



Percorso di aggiornamento e confronto per Medici di Direzione di Cure Primarie Anno 2011-2012



**Promozione/prescrizione personalizzata
di stili di vita con finalità terapeutiche
nell'adulto**

• *Milano, 18 gennaio 2012*

*Intervento a cura del Dott. Alberto Donzelli
Direttore Servizio Educazione all'appropriatezza ed EBM*



Promozione/prescrizione personalizzata di stili di vita con finalità terapeutiche

Parleremo di:

- Efficacia del consiglio (breve) sugli stili di vita
- Materiali scritti di supporto al counselling e alla prescrizione del medico di famiglia
- Valutazioni di efficacia di materiali di educazione sanitaria e di supporto a counselling/prescrizione
- Efficacia della prescrizione dell'attività fisica (additiva rispetto al counselling)



*Dott. Alberto Donzelli
Direttore Servizio EdAP-EBM*



Enter term(s) like "headache" "aspirin" "exercise"

Search

[Browse health topics](#) | [New and updated](#)

[Tell us what you think!](#)

[How to use this site](#)

Physician advice for smoking cessation

Stead LF, Bergson G, Lancaster T

Published Online: October 8, 2008

Advice from doctors helps people who smoke to quit. Even when doctors provide brief simple advice about quitting smoking this increases the likelihood that someone who smokes will successfully quit and remain a nonsmoker 12 months later. More intensive advice may result in slightly higher rates of quitting. Providing follow-up support after offering the advice may increase the quit rates



▼ [Abstract \(click to read\)](#)

Main results:

We identified 41 trials, conducted between 1972 and 2007, including over 31,000 smokers. In some trials, subjects were at risk of specified diseases (chest disease, diabetes, ischaemic heart disease), but most were from unselected populations. The most common setting for delivery of advice was primary care. Other settings included hospital wards and outpatient clinics, and industrial clinics.

Pooled data from 17 trials of brief advice versus no advice (or usual care) detected a significant increase in the rate of quitting (relative risk (RR) 1.66, 95% confidence interval (CI) 1.42 to 1.94). Amongst 11 trials where the intervention was judged to be more intensive the estimated effect was higher (RR 1.84, 95% CI 1.60 to 2.13) but there was no statistical difference between the intensive and minimal subgroups. Direct comparison of intensive versus minimal advice showed a small advantage of intensive advice (RR 1.37, 95% CI 1.20 to 1.56). Direct comparison also suggested a small benefit of follow-up visits. Only one study determined the effect of smoking advice on mortality. This study found no statistically significant differences in death rates at 20 years follow up.

Authors' conclusions:

Simple advice has a small effect on cessation rates. Assuming an unassisted quit rate of 2 to 3%, a brief advice intervention can increase quitting by a further 1 to 3%. Additional components appear to have only a small effect, though there is a small additional benefit of more intensive interventions compared to very brief interventions.



[Browse health topics](#) | [New and updated](#)

[Tell us what you think!](#)

[How to use this site](#)

Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations

Kaner EF.S., Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED

Published Online: October 7, 2009



...antly to social problems, physical and psychological illness, injury and death. Hidden effects include ...is and suicide. Most alcohol-related harm is caused by excessive drinkers whose consumption exceeds recommended drinking levels, not the drinkers with severe alcohol dependency problems. One way to reduce consumption levels in a community may be to provide a brief intervention in primary care over one to four sessions. This is provided by healthcare workers such as general physicians, nurses or ... In general practice, patients are routinely asked about alcohol consumption during registration, general health checks and as ... screening (using a questionnaire). They tend not to be seeking help for alcohol problems when presenting. The intervention they are offered includes feedback on alcohol use and harms, identification of high risk situations for drinking and coping strategies, increased motivation and the development of a personal plan to reduce drinking. It takes place within the time-frame of a standard consultation, 5 to 15 minutes for a general physician, longer for a nurse.

A total of 29 controlled trials from various countries were identified, in general practice (24 trials) or an emergency setting (five trials). Participants drank an average of 306 grams of alcohol (over 30 standard drinks) per week on entry to the trial. Over 7000 participants with a mean age of 43 years were randomised to receive a brief intervention or a control intervention, including assessment only. After one year or more, people who received the brief intervention drank less alcohol than people in the control group (average difference 38 grams/week, range

Main results:

Meta-analysis of 22 RCTs (enrolling 7,619 participants) showed that participants receiving brief intervention had lower alcohol consumption than the control group after follow-up of one year or longer (mean difference: -38 grams/week, 95% CI: -54 to -23), although there was substantial heterogeneity between trials ($I^2 = 57\%$). Sub-group analysis (8 studies, 2,307 participants) confirmed the benefit of brief intervention in men (mean difference: -57 grams/week, 95% CI: -89 to -25, $I^2 = 56\%$), but not in women (mean difference: -10 grams/week, 95% CI: -48 to 29, $I^2 = 45\%$). Meta-regression showed little evidence of a greater reduction in alcohol consumption with longer treatment exposure or among trials which were less clinically representative. Extended intervention was associated with a non-significantly greater reduction in alcohol consumption than brief intervention (mean difference = -28, 95%CI: -62 to 6 grams/week, $I^2 = 0\%$)



Enter term(s) like "headache" "aspirin" "exercise"

Search

Browse health topics | New and updated

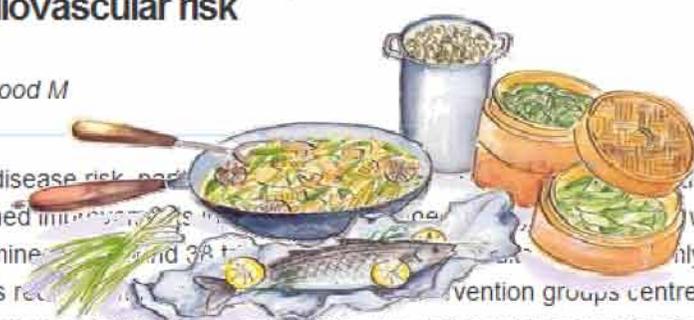
Tell us what you think!

How to use this site

Dietary advice for reducing cardiovascular risk

Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M

Published Online: January 21, 2009



Diet is an important determinant of chronic disease risk, particularly cardiovascular disease. The effects of providing dietary advice to healthy adults in order to produce sustained improvements in diet and cardiovascular risk factors associated with heart disease was also examined. The review included 38 trials comparing intervention groups only assigned to receive dietary advice or no dietary advice. The dietary improvements recommended in the intervention groups centred largely on the reduction of salt and fat intake and an increase in the intake of fruit, vegetables, and fibre. Advice was delivered in a variety of ways, including one-to-one contact, group sessions, and written materials. There were variations in intensity of intervention, ranging from one contact per study participant to 50 hours of counselling over 4 years. The duration of the trials ranged from 3 months to 4 years, with a median follow-up period of 10 months.

