

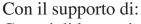
Progetto Prevenzione e Disease Management patologie croniche



Informazioni per l'operatore sanitario

Settembre 2006





Gruppi di lavoro ipertensione arteriosa, diabete, epatopatie del Progetto Prevenzione e Disease Management patologie croniche Servizio Educazione alla salute e Attività Sperimentali Dipartimento di Prevenzione medico

- 1 Dipartimento Cure Primarie dell'ASL della provincia di Brescia
- 2 Servizio epidemiologico dell'ASL della provincia di Brescia

Progetto Cuore a Brescia

Informazioni per l'operatore sanitario

INDICE

PRESENTAZIONE	pag.	4
PROGETTO CUORE	pag.	6
IL FUMO	pag.	9
L'ALIMENTAZIONE	pag. 1	13
L'ATTIVITÀ FISICA	pag. 2	22
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE E SITI DI RIFERIMENTO	pag. 2	26
REFERENZE	pag. 2	27



Presentazione agli operatori sanitari

L'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia intende avviare un'azione organica di promozione degli stili di vita a valenza preventiva rivolta a tutta la popolazione, chiedendo un fattivo coinvolgimento di tutti gli Operatori Sanitari. E' noto infatti che:

- 1. gli stili di vita corretta alimentazione, attività motoria, riduzione del tabagismo hanno una comprovata azione preventiva per le patologie cardiocerebrovascolari, i tumori, le patologie respiratorie ecc.
- 2. gli stili di vita sono difficili da modificare, ma gli operatori possono svolgere un ruolo rilevante nei confronti dei propri assistiti e dei cittadini in generale, sia utilizzando i messaggi che la letteratura scientifica attuale mostra come fattori di documentata efficacia preventiva, sia partecipando all'attività di educazione e promozione di tali stili di vita;
- 3. tale ruolo deve essere vissuto da tutti gli operatori sanitari come parte integrante e fondamentale della propria attività professionale.

È infatti diffuso e radicato tra gli operatori sanitari un certo "modus operandi" che, di fronte alla malattia, privilegia il solo approccio curativo farmacologi-co/chirurgico, ritenendo privi di efficacia gli interventi per il miglioramento degli stili di vita. Al contrario, esistono evidenze scientifiche che dimostrano, non solo che la maggior conoscenza e consapevolezza sugli stili di vita a valenza preventiva da parte delle singole persone spinge verso un'adozione di tali comportamenti ma, che anche gli operatori sanitari nella loro pratica quotidiana possono contribuire positivamente all'adozione di comportamenti più salubri da parte di tutti i cittadini con cui vengono a contatto.

Oltre ad **informare** ed **educare**, gli operatori sanitari possono **proporre** e, quando necessario, "**prescrivere**" e **supportare** comportamenti ben definiti e contestualizzati.

Per poter giocare questo ruolo, è indispensabile che ciascuno approfondisca la tematica in modo da essere egli stesso sensibilizzato, convinto, formato, e quindi poter a sua volta **sensibilizzare, convincere, aiutare** attivamente i propri assistiti e più in generale i cittadini.

I messaggi educativi da comunicare sono in linea con quelli individuati dal "Progetto Cuore" dell'Istituto Superiore della Sanità, e con le Linee Guida e il Piano Sanitario Nazionale del Ministero della Salute: l'iniziativa bresciana

si inserisce quindi in una più ampia campagna nazionale.

In particolare "Progetto Cuore" a Brescia prevede l'attivazione di gruppi di "formatori intermedi" capaci di attivare, in collaborazione con l'ASL, all'interno della propria realtà lavorativa, una serie di interventi combinati per innalzare la sensibilità e la capacità degli Operatori Sanitari a promuovere stili di vita sani. Per aiutare tale processo è stato predisposto questo opuscolo, presentato personalmente a tutti gli operatori sanitari per il tramite di altri colleghi, che agiscono quali formatori intermedi, con un processo di diffusione "a cascata". Esso intende offrire un aiuto concreto per innalzare diffusamente la sensibilità e la responsabilizzazione a muoversi in direzione preventiva e contiene:

- i risultati del "Progetto Cuore" dell'Istituto Superiore della Sanità;
- le evidenze scientifiche in materia di prevenzione del tabagismo, alimentazione, attività fisica, inclusi i corrispondenti riferimenti bibliografici, links informatici e corsi di formazione a distanza, accreditati ECM, sul tema.

