mortalità: cosa sappiamo, La Repubblica, 06/07/2018
- www.ansa.it, "Nell'olio di oliva una sostanza che contrasta i tumori intestinali", A.Moschetta, 26/10/2018
- www.salute.gov.it, area Stili di Vita
- I cittadini e il tempo libero. Pratica sportiva, attività fisica e sedentarietà. Indagine multiscopo sulle famiglie. ISTAT, 2000

- La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. Istituto Superiore di Sanità – ISS, Rapporto ISTISAN, 2008
- Dallongeville et al., 1998
- Kerr et al., 1990; Pownall et al., 1999
- Davies et al., 2002; Greenfield et al., 2003; Sierksma et al., 2004
- Howard et al., 2004; Ajani et al., 2000
- Sacco et al., 1999
- Linee guida per una sana alimentazione italiana, 2003, 'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN)
- Fumo: i rischi per il cuore e i vantaggi per chi smette, www.paginemediche.it
- Ministero della Salute, danni derivati dall'uso del tabacco, 2018
- Alleanza italiana per le patologie cardio-cerebrovascolari, Documento di strategia, 18 maggio 2017, Ministero della Salute
- Progresso Monitor, Non Communicable Diseases, OMS, 2017
- Quotidiano Sanità, Studi e Analisi, settembre 2017
- ODHIN, Studio collaborativo dell'Unione Europea Questionario per i Medici di Medicina Generale
- Questionario sullo stile di vita degli utenti dell'ambulatorio, Regione Toscana
- The European House-Ambrosetti, "Meridiano Sanità – Le coordinate della salute. Rapporto Finale; novembre 2008
- Preventing chronic diseases: a vital investment. World Health Organization, 2005
- Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, 2004
- Lewington et al., Lancet 2002
- Chobanian A. et al., Jama 2003
- Prove di efficacia degli interventi di promozione dei «corretti» stili di vita, A. Barale, 2016

- L'organizzazione e la gestione di un ambulatorio degli stili di vita, F. Carrano, 2017
- SIMPeSV, Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita, 2018
- Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari, 2007
- La prescrizione degli stili di vita, Asl Pavia
- L'organizzazione e la gestione di un ambulatorio degli stili di vita, SIMPeSV, 2017
- Il tuo metabolismo, A. Moschetta, 2018
- Egger et al., Lifestyle Medicine, Sidney, 2008
- "Nutrienti e malattie cronico-degenerative – Fisiopatologia dell'evoluzione dalla salute alla malattia", R. De Magistris, B. Ciaramella, 2000
- "Come prevenire e guarire le malattie cardiache con l'alimentazione", C. B. Esselstyn, 2013
- "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale.", Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 2005
- "Prevenzione cardiovascolare in Medicina Generale.", Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), 2005
- "Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica.", Società Europea di Cardiologia (ESC), 2016
- "Da un'iniziativa di prevenzione delle malattie cardiovascolari all'ipotesi d'intervento di promozione della salute nella comunità", I. Bassetti Sani, 2011
- Piano di Prevenzione nazionale 2010-2012: Le malattie cardiovascolari
- "The top 10 causes of death", www.who.int, 2008
- Cause multiple di morte, ISTAT Periodo dei dati anno 2008 (data di pubblicazione 2011)
- "L'attività fisica: uno Strumento Prezioso per la Cura del Diabete... poco utilizzato", L. Di Geronimo, C. Chirico, G. D'Andrea, 2017

- www.diabete-rivistamedia.it
- Stili di vita, prevenzione, spesa sanitaria, Osservasalute, 2015.
- Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. Bergstrom, A. et. al., International Journal of Cancer, 2001
- "Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza." Convegno Istat, 2002.
- "Fondamenti di educazione alla salute", A. Guarino, 2007
- Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region. World Health Organization, 2006
- www.retepromozionesalute.it - Rete Italiana Centri di Documentazione per la Prevenzione e Promozione della Salute
- [http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605 allegato.pdf) - Ministero della Salute, Guadagnare salute, 2007
- La promozione dell'attività fisica. Linee guida della Task Force per i servizi preventivi di comunità. ISS, Epicentro, 2004

*Dedicato alle donne,
quelle che sono le prime a svegliarsi
e le ultime ad andare a dormire,
quelle che osano diventare mamme
pur lavorando in una società ancora troppo poco a misura di mamme e bambini,
quelle che accudiscono i propri figli in difficoltà,
quelle che sono nonne e si prendono cura dei propri nipoti,
quelle che accudiscono i propri genitori,
quelle che hanno mille cose da fare ma trovano sempre il tempo da dedicarti,
quelle che – nonostante tutto - sorridono sempre.*

*Dedicato agli uomini
che hanno il coraggio di stare accanto a queste donne.*