Main results:

Thirty-eight trials with 46 intervention arms (comparisons) comparing dietary advice with no advice were included in the review. 17,871 participants/clusters were randomised. Twenty-six of the 38 included trials were conducted in the USA. Dietary advice reduced total serum cholesterol by 0.16 mmol/L (95% CI 0.06 to 0.25) and LDL cholesterol by 0.18 mmol/L (95% CI 0.1 to 0.27) after 3-24 months. Mean HDL cholesterol levels and triglyceride levels were unchanged. Dietary advice reduced blood pressure by 2.07 mmHg systolic (95% CI 0.95 to 3.19) and 1.15 mmHg diastolic (95% CI 0.48 to 1.85) and 24-hour urinary sodium excretion by 44.2 mmol (95% CI 33.6 to 54.7) after 3-36 months. Three trials reported plasma antioxidants where small increases were seen in lutein and β -cryptoxanthin, but there was heterogeneity in the trial effects. Self-reported dietary intake may be subject to reporting bias, and there was significant heterogeneity in all the following analyses. Compared to no advice, dietary advice increased fruit and vegetable intake by 1.25 servings/day (95% CI 0.7 to 1.81). Dietary fibre intake increased with advice by 5.99 g/day (95% CI 1.12 to 10.86), while total dietary fat as a percentage of total energy intake fell by 4.49% (95% CI 2.31 to 6.66) with dietary advice and saturated fat intake fell by 2.36% (95% CI 1.32 to 3.39).

Authors' conclusions:

Dietary advice appears to be effective in bringing about modest beneficial changes in diet and cardiovascular risk factors over approximately 10 months but longer term effects are not known.



Enter term(s) like "headache" "aspirin" "exercise"

[Browse health topics](#) | [New and updated](#)

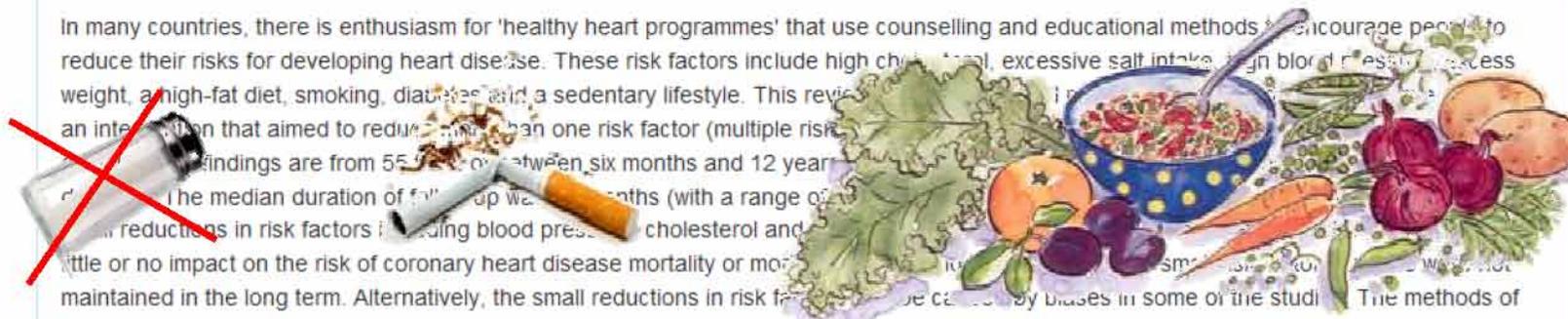
[Tell us what you think!](#)

[How to use this site](#)

Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease

Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G

Published Online: January 19, 2011



In many countries, there is enthusiasm for 'healthy heart programmes' that use counselling and educational methods to encourage people to reduce their risks for developing heart disease. These risk factors include high cholesterol, excessive salt intake, high blood pressure, excess weight, a high-fat diet, smoking, diabetes and a sedentary lifestyle. This review is an intervention that aimed to reduce more than one risk factor (multiple risk factor interventions). The findings are from 55 trials (163,471 participants) between six months and 12 years of follow-up. The median duration of follow-up was 12 months (with a range of 6 to 120 months). Small reductions in risk factors including blood pressure, cholesterol and smoking had little or no impact on the risk of coronary heart disease mortality or morbidity. The small reductions in risk factors were caused by biases in some of the studies. The methods of attempting behaviour change in the general population are limited and do not appear to be effective. Different approaches to behaviour change are needed and should be tested empirically before being widely promoted, particularly in developing countries where cardiovascular disease is a major cause of death.

Main results:

We found 55 trials (163,471 participants) with a median duration of 12 month follow up. Fourteen trials (139,256 participants) with reported clinical event endpoints, the pooled ORs for total and CHD mortality were 1.00 (95% CI 0.96 to 1.05) and 0.99 (95% CI 0.92 to 1.07), respectively. Total mortality and combined fatal and non-fatal cardiovascular events showed benefits from intervention when confined to trials involving people with hypertension (16 trials) and diabetes (5 trials): OR 0.78 (95% CI 0.68 to 0.89) and OR 0.71 (95% CI 0.61 to 0.83), respectively. Net changes (weighted mean differences) in systolic and diastolic blood pressure (53 trials) and blood cholesterol (50 trials) were -2.71 mmHg (95% CI -3.49 to -1.93), -2.13 mmHg (95% CI -2.67 to -1.58) and -0.24 mmol/l (95% CI -0.32 to -0.16), respectively. The OR for reduction in smoking prevalence (20 trials) was 0.87 (95% CI 0.75 to 1.00). Marked heterogeneity ($I^2 > 85\%$) for all risk factor analyses was not explained by co-morbidities, allocation concealment, use of antihypertensive or cholesterol-lowering drugs, or by age of trial.

Authors' conclusions:

Interventions using counselling and education aimed at behaviour change do not reduce total or CHD mortality or clinical events in general populations but may be effective in reducing mortality in high-risk hypertensive and diabetic populations. Risk factor declines were modest but

Storia e scopi dell'iniziativa "**Pillole di buona pratica clinica**" per medici

Le proposte formulate per razionalizzare i comportamenti assistenziali attraverso questo strumento devono soddisfare tutte le seguenti caratteristiche generali (in base allo stato delle conoscenze):



- **efficacia netta** nella pratica, espressa **in termini di salute, superiore** (o almeno pari) rispetto ad altre pratiche correnti, alla luce della EBM (Medicina/Assistenza Sanitaria fondata sulle prove di efficacia)
- **costi netti inferiori** rispetto a pratiche correnti direttamente confrontate
- **rilevanza** nella pratica delle **cure primarie**.

Storia e scopi dell'iniziativa **Pillole di buona pratica clinica** per medici

I riferimenti forniti sono **espliciti, sintetici**, con **bibliografia**, tratti da pubblicazioni che tengano conto del contesto della medicina generale e del territorio.