In pratica, che cosa viene chiesto ad ogni Operatore Sanitario? Quattro azioni:

- **Dedicare un minimo di tempo** per studiare, approfondire e interiorizzare queste tematiche;
- Manifestare la propria condivisione circa i contenuti dei messaggi educativi proposti, esponendo nel proprio spazio di lavoro i manifesti del "Progetto Cuore a Brescia" (vedi ultima pagina);
- Individuare le modalità ritenute più opportune per inserire nella propria pratica quotidiana la consuetudine a trasmettere messaggi educativi agli utenti;
- Imparare a riconoscere lungo la storia sanitaria della vita degli assistiti i momenti in cui è maggiore la recettività a cambiare le abitudini di vita scorrette.

Tutto questo nella consapevolezza che, anche il tempo dedicato dagli operatori sanitari all'informazione, alla comunicazione e alla relazione, è da considerarsi come tempo di cura e di presa in carico della persona.

Dr. Carmelo Scarcella

Direttore Generale dell'ASL di Brescia

Progetto cuore (http://www.cuore.iss.it)

Il Progetto Cuore - epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore - nato nel 1998, è stato finanziato dal Fondo Sanitario Nazionale ed è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Gli obiettivi del progetto sono:

- 1. stimare l'impatto delle malattie cardiovascolari nella popolazione generale, in parte realizzato mediante l'attivazione del registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari;
- valutare il rischio cardiovascolare (distribuzione dei fattori e delle condizioni) in campioni di popolazione rappresentativi della popolazione italiana, mediante la costituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare;
- 3. valutare il rischio delle malattie ischemiche del cuore nella popolazione, attraverso la carta del rischio e la valutazione del punteggio di rischio.

I dati prodotti vengono aggiornati periodicamente e messi a disposizione della comunità scientifica; dal 2005 è integrato nei progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute.

I fattori di rischio¹

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica: sono noti diversi fattori che aumentano nella persona il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi.

Oltre ai fattori immodificabili (familiarità, età, sesso) i principali fattori di rischio sono:

- fumo di sigaretta

- scarsa attività fisica

- diabete

- elevata colesterolemia

- obesità/sovrappeso

- ipertensione arteriosa

L'entità del rischio di ogni persona di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Nel Nord Ovest dell'Italia (Lombardia, Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta) i dati raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare mostrano che la popolazione tra 35 e 74 anni presenta le seguenti caratteristiche:

- Il 29% degli uomini è risultato fumatore (in media 17 sigarette al giorno), contro il 22% di donne fumatrici (13 sigarette di media al giorno). Gli ex-fumatori sono pari al 35% degli uomini e al 13% delle donne.
- Il 29% degli uomini e il 38% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.
- Il 15% degli uomini e il 16% delle donne è obeso, un ulteriore 30% degli uomini e 13% delle donne è in sovrappeso.
- Il 26% degli uomini e il 30% delle donne ha una colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl.
- Il 33% degli uomini e il 29% delle donne ha pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure è sotto trattamento farmacologico specifico.
- Il 7% degli uomini e il 4% delle donne è diabetico; un ulteriore 8% degli uomini e 4% delle donne è a rischio di diventarlo.

Valutazione del rischio globale assoluto ²

L'identificazione degli individui a rischio cardiovascolare aumentato, candidati potenziali al trattamento più intensivo per la prevenzione degli eventi cardio e cerebrovascolari, ha conosciuto recentemente un'evoluzione metodologica che ha portato all'introduzione del concetto di rischio globale assoluto (RGA). Questo è un indicatore dell'incidenza della malattia, prevedibile sulla base di livelli noti dei principali fattori di rischio. E' stata così abbandonata l'idea di identificare le persone a rischio sulla base dei fattori considerati singolarmente, ma viene presa in considerazione la loro valutazione globale. Il rischio globale assoluto, infatti, non è la semplice somma del rischio dovuto ai singoli fattori. L'uso del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare: il suo valore viene stimato per ogni individuo a partire dai principali fattori di rischio presenti. Inoltre, offre opzioni multiple al trattamento delle persone con rischio aumentato: la modificazione di ciascuno dei singoli fattori può infatti influenzare in maniera chiaramente prevedibile il rischio assoluto.