I medici che desiderano ricevere/consultare la **documentazione originale** la possono richiedere al Servizio Educazione Appropriata - ASL di Milano e anche suggerire argomenti.

Inoltre, tramite le Direzioni sanitarie degli Ospedali, si sono intraprese azioni per **diffondere agli specialisti** ospedalieri e ambulatoriali il materiale inviato ai MMG.

Ogni professionista è comunque **sempre libero** di valutare i dati forniti e di accogliere o meno i suggerimenti, secondo scienza e coscienza, con il paziente che ha di fronte.

(quanto fin qui riportato è stato sottoscritto da tutte OO.SS. della MG e PdF dell'ASL, insieme al Dipartimento SSB/Cure Primarie)



La filosofia generale del **Progetto Pillole**

- La filosofia delle *Pillole* è riproposta ogni anno negli articoli introduttivi alle Raccolte ristampate (e aggiornate).
- Uno strumento analogo utilizzato nello **Stato della British Columbia nel Sistema Sanitario pubblico canadese** ha dimostrato, in uno studio randomizzato controllato di buona qualità (*Dormuth CR et al. CMAJ 2004; 17: 1057*), di riuscire a indirizzare in modo convinto nella direzione desiderata i comportamenti prescrittivi dei medici di famiglia, con costi minimi.



“Pillole di educazione sanitaria” per cittadini-consumatori (1)

Da metà 2004 alle *Pillole* per Medici si è affiancata una linea di *Pillole* di educazione sanitaria per cittadini-consumatori.

Scopo: far sì che i cittadini

- facciano **buon uso dei servizi sanitari** e siano **consapevoli** dei propri diritti
- **non sollecitino i medici a prescrizioni** irrazionali sotto la pressione consumistica dei media
- acquisiscano un **salutare senso critico**, conoscendo anche limiti, eventuali rischi e costi dei trattamenti e delle indagini proposte e le alternative disponibili, senza porsi in maniera passiva nei confronti di ogni prescrizione e proposta sanitaria
- conoscano elementi fondamentali di **autogestione della propria salute** e abbiano migliori strumenti per metterli in pratica.

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori scheda 1

Automisurazione della pressione arteriosa

Domanda L'automisurazione automatica (casuale) della pressione arteriosa ha un valore aggiunto rispetto alla misurazione effettuata nello studio medico?

Risposta Sì. Se l'apparecchio è correttamente utilizzato e se il paziente è ben istruito, i risultati sono affidabili, più simili alla propria misurazione effettuata nello studio medico.

Vantaggi dell'automisurazione automatica domestica?

- Non l'iperfascino ipertensivo e consente la consegna di servizi sanitari da remoto, da confermare con il monitoraggio continuo della PA.
- Migliore il controllo dell'ipertensione in tempo, prevenendo e prevenendo il deterioramento del trattamento.
- Può ridurre gli accessi di ospedalizzazione.
- Ha dimostrato una più elevata aderenza con i dati più urgenti e a lungo termine per misurazione effettuata dai familiari.
- È un'opzione conveniente per i pazienti con ipertensione, nella pratica clinica.

Come era già noto

È noto che avere più alta è la pressione arteriosa (PA) tanto maggiore è il rischio di un attacco di cuore e di una scompenza cardiaca, di un ictus cerebrale, di diabete e di altri problemi. La lettura arteriosa è il grado di rischio di un attacco di cuore di circa il 50% di un anno di cui il 20% della parte che è il rischio cardiaco.

La Linea Guida Internazionale sulla gestione dell'ipertensione arteriosa (2010) raccomanda di usare il metodo di misurazione casuale in genere effettuato dal medico. La misurazione nella pratica medica, però, ha limiti pratici: anche con il tempo e l'esperienza della PA di studio, la lettura casuale della PA (casuale) spesso è soggetta a errore e in genere, almeno negli studi di popolazione e nella pratica clinica, è spesso imprecisa. È invece molto difficile ottenere la lettura casuale, come accade spesso, anche gli appuntamenti medici, che possono essere più o meno a più tardi o in caso di 10% da non rispetto alla raccomandazione standard a seconda di necessità.

Per questo sono in fase di sviluppo più sistemi di misurazione della PA casuale, il monitoraggio continuo, il telemonitoraggio, che può a futura gestione, secondo i medici. Oggi sono in fase di sviluppo una famiglia di sistemi con un approccio alternativo da parte di pazienti autonomi e autonomi di misurare la propria PA in base al momento preferito della misurazione del sangue.

Il 1° anno di studio sono stati studiati gli effetti di un nuovo modo di misurazione di un medico e di un infermiere, una lettura casuale (casuale) e casuale del paziente casuale, con delle altre, anche con il paziente, che prima.

Questo studio, che ha seguito nel tempo in media 12 anni un ampio gruppo di pazienti, aveva l'obiettivo di valutare il migliore programma di automisurazione della PA con un apparecchio automatico di propria proprietà, confrontato con la misurazione tradizionale nella pratica medica. Ha quindi misurato la pressione non sempre in modo casuale in caso di 1000 pazienti con il trattamento casuale e casuale in oltre 10 anni di studio con il metodo di famiglia.

Si è dimostrata performance non inferiore quella con i seguenti dati:

- da 14000 in su per la PA, misurare solo studio medico (media di 12 misurazioni); 1 misurazione nel paziente casuale ogni 10' di tempo, da 10' a 10' in un solo momento.
- da 10000 in su per la PA, misurare solo studio medico (media di 12 misurazioni); 1 misurazione nel paziente casuale ogni 10' di tempo, da 10' a 10' in un solo momento.
- da 10000 in su per la PA, misurare solo studio medico (media di 12 misurazioni); 1 misurazione nel paziente casuale ogni 10' di tempo, da 10' a 10' in un solo momento.

“Pillole di educazione sanitaria” per cittadini-consumatori (2)



Anche questo rappresenta uno strumento originale che rivolge ai cittadini **messaggi “che contano” per la salute**, espressi con grande **chiarezza**, **senza** farsi condizionare dai **conflitti di interesse** che attraversano gran parte della divulgazione sanitaria.

Esse interessano potenzialmente la maggioranza dei cittadini, cui possono essere veicolate:

- anzitutto dai propri **Medici di fiducia**
- da **ASL/Aziende USL** e **Regioni**
- da **Associazioni di tutela di consumatori** o **di pazienti**, attraverso i propri canali informativi
- da **riviste** mediche e sanitarie **indipendenti**



ma anche

Un esempio dei risultati ottenuti



Studio degli effetti sulla prescrizione inappropriata di capsule di omega-3 di **schede di educazione sanitaria che promuovono efficaci alternative alimentari** (e la loro prescrizione)



Conclusioni

Il risultato stimato rispetto al trend storico e ai trend nazionale e regionale monitorati in parallelo) è stato un risparmio di

906 mila Euro in due anni,

e addirittura di



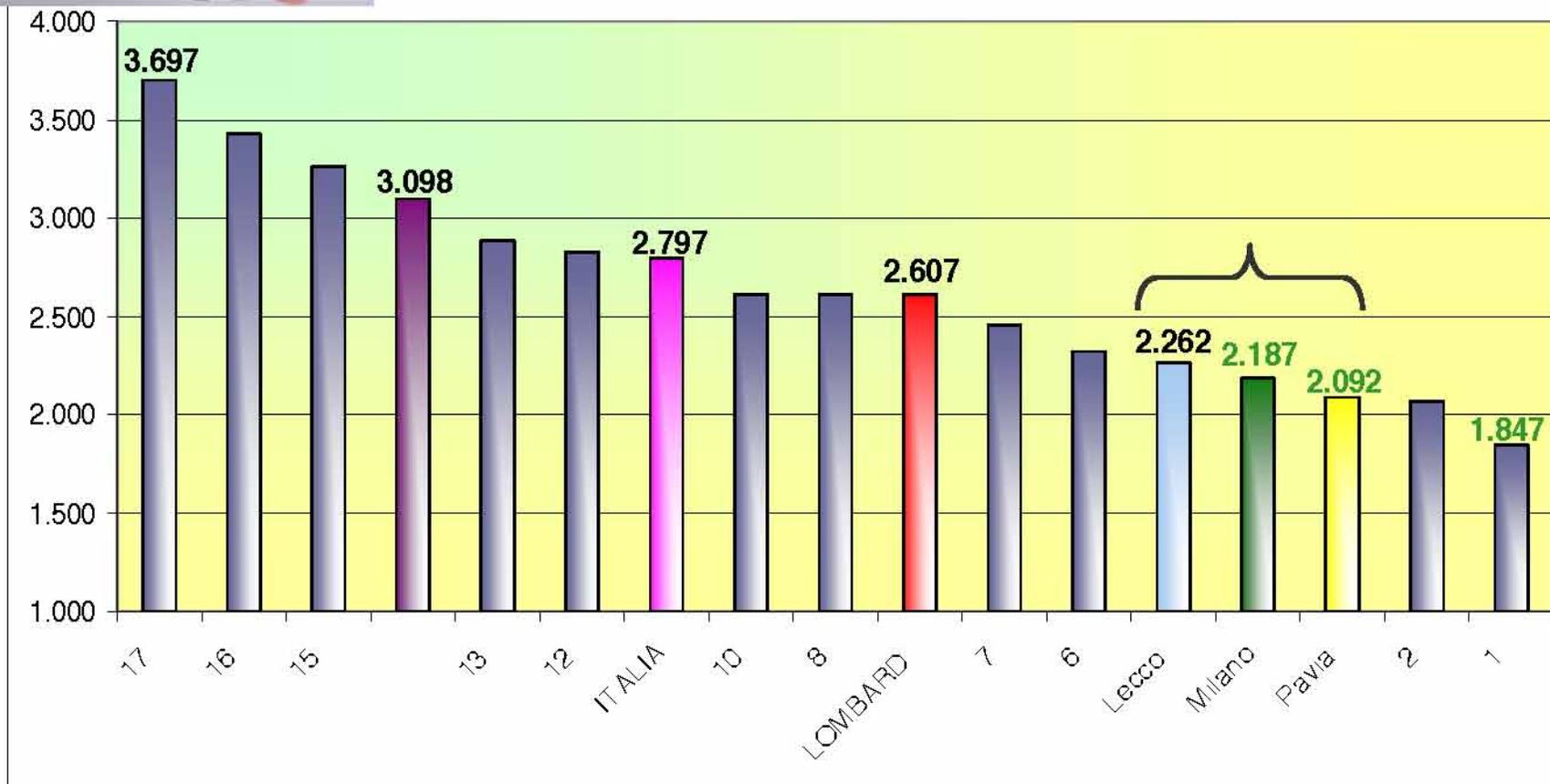
980 mila Euro

se la popolazione di Milano viene pesata (in riferimento ai criteri di pesatura ufficialmente adottati dalla Regione Lombardia, dato che la popolazione milanese è strutturalmente più anziana di quella lombarda, con maggiori consumi farmaceutici attesi)