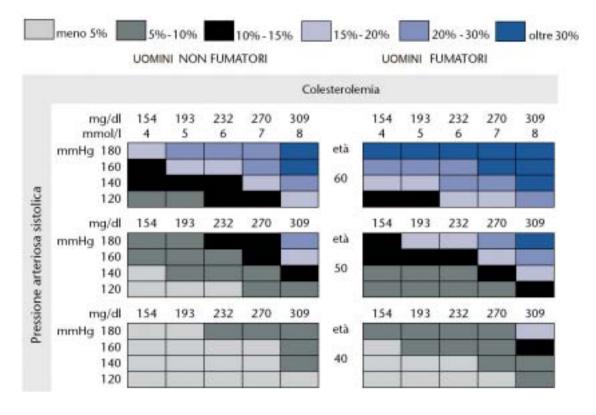
Va sottolineato che il RGA è calcolato per ogni nazione in base alle peculiarità del paese stesso.

Per valutare il rischio globale assoluto si utilizzano funzioni matematiche che elaborano dati derivanti da studi longitudinali, condotti su gruppi di popolazione seguiti nel tempo.

Sono stati elaborati due strumenti di valutazione del rischio globale assoluto:

- 1. Le carte del rischio sono classi di rischio globale assoluto calcolate per categorie di fattori di rischio (età, sesso, diabete, fumo, pressione sistolica e colesterolemia totale) che consentono la classificazione in una fascia di rischio (nella figura sottostante è riportata la carta per uomini non diabetici; il livello di rischio a 10 anni è indicato con i diversi colori).
- 2. Il punteggio individuale offre, invece, una valutazione più precisa, perché considera valori continui per alcuni fattori di rischio, cioè l'età, la colesterolemia totale, l'HDL e la pressione arteriosa sistolica; include, inoltre, nella stima la terapia anti-ipertensiva, considerando che il valore di pressione sistolica registrato non è naturale ma dovuto anche al trattamento specifico; la terapia anti-ipertensiva è anche un indicatore di ipertensione arteriosa di vecchia data.

Per questi motivi, la carta del rischio e il punteggio individuale possono dare risultati un po' diversi.



Il fumo

Epidemiologia

I dati nazionali sono in buona misura sovrapponibili a quelli del Nord Ovest, già citati: la prevalenza dei fumatori attivi di età superiore ai 14 anni in Italia risultava essere, nel biennio 2003-2004, del 32,4% nei maschi e 17,1% nelle femmine. La percentuale dei fumatori tra i 14 ed i 24 anni è aumentata negli ultimi anni (17,4% nel 1993, 20,5% nel 1997,



21,6% nel 1999). Oltre un quinto dei giovanissimi fuma e questa percentuale sale al 24,9% per i coetanei che abitano nelle aree metropolitane³.

Effetti dannosi 4,5

In Italia sono attribuibili al fumo di tabacco circa 80-85.000 morti l'anno (di cui approssimativamente un terzo per patologia cardiovascolare, un terzo per patologia respiratoria ed un terzo per patologia oncologica). Oltre il 25% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 65 anni.

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Il fumo è dannoso ad ogni età, ma il rischio ad esso correlato di contrarre una patologia (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio di tale abitudine. Iniziare a fumare nell'adolescenza fa aumentare la probabilità di ammalarsi di tumore, causa maggiore gravità e suscettibilità alle infezioni delle vie respiratorie; riduce la funzione respiratoria, il tasso di accrescimento dei polmoni e la resistenza fisica. La dipendenza alla nicotina è inoltre più elevata per chi inizia a fumare da adolescente, che di conseguenza ha più difficoltà a smettere di fumare.

L'esposizione al fumo passivo è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie (particolarmente tra i bambini), per infarto del miocardio e per tumore polmonare.