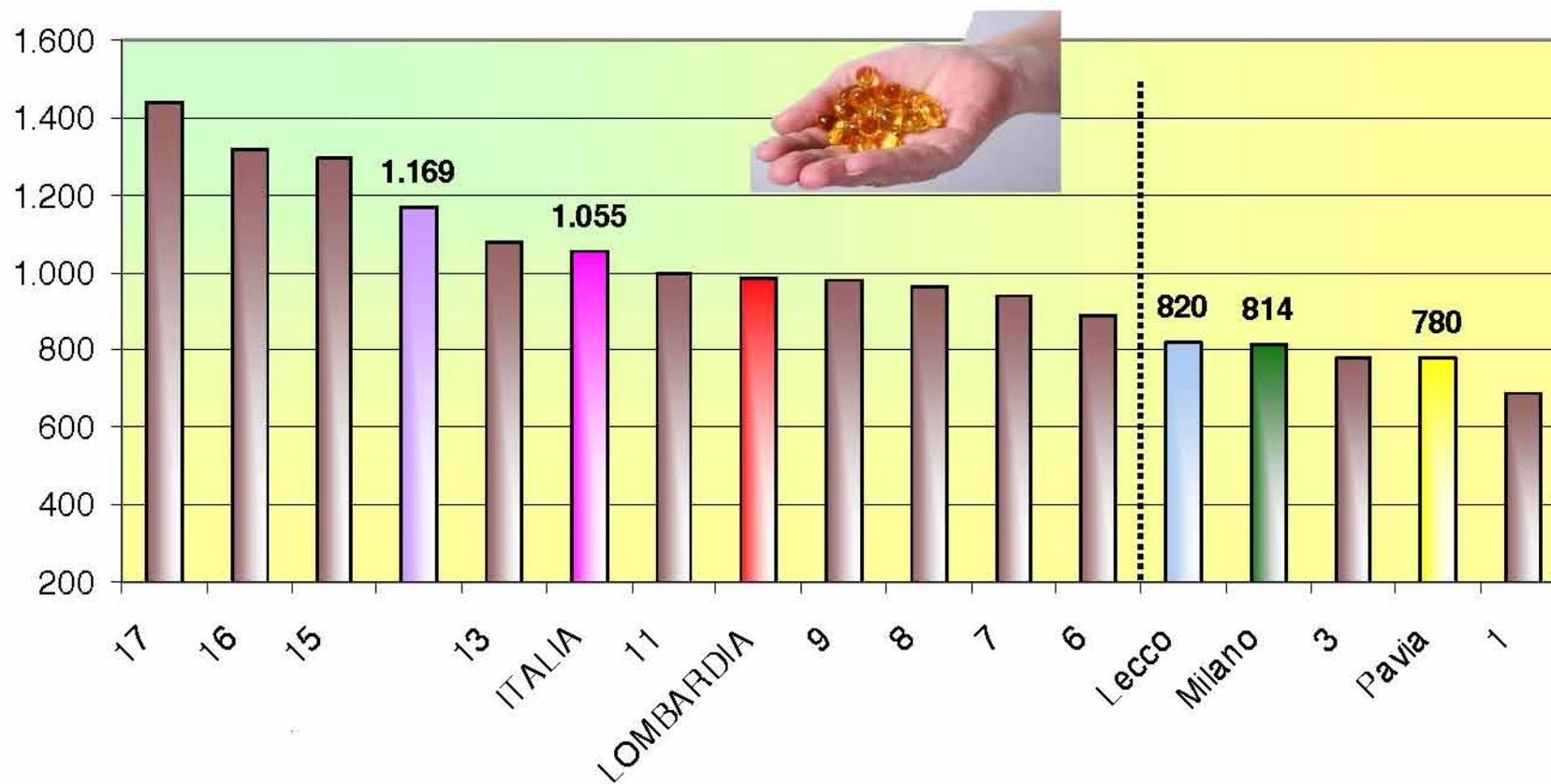




pesa netta pesata SSN 2010 x 1000 ab nelle ASL Lombarde e media in RL e Italia per Omega-3



Spesa netta pesata SSN (Genn - Apr) 2011 x 1000 ab nelle ASL Lombarde e media in RL e Italia per Omega-3



Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

24 gennaio 2007

Controllare il colesterolo senza rinunciare al gusto

domanda

Un colesterolo cattivo (LDL) elevato richiede sempre un trattamento con farmaci?

risposta

No, se il rischio cardiovascolare (CV) globale non supera certi valori. Comunque opportune scelte alimentari possono abbassare l'LDL anche del 30%, senza farmaci e senza rinunciare al gusto.

Fondi. 1) Jenkins DIA et al. Effects of dietary portfolio of cholesterol-lowering food vs lovastatin on serum lipids and C-Reactive protein. *JAMA* 2003; 290:502. 2) Assessment of the long-term effects of a dietary portfolio of cholesterol lowering foods in hypercholesterolemia. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:582.

Si stima che nel mondo il 45% delle morti per cardiopatia ischemica e il 13% di quelle per ictus siano dovute all'eccesso di colesterolo nel sangue (ipercolesterolemia). In Italia il 57% dei maschi e il 58% delle donne di 35-74 anni ha una colesterolemia superiore ai valori ottimali per soggetti sani (che sono <200 mg/dl per colesterolo totale e <130 per LDL). Solo di vita e alimentazione sono i primi responsabili, ma invece di puntare anzitutto a correggere questi, una forte passione commerciale punta a trattamenti cronici con farmaci come lo statine.

Disegno dei due studi

In un primo studio sperimentale di 4 settimane a soggetti ipercolesterolemici si è data: a) una dieta anticolsterolemica basata su un gruppo di controllo, in cui c'è una stufata e la dieta portfolio; b) per 1 anno a 64 soggetti si è prescritta la dieta portfolio nella vita di tutti i giorni, confrontandone l'efficacia con i risultati della fase sperimentale.

La dieta portfolio

Il Programma nazionale USA di controllo del colesterolo, oltre alla classica riduzione di grassi saturi e trans (1) e di colesterolo alimentare (ridando la preferenza a cibi vegetali, carni magre, latticini scremati), raccomanda ogni giorno 2 g di stivali vegetali (di cui sono ricchi semi di sesamo, di girasole, crucca...), 10-25 g di fibre solubili, e ricorda i benefici della soia. Ognuna delle tre misure può ridurre il colesterolo del

3-10% e il risultato combinato può superare il 20%. Questo risultato si è ottenuto anche su soggetti già addestrati a seguire una dieta parzialmente vegetariana, con cereali integrali e porzioni di grassi nocivi (vedi Fondi). Il gruppo di controllo ha tenuto questa dieta; il gruppo con dieta portfolio ha ricevuto pari quantità di proteine, grassi e carboidrati, ma con circa: 2 g di stivali vegetali aggiunti a un condimento, 20 g di fibre solubili da avena o orzo, legumi, melanzane, carciofi, olive, prugne; 40-50 g di proteine di soia, come latte e burger di soia; 30-50 g di mandorle grezze; tutto ripartito nei superalimenti (SN) i quattro tipi di olii indicati si possono aumentare a piacere. Altre buone ricette con questi ingredienti sono proposte in <http://portfolioeatingplan.com>.

Risultati dei due studi

Nel mese sperimentale l'adesione è stata alta, il 40% dei partecipanti ha detto di voler adottare, con piccolo reddito, la dieta portfolio, altrimenti la vorrebbero più varia. Per trovarla molto saziente, hanno perso un po' di peso. Rispetto al gruppo di controllo, la cui dieta sembrava già ottimale, l'LDL si è ridotto del 29% già dopo 2 settimane, andando sotto i 130 mg/dl, con forte riduzione dell'indice infiammatorio PCR (e del correlato rischio CV); il gruppo trattato con una stufata ha avuto risultati simili.

Dopo un anno la riduzione media di colesterolemia era solo del 13%, perché il 40% dei soggetti seguiva ben poco la dieta (l'adesione media era bassa soprattutto per fibre e soia). Ma in chi (12%) ha avuto serbata adesione, la riduzione di LDL era del 30%.

Conclusioni

Oltre all'effetto di una dieta molto povera di grassi saturi, trans e colesterolo, ciascuno dei 4 componenti portfolio riduce la colesterolemia di un altro 5% circa.



Nord Ovest

COL mg/dl	HDL mg/dl	border (%)	ipercol (%)
212±39	52±14	38	35
214±39	62±15	25	28

200-239 mg/dl ≥240 mg/dl

Controllare il colesterolo senza rinunciare al gusto

domanda

Un colesterolo cattivo (LDL) elevato richiede sempre un trattamento con farmaci?

risposta

No, se il rischio cardiovascolare (CV) globale non supera certi valori. Comunque opportune scelte alimentari possono abbassare l'LDL anche del 30%, senza farmaci e senza rinunciare al gusto.




La dieta *portfolio*



Il III Programma nazionale USA di controllo del colesterolo, oltre alla classica riduzione di grassi saturi e trans (1) e di colesterolo alimentare (dando la preferenza a cibi vegetali, carni magre, latticini scremati), raccomanda ogni giorno 2 g di **steroli vegetali** (di cui sono ricchi semi di sesamo, di girasole, crusca...), 10-25 g di fibre solubili, e ricorda i benefici della soia. Ognuna delle tre misure può ridurre il colesterolo del 5-10% e il risultato combinato può superare il 20%. Dopo un anno la riduzione media di colesterolemia era solo del 13%, perché il 40% dei soggetti seguiva ben poco la dieta (l'adesione media era bassa soprattutto per fibre e soia). Ma **in chi** (32%) **ha avuto un'alta adesione, la riduzione di LDL era del 30%**.

Conclusione

Oltre all'effetto di una dieta molto povera di grassi saturi, trans e colesterolo, ciascuno dei 4 componenti *portfolio* riduce la colesterolemia di un altro 5% circa.

Non prescrivete solo le statine. Anche una dieta corretta anticolesterolo...

prescrivetela!

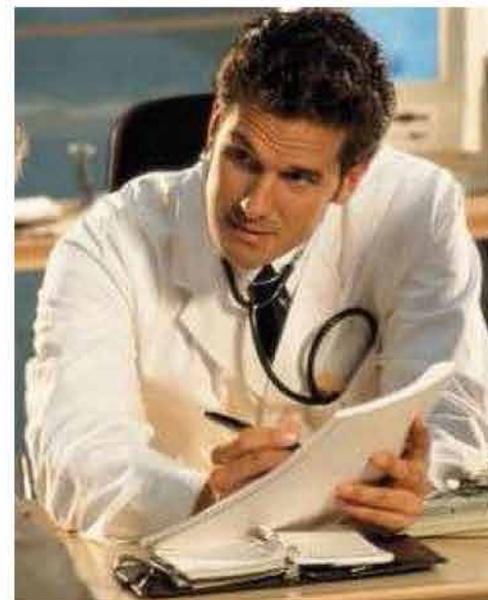


Frutta secca oleosa. Il consumo di noci, arachidi, mandorle e pistacchi (senza sale) è associato a benefici CV nei maggiori studi prospettici a ciò dedicati. L'effetto protettivo CV di una porzione di 30 g al dì (in Italia se ne consumano 2 g) è del 25-40%.

Anche diabete di tipo 2 e calcoli alla cistifellea hanno simili riduzioni.

Riduzioni del 10% di LDL si hanno in alternativa con consumi giornalieri di:

40 g di noci (otto)
40 g di arachidi
40 g di pistacchi
70 g di mandorle
100 g di nocciole



Soia e derivati



Un'analisi combinata di 22 studi recenti (Sacks, *Circulation* 2006), con soddisfazione dei produttori di statine, sembra ridimensionare gli effetti delle proteine di soia: LDL -3% , trigliceridi -5% , HDL o colesterolo buono $+1,5\%$; ma è stata criticata (5) per aver ignorato studi molto più favorevoli: ad es. (5). Però ammette che l'effetto è assai maggiore ($-10-20\%$) se la colesterolemia è molto alta, e che comunque i prodotti di soia danno altri benefici per il contenuto elevato di grassi polinsaturi (anche omega-3), fibra, vitamine, minerali, e basso di grassi nocivi*.



Steroli vegetali. Ostacolano l'assorbimento del colesterolo (l'effetto si può sommare a quello delle statine, che agiscono con meccanismo diverso). Con cibi ricchi di steroli vegetali (es. semi) si può arrivare a introdurre 500 mg al dì. Ciò può già dare una riduzione di LDL vicina al 6%, che equivale all'effetto del raddoppio di dose (e spesso di prezzo) di una statina.



100 g di gradevoli bevande a base di latte, facilmente reperibili, contenenti un'aggiunta fino a 2 g di steroli vegetali, possono ridurre il colesterolo LDL del 10%.





Un approccio razionale al rischio CV (3)

Prima di ricorrere a farmaci potenti ma non privi di effetti avversi come le statine (con conseguenze sconosciute per uso superiore ai 10-15 anni), è bene:

A) verificare il proprio **rischio CV globale** con il punteggio italiano di rischio (www.cuore.iss.it),

B) impegnarsi ad adottare seriamente:

- una **dieta mediterranea** ricca di cibi vegetali e olio d'oliva e molto povera di cibi animali, specie di carni rosse, formaggi, grassi saturi e trans (7)

- **legumi**, compresa la soia, reperibile in preparazioni per tutti i gusti

- **pesce** grasso, almeno 3 volte/settimana: pesce azzurro, tonno, salmone, più efficace e gradevole delle capsule di omega-3, che possono esporre a rischi (4)

- un'**attività fisica** gradita: passeggiate, bicicletta, jogging, nuoto, danza, palestra o pesi, anche integrata nella vita di ogni giorno (fare le scale, lavori di casa...) abbassa il colesterolo LDL e alza quello buono o HDL

- la **cessazione dal fumo** con programmi strutturati efficaci (2),



Tab. 3 – Esempi di menù nelle tre diete dello studio OmniHeart*

Dieta	Ricca di carboidrati (58% delle calorie dai carboidrati, 15% dalle proteine, 27% dai grassi)	Ricca di proteine (25% delle calorie dalle proteine, 48% dai carboidrati, 27% dai grassi)	Ricca di grassi insaturi (37% delle calorie dai grassi, 48% dai carboidrati, 15% dalle proteine)
Colazione	<ul style="list-style-type: none"> Spremuta di pompelmo Cereali alla crusca Latte scremato Frutto 	<ul style="list-style-type: none"> Succo di pomodoro Surrogato di uova strapazzate con formaggio sgrassato Bulgur (grano spezzato e germinato) con soia, olio d'oliva e uva passa 	<ul style="list-style-type: none"> Spremuta d'arancia Cereali con uva passa Latte scremato Pane tostato con margarina di olio d'oliva e marmellata
Pranzo	<ul style="list-style-type: none"> Sandwich di pollo: pane integrale, petto di pollo, maionese Lattuga con olio d'oliva Mandorle e albicocche secche 	<ul style="list-style-type: none"> Hamburger vegetariano con salsa * Lattuga con fette di pomodoro 	<ul style="list-style-type: none"> Sandwich di pollo: pane, petto di pollo, salsa e olio d'oliva Patate novelle all'olio d'oliva Insalata di spinaci, pomodori e salsa di olio d'oliva balsamico Insalata di broccoli con olio di cartamo Succo di pomodoro
Cena	<ul style="list-style-type: none"> Penne con spinaci, pomodori e olio d'oliva, polpette di pesce, parmigiano Insalata con lattuga, pomodori ciliegia e salsa con olio di cartamo Uva Dolce 	<ul style="list-style-type: none"> Piatto messicano con fagioli neri e proteine del grano (seitan) con verdure, pilaf ai 3 cereali (in grani) con olio d'oliva * Petto di pollo Arancia Latte scremato 	<ul style="list-style-type: none"> Piatto messicano con fagioli neri con verdure, pilaf ai 3 cereali (in grani) con olio d'oliva Carote Biscotto alle noci Latte scremato 
Spuntino	<ul style="list-style-type: none"> Mela piccola Yogurt 	<ul style="list-style-type: none"> Fiocchi di latte (o formaggio tipo cottage) senza grassi Mandarini Mandorle 	<ul style="list-style-type: none"> Mandarini Mandorle 