Il fumo delle madri durante la gravidanza è causa di molteplici patologie, con gravi conseguenze per lo sviluppo neurocomportamentale del lattante; tra le conseguenze più evidenti vanno ricordate, in particolare, una significativa riduzione del peso alla nascita ed un eccesso di rischio di morti improvvise del lattante.

A fronte di tali dati epidemiologici, la consapevolezza degli effetti negativi del fumo in Italia è ancora sottovalutata sia nella popolazione generale che tra il personale sanitario dove la prevalenza di fumatori è paradossalmente più elevata di quella della popolazione generale.

Azioni per contrastare l'epidemia da tabagismo

Azioni legislative miranti a limitare gli spazi ove è possibile fumare e l'aumento sensibile del prezzo delle sigarette hanno un effetto nel ridurre il numero di sigarette fumate e nello spingere alcuni fumatori a smettere. Nel 2003 è stato approvato il regolamento attuativo della legge antifumo (legge n.3 del 16/1/2003), che regolamenta la materia negli esercizi pubblici, nei luoghi di lavoro, negli spazi adibiti ad attività ricreative e ai circoli privati. Nel 2005 il 90,4% degli intervistati si dichiarava favorevole a tale legge.

Altre misure ritenute utili per contrastare l'epidemia da tabacco sono:

- campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione
- regolamentazione dei composti contenuti nei prodotti del tabacco (per esempio: contenuto di catrame, nicotina)
- divieto di pubblicità anche indiretta
- etichettatura sui pacchetti di sigarette

Quando si smette di fumare si ottengono molti benefici a brevissimo, a breve, a medio e a lungo termine⁴:

Dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta la pressione arteriosa si normalizza; Dopo 8 ore vi è una riduzione della metà dei livelli di nicotina e di monossido di carbonio nel sangue e il livello di ossigeno torna normale;

Dopo 24 ore il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e i polmoni iniziano ad autodepurarsi da muco ed altri detriti;

Dopo 48-72 ore la nicotina viene eliminata, il sapore delle cose è di nuovo apprezzabile, e il respiro migliora sensibilmente.

A breve termine, da 2 a 12 settimane di astensione

- si normalizza la temperatura cutanea di mani e piedi;

migliorano gli scambi gassosi respiratori della circolazione;
la pelle ritorna più luminosa, l'alito più gradevole e l'odore complessivo diventa più piacevole.

A medio termine, da tre mesi ai 12 mesi di asten-

sione:

-migliorano la tosse e i problemi respiratori; -si ha una riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari.

A lungo termine, dai 10 ai 15 anni: il rischio di cancro (polmoni, laringe, cavo orale, esofago, vescica, ed altri organi) è simile a quello di una persona che non ha mai fumato.

una questione che mi sta a cuore.

Ruolo degli operatori sanitari

La diminuzione della prevalenza dei fumatori può essere realizzata prevenendo l'inizio della abitudine al fumo e/o favorendone la cessazione; in entrambi i casi gli operatori sanitari possono giocare un ruolo importante.

Strategie che si sono dimostrate efficaci per smettere di fumare:

- raccomandazioni del medico
- intervento strutturato di altri operatori sanitari (gli infermieri, i farmacisti)
- counselling individuale (durata >10 minuti con operatore preparato ad aiutare la cessazione al fumo)
- counselling per la disassuefazione dal fumo nelle donne in gravidanza
- terapia di gruppo
- terapia sostitutiva della nicotina
- uso del bupropione

Non è dimostrata l'efficacia della distribuzione di materiale informativo di autoaiuto. Effetti positivi maggiori si riscontrano quando tale materiale risponde in maniera specifica alle esigenze del singolo individuo o quando l'invio per posta di materiale di autoaiuto è associato a interventi di counselling telefonico.

In letteratura è ampiamente dimostrato come il consiglio sistematico del medico curante possa incrementare il numero di fumatori che fanno seri tentativi di smettere⁵. Anche se la percentuale di soggetti che riesce a ottenere un risultato duraturo sembra modesta (intorno al 5%), questo tipo di approccio ha il vantaggio di poter raggiungere un grande numero di soggetti ottenendo risultati a livello di popolazione una grande rilevanza.

Intervento clinico minimo

L'intervento clinico minimo di efficacia provata, raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei, è quello noto con la sigla delle 5 A:



ASK: chiedi se fuma

ADVISE: raccomanda di smettere

ASSESS: identifica i fumatori motivati a smettere

ASSIST: aiuta a smettere

ARRANGE: pianifica il follow-up

Tale intervento può essere realizzato spendendo anche pochi minuti nel corso di una qualunque visita medica, qualunque sia la ragione della visita e qualunque sia la specialità del medico (medico di medicina generale o specialistica), e non solo dal medico, ma anche da parte di altri operatori sanitari.

Interventi più intensi vanno realizzati da personale specializzato in strutture apposite (vedi Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco, www. ossfad.iss.it).

Strategie di implementazione delle linee guida⁴

La semplice diffusione delle linee guida, se non accompagnata da strategie di implementazione più intense, non è efficace nel produrre un cambiamento nei comportamenti dei destinatari delle linee guida.

Numerosi studi hanno evidenziato invece che i seguenti interventi sono di dimostrata efficacia anche in contesti diversi:

- incontri interattivi nei quali vengono discusse le linee guida, le possibilità e le difficoltà legate alla realizzazione dell'intervento proposto e l'impatto atteso in termini di salute pubblica;
- esercitazioni durante le quali vengono simulate visite in ambulatorio di diverse tipologie di pazienti (disponibile, non disponibile, non interessato, con problemi particolari, ecc).
- visite, da parte di operatori preparati, rivolte ai medici nel loro ambiente di lavoro clinico (ambulatorio, ospedale), per presentare le Linee Guida;
- promemoria (strumenti manuali o computerizzati, che ricordano al medico di compiere una determinata azione raccomandata nella linea guida);
- interventi combinati (combinazione di due o più strategie).

Sono di efficacia variabile:

- audit and feedback (monitoraggio del comportamento dei clinici in un determinato periodo di tempo);
- uso di opinion leaders locali;
- interventi rivolti ai pazienti.

Interventi poco o non efficaci:

- distribuzione di materiale informativo (invio postale, pubblicazione su riviste mediche);
- incontri informativi-didattici (seminari, conferenze) in cui non è prevista la partecipazione attiva dei medici.

L'alimentazione 3,6,7,8

L'alimentazione è uno dei fattori che più fortemente incidono sull'accrescimento, sullo sviluppo fisico e mentale, sul rendimento e sulla produttività degli individui e quindi, in definitiva, sullo sviluppo dei popoli e sul loro destino.

Lo sviluppo socio-economico degli ultimi decenni ha assicurato una maggior disponibilità e varietà di alimenti per le popolazioni dei paesi ad economia avanzata, determinando la scomparsa di molte malattie carenziali e contribuendo parallelamente alla crescita delle aspettative di vita. Nel nostro paese questo sviluppo è stato accompagnato da un progressivo allontanamento dal modello tradizionale di dieta (di tipo mediterraneo) e dall'affermarsi di diete ad elevata densità energetica, alto contenuto in grassi, soprattutto saturi, e a basso contenuto in carboidrati non raffinati. Queste nuove abitudini alimentari, associate ad uno stile di vita sedentario, hanno determinato il notevole incremento dell'incidenza di diverse patologie croniche legate all'alimentazione, quali le patologie cardiovascolari, l'obesità, il diabete non insulino-dipendente, alcuni tumori.

L'influenza della dieta sulle cardiopatie ischemiche è mediata da fattori pre-clinici di rischio tra loro intercorrelati e cioè: sovrappeso/obesità, ipertensione arteriosa ed elevate concentrazioni ematiche di colesterolo totale e LDL; anche il diabete si configura come condizione di aumentato rischio.