Tab. 4 – Livelli basali dei fattori di rischio e cambiamenti con ogni dieta

	Media basale	Dieta ricca di:		
		carboidrati	proteine	grassi insaturi
PAS max mmHg				
<u>Iper</u> tesisi	147	- 13	- 16	- 16
Normale-alta	128	- 7	- 8	- 8
PAD min mmHg				
Ipertesisi	84	- 6	- 9	- 8
Normale-alta	75	- 4	- 4	- 4
Colesterolo LDL mg/dl				
≥130	157	- 20	- 24	- 22
<130	105	- 4	- 6	- 5



Prescrivere lo stile di vita

L'effetto sulla pressione delle diete indicate è almeno pari a quello medio di un'associazione di due farmaci antipertensivi (che nella più grande revisione di studi controllati (6) è risultato di $-14,6$ mmHg per la pressione arteriosa massima e di $-8,6$ per quella minima). Nello studio OmniHeart **l'ipertensione** di 1° grado ($<160/100$ mmHg, la forma **più comune**) è stata **controllata senza farmaci in 4 casi su 5**.

Ciò senza contare i potenziali effetti aggiuntivi di altri provvedimenti utili per gli ipertesi, come una modica perdita di peso e un aumento dell'attività fisica, che gli studi citati hanno volutamente escluso, ma che chi vuole migliori risultati dovrebbe attuare (Tabella 5).

La pressione è tornata normale!



Tab. 5 – Raccomandazioni di modifiche dello stile di vita per ridurre la pressione arteriosa (Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, JNC 7 Report 2003, modificata)

Modifiche	Raccomandazioni	Intervallo di riduzione di PA max* (e riduzione media n.d.r.)
Perdere peso (con gradualità)	mantenere un peso normale (IMC da 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5-20 mmHg ogni 10 kg in meno (media 12)
Programma alimentare DASH	Adottare un'alimentazione ricca di frutta, verdure e latticini a basso contenuto di grassi saturi e totali	8-14 mmHg (media 11)
Ridurre il sodio alimentare	Ridurre il sodio a meno di 2,4 g al giorno, o il sale da cucina a meno di 6 g al giorno	2-8 mmHg (media 5)
Attività fisica aerobica	Ad es. camminare di passo svelto, almeno 30 minuti al giorno, la maggior parte della settimana; fare le scale a piedi	4-9 mmHg (media 6,5)
Moderare il consumo di alcol	Limite per giorno: ≤2 drink** per gli uomini ≤1 drink per donne e persone più leggere	2-4 mmHg (media 3)
N.B. oggi si potrebbe affermare anche:		
Fibra alimentare	Aggiungere in media 11,5 g al giorno di fibra (9)	1-2 mmHg (media 1,5)
Aumentare i grassi omega-3 tramite i cibi (non con capsule)	3 o più piatti di pesce grasso alla settimana (10) (es. salmone fresco o in scatola, o pesce azzurro; se non gradito, noci o semi di lino)	Circa 1 mmHg ogni g di omega-3 (in soggetti ipertesi o con colesterolo alto)
Cioccolato fondente (11)	2 quadretti al dì (o poco più)	3 mmHg

?

Notizie Mediche del Giorno – Univadis 6-10-'08



Medici famiglia, prescriviamo attività fisica!

Roma, 3 ott. (Adnkronos Salute)

"Prescriviamo in ricetta l'attività fisica": è questo il messaggio che verrà lanciato dai MMG, nel 1° congresso nazionale dell'area di medicina dello sport della SIMG. ...

"La cultura della prevenzione e l'adozione di un corretto stile di vita - sottolinea Luigi Gatta, ... - sono e saranno sempre più gli strumenti portanti...".

È inoltre **essenziale** - aggiunge - **inserire i 'determinanti di salute'**, cioè i fattori ambientali, sociali, legati agli stili di vita e all'alimentazione, **nella pratica della medicina generale** quali innovativi, indispensabili strumenti di prevenzione e promozione della salute".



SOCIETÀ NAZIONALE
DI AGGIORNAMENTO
PER IL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE



Fondazione italiana per il cuore

FONDAZIONE
GIOVANNI LORENZINI
MILAN, ITALY  GIOVANNI LORENZINI
MEDICAL FOUNDATION
HOUSTON, USA

3 DICEMBRE 2011 - 8.45 – 15.30

CORSO DI AGGIORNAMENTO

ACTIVE DOCTORS ACTIVE PEOPLE: ATTIVITÀ/ESERCIZIO FISICO COME PRESCRIZIONE MEDICA?

MILANO HEALTH CENTRE, VIA STRAMBIO 22

Con il Patrocinio della SID - Società Italiana di Diabetologia. Corso organizzato e promosso da Fondazione Italiana per il Cuore, Fondazione Giovanni Lorenzini e SNAMID, Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale.

La partecipazione al Corso è gratuita, a numero limitato di partecipanti, con iscrizione obbligatoria entro il 30 Novembre 2011 (l'iscrizione verrà confermata dalla Segreteria Organizzativa). Il Corso è accreditato presso il Ministero della Salute e consente il riconoscimento di crediti formativi.

Moderatori: **Elena Tremoli (Milano) - Andrea Peracino (Milano)**

SIGNIFICATO E OBIETTIVO DEL CORSO



Cosa aumenta la probabilità di fare **esercizio**?

(*The Journal of Family Practice* 2008; 57:394)

- Gli adulti sedentari/in sovrappeso che ricevono dal proprio MMG consigli di aumentare l'attività fisica hanno **5 volte più probabilità** di seguirli se **aiutati a sviluppare un piano** di esercizi e se ricevono una **prescrizione**.
- Se poi il MMG chiede periodicamente come sta andando, è **5,5 volte più probabile** che seguano il piano/prescrizione.
- Cartelli con invito a fare le scale per promuovere forma fisica e salute CV e per controllare il peso posti nei "punti di decisione" accanto ai pulsanti degli ascensori sono un modo efficiente per aumentare l'attività fisica a livello di comunità.

Le **prescrizioni di fare le scale** e di usare un **contapassi** (*Bravata DM et al. JAMA* 2007; 298:2296) potrebbero entrare in molti piani di aumento dell'attività fisica




scale per la salute
 Qualche rampa in salita da un minuto contribuisce in modo decisivo al governo di alcuni fattori di cui abbiamo bisogno per mantenere la salute: uno come tutti noi è il colesterolo LDL. "Chiamatelo il cattivo" soprattutto, ma non ha le mani pulite e bisogna di tanto in tanto...



**Con 10 rampe al giorno...
 togli la malattia cronica di turno**

A cura del dott. Alberto Donzelli Disegno di Alberto Donzelli
© 2010. È vietata espressamente la ristampa o l'adattamento senza permesso scritto dall'editore.




scale per la salute
 Fare le scale può essere un'attività utile a ridurre il colesterolo cattivo (LDL) e il diabete.