Nei Paesi occidentali l'obesità rappresenta la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo; quindi la prima nei soggetti non fumatori. Negli ultimi dieci anni la prevalenza dell'obesità è aumentata del 50%. Ancor più evidente è l'incremento nei bambini, che si pone come un grave problema riconosciuto da Istituzioni nazionali ed internazionali e rappresenta la patologia della nutrizione nell'età evolutiva più frequente nei Paesi ad alto livello socio-economico. In Italia, nel 1999, il monitoraggio di 22.223 bambini della terza elementare nella regione Lazio ha mostrato una prevalenza del 27% di sovrappeso e del 15% di obesità. L'incremento

dell'obesità e del peso medio della popolazione italiana non è dovuto ad una maggiore assunzione di calorie, il cui consumo al contrario è in declino, ma ad una maggiore sedentarietà o ad uno stile di vita che, per quanto attivo, non è sufficiente a bilanciare gli eccessi nutrizionali indirizzati verso una dieta comunque iperlipidica.

Tanto maggiore è l'eccesso di peso dovuto al grasso, tanto maggiore è il rischio. Esistono inoltre alcuni tipi di distribuzione del grasso corporeo (sul tronco: tipico dell'uomo e della donna dopo la menopausa) in cui il rischio per la salute, a parità di eccesso di peso, è superiore che per altri (sui fianchi e sulle cosce: tipico delle donne in età fertile).

L'eccesso di grasso corporeo può essere di vario grado e viene in genere misurato attraverso il BMI (Body Mass Index) ovvero l'Indice di Massa Corporea, pari al peso in Kg diviso il quadrato dell'altezza in metri.

Il grado più lieve viene classificato come sovrappeso (BMI 25-30); seguono l'obesità lieve (BMI 30-35), moderata (BMI 35-40), e l'obesità grave(BMI>40).

Secondo quanto dichiarato nelle Linee Guida del National Institute of Health (NIH) americano per il trattamento dell'Obesità e del Sovrappeso negli adulti, un BMI superiore a 25 espone a numerosi rischi per la salute. Con l'aumento del livello di obesità, aumentano anche le probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, che vanno da una serie di malattie fino alla morte prematura, tutte condizioni cui l'obesità contribuisce anche se non ne è neces-

sariamente il fattore determinante.

l'obesità in età infantile è predisposto più di altri a essere obeso anche in fase adulta. In questo caso le patologie che si sviluppano sono di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto), muscoloscheletrica (osteoartrosi), respiratoria (apnea nel sonno e problemi respiratori). Inoltre, ci sono maggiori probabilità che si sviluppino condizioni di alterato metabolismo, come il diabete mellito (tipo 2, non insulina dipendente) o l'ipercolesterolemia, l'alterazione delle fun-

Se un adulto ha avuto una tendenza al-

zioni riproduttive fino allo sviluppo di tumori (del tratto enterico, del colon, della prostata e del seno). A livello psicologico, la condizione di obesità può stravolgere completamente la vita dei soggetti che ne sono affetti, isolandoli dagli altri e rendendo loro più difficile qualunque tipo di socialità.

L'ipertensione arteriosa è un noto fattore di rischio, sia per le cardiopatie ischemiche che per l'ictus e l'insufficienza renale. Il rischio di insorgenza di ictus aumenta progressivamente con l'aumentare della pressione sanguigna. L'analisi della correlazione tra pressione diastolica e rischio di ictus in 7 studi prospettici epidemiologici mostra una impressionante concordanza di dati in questo senso. I benefici dell'abbassamento della pressione del sangue sono evidenti sia per interventi di prevenzione primaria che secondaria.

Un approccio preventivo primario di modificazione dei regimi alimentari con riduzione del peso corporeo, aumento dell'attività fisica e limitazione della assunzione di alcool è efficace nell'abbassare la pressione arteriosa.

Un'analisi dei dati provenienti da diversi studi osservazionali e da studi sperimentali sugli effetti del consumo di sale sulla pressione arteriosa ha confermato che, a livello di popolazione, una modesta riduzione nell'assunzione giornaliera di sodio di circa 3 g di sale, porta a una diminuzione media di 5 mm Hg della pressione media sistolica. Tale riduzione, di facile attuazione nella vita quotidiana di un paziente, porta un decremento del 22% nell'incidenza dell'ictus e del 16% nell'incidenza di malattie coronariche. Inoltre, una dieta ad alto contenuto di frutta e verdura ha dimostrato di poter ridurre significativamente la pressione sistolica. L'effetto di questo controllo sulla pressione determina una riduzione del 20% del rischio di insorgenza di patologie coronariche e la riduzione del 34% del rischio di insorgenza di ictus.