Più andate su, più il colesterolo va giù

A cura di Alberto Donzelli Disegno di Alberto Donzelli


scale per la salute
 La maggior parte delle persone lavorano con la sedia e stanno tutta la metà del tempo in un'auto. Perché non provare a...



Non perdere l'occasione di mantenerti in forma

A cura del dott. Alberto Donzelli Disegno di Alberto Donzelli
© 2010. È vietata espressamente la ristampa o l'adattamento senza permesso scritto dall'editore.


SCALE PER LA SALUTE
 Fare le scale dà un aiuto importante per prevenire sovrappeso, diabete, pressione alta e per controllare il colesterolo.

Fare le scale...



...fa bene al cuore!

A cura di Roberto Donzelli e Alessandro Pepe Disegni originali di Giulio Lorenzi




Scale per la salute
 L'uso regolare delle scale rinforza la fibre muscolari e tonifica il cuore, il sistema circolatorio e previene le fratture (Lombardi, 2006), inoltre rafforza la mente e riduce il rischio di cadute negli anziani (Siboni, 1992).

Oggi proprio non ti senti di salire le scale?



Ma puoi ancora scenderle!

A cura di Alberto Donzelli Disegni originali di Giulio Lorenzi


Scale per la salute
 L'uso regolare delle scale rafforza i muscoli delle gambe, che poi forniscono calore anche quando si sta a riposo. Ciò spiega meglio perché una buona muscolatura evita il sovrappeso.

Le scale aggiungono anni alla vita...



...e vita agli anni

A cura di Alberto Donzelli Disegni originali di Giulio Lorenzi

Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care

A Cluster Randomized Trial

Gonzalo Grandes, MD, MS; Alvaro Sanchez, PhD; Ricardo Ortega Sanchez-Pinilla, MD; Jesus Torcal, MD; Imanol Montoya, MS; Kepa Lizarraga, MD; Javier Serra, MD; for the PEPAF Group



Background: Physical activity promotion is a priority, but contribution of physicians' interventions is unclear. The effectiveness of the PEPAF ("Experimental Program for Physical Activity Promotion"), which was implemented exclusively by physicians in routine primary care from October 2003 to December 2004, was assessed.

Methods: Fifty-six Spanish family physicians were randomized to either the intervention (n=29) or standard care (n=27) arm of the trial. The physicians recruited 4317 physically inactive patients (2248 for intervention and 2069 for control protocols) from a systematic sample after assessing their physical activity in routine practice. Intervention physicians provided advice to all patients and a physical activity prescription to the subgroup attending an additional appointment (30%). The main outcome measure was the change in physical activity measured by blinded nurses using the 7-Day Physical Activity Recall. Secondary outcomes included cardiorespiratory fitness and health-related quality of life.

Results: At 6 months, intervention patients increased physical activity more than controls (adjusted difference,

18 min/wk [95% confidence interval, 6-31 min/wk]; metabolic equivalent tasks × hours per week, 1.3 [95% CI, 0.4-2.2]). The proportion of the population achieving minimal physical activity recommendations was 3.9% higher in the intervention group (1.2%-6.9%; number needed to treat, 26). No differences were found in secondary outcomes. The effect of intervention was positively modified in subjects older than 50 years ($P \leq .01$) and in the prescription subgroup ($P < .001$).

Conclusions: Family physicians were effective for increasing physical activity of primary care patients. Overall clinical effect was small but relevant for population public health. Within the intervention program, clinically relevant effects were seen in patients receiving a physical activity prescription.

Trial Registration: clinicaltrials.gov Identifier: NCT00131079

Arch Intern Med. 2009;169(7):694-701

+35 min/sett.

+ da 32 a 131 min/sett.



Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: A randomized trial

Judith J. Prochaska^{*}, Sharon M. Hall, Gary Humfleet, Ricardo F. Muñoz, Victor Reus, Julie Gorecki, Dixie Hu

University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, USA

ARTICLE INFO

Article history:
Available online 16 May 2008

**Scendiamo le scale
insieme ...**



ABSTRACT

Objectives. For smoking cessation, physical activity (PA) may help manage withdrawal symptoms, mood, stress, and weight; yet studies of PA as an aid for smoking cessation have been mixed. This study examined: (1) the impact of an extended relapse prevention program on increasing moderate to vigorous PA (MVPA) in adults enrolled in a tobacco cessation treatment trial; (2) whether changes in MVPA were associated with sustained abstinence from smoking; and (3) mechanisms by which MVPA may support sustained abstinence from smoking.

Methods. In a randomized controlled trial conducted from 2003–2006 in San Francisco, California, 407 adult smokers received a 12 week group-based smoking cessation treatment with bupropion and nicotine patch with the quit date set at week 3. At week 12, participants were randomized to no further treatment or to 40 weeks of bupropion or placebo with or without an 11-session relapse prevention intervention of which 2 sessions (held at weeks 16 and 20) focused on PA. Participants receiving the PA intervention ($n=163$) received a pedometer, counseling to increase steps 10% biweekly towards a 10,000 steps/day goal, and personalized reports graphing progress with individualized goals. The International Physical Activity Questionnaire assessed weekly minutes of MVPA at baseline and weeks 12 and 24. Sustained abstinence from tobacco at week 24 was validated with expired carbon monoxide.

Results. In a repeated mixed model analysis, intervention participants significantly increased their MVPA relative to control participants, $F(1,475)=3.95, p=.047$. Pedometer step counts also increased significantly, $t(23)=2.36, p=.027$, though only 15% of intervention participants provided 6 weeks of pedometer monitoring. Controlling for treatment condition, increased MVPA predicted sustained smoking abstinence at week 24, odds ratio=1.84 (95% CI: 1.07, 3.05). Among participants with sustained abstinence, increased MVPA was associated with increased vigor ($r=0.23, p=.025$) and decreased perceived difficulty with staying smoke-free ($r=-0.21, p=.038$).

Conclusion. PA promotion as an adjunct to tobacco treatment increases MVPA levels; changes in MVPA predict sustained abstinence, perhaps by improving mood and self-efficacy.

Quante persone (2008-2010) ricevono consiglio dagli operatori sanitari di...

➤ **smettere di fumare** (tra i fumatori):

- ASL Milano 52%
- ASL Lombarde 52%
- ASL nazionali 52%

➤ **perdere peso** (tra sovrappeso/obesi):

- **ASL Milano 65%**
- ASL Lombarde 59%
- ASL nazionali 52%

➤ **fare attività fisica** (tra sovrappeso/obesi):

- **ASL Milano 51%**
- ASL Lombarde 44%
- ASL nazionali 39%

Gli interventi ripetuti di educazione sanitaria qualche risultato lo danno!



Dr.ssa MG Manfredi,
delegata SNAMI



Mi creda, ha tutto da guadagnare!

Rinuncerò al fumo, ma tutte le altre ... mica sono rinunce!

Grazie dell'attenzione!