Dati recenti confermano il ruolo della **ipercolesterolemia** nell'insorgenza sia di eventi coronarici (nota fin dagli anni '60) che di accidenti cerebrovascolari.

Vari studi osservazionali dimostrano che la mortalità sale con l'aumentare dei livelli di colesterolemia totale, soprattutto per valori superiori a 200 mg/dl.

La relazione lineare tra colesterolemia totale e insorgenza di cardiopatia ischemica ha trovato una conferma conclusiva negli studi di intervento (con impiego di farmaci o di cambiamenti alimentari), che si sono rilevati efficaci nel ridurre il rischio di eventi ischemici coronarici sia in prevenzione primaria che secondaria.

Altri studi indicando una diminuzione chiara e consistente nel rischio di cardiopatie ischemiche (25-30% nella popolazione di anni 55-64) dopo cinque

anni di riduzione del colesterolo nel siero di 23 mg/dl (circa 10% per il colesterolo totale e 15% per il colesterolo a bassa densità di lipoproteine LDL). La diminuzione del 10% del colesterolo ematico potrebbe produrre una diminuzione del 20-30% delle morti per malattie ischemiche del cuore. Revisioni sistematiche hanno trovato che, in soggetti con un rischio di eventi cardiovascolari ischemici pari a 0,6-1,5% per anno, la riduzione del colesterolo diminuisce gli infarti miocardici non fatali. La dimensione dell'effetto positivo è correlata più che al valore assoluto di colesterolemia al rischio individuale di base di eventi cardiovascolari e al grado di riduzione del colesterolo.

La riduzione della colesterolemia può essere ottenuta attraverso modesti cambiamenti dell'alimentazione: potrebbe essere sufficiente una riduzione del grasso totale nella dieta dal 42 al 35% del totale di calorie assunte o una riduzione di grassi saturi dal 20 al 13% circa. La qualità dei grassi (poliinsaturi considerati come "grassi buoni") e non solo la quantità è efficace nel ridurre la colesterolemia. L'assunzione di grassi saturi infatti determina dal 60 al 80% della variabilità del colesterolo ematico.

È stato dimostrato che la prevenzione mediante modifica della dieta ha un rapporto costo-beneficio migliore di quello dei soli medicinali che riducono il colesterolo. In ogni caso una dieta diretta a ridurre il colesterolo associata a farmaci ipolipemizzanti ha un effetto sui livelli di colesterolo maggiore di quello del singolo intervento farmacologico.



Il diabete è un fattore di rischio di patologie cardiovascolari; di fatto la persona diabetica che non ha mai avuto un evento cardiovascolare viene considerata dalle linee guida equivalente ad un soggetto che ha già avuto un infarto. Non solo ma anche l'iperglicemia di per sè è un fattore di rischio : una glicemia più elevata (al di fuori della malattia diabetica, quindi valori superiori a 110, ma inferiori a 126) configura un elevato rischio cardiovascolare.

Il diabete insulinodipendente (NID) che rappresenta circa il 90% dei casi, è associato all'alimentazione, all'obesità addominale e alla sedentarietà: studi osservazionali e sperimentali hanno dimostrato che il 70-80% dei casi di NID è dovuto allo stile di vita ed è evitabile con alcuni semplici interventi non farmacologici. L'obesità è un determinante importante nella insorgenza del diabete. I soggetti da 20 a 45anni con eccesso ponderale (BMI>30) hanno un rischio relativo per il diabete 3,8 superiore a quelli senza eccesso ponderale; i

soggetti da 45 a 75 anni hanno un rischio relativo 2 volte superiore. Il rapporto tra obesità e diabete risulta più evidente quando oltre il solo BMI si consideri anche la distribuzione del tessuto adiposo. Infatti il rischio di diabete aumenta progressivamente



con l'aumentare del rapporto tra la circonferenza della vita e la circonferenza dei fianchi. La frequenza delle complicazioni è inferiore a quella del diabete insulino-dipendente, ma il suo impatto sociale è globalmente più elevato: il 25% dei pazienti diabetici NID sono affetti da retinopatia, mentre patologie renali clinicamente evidenti si riscontrano nel 3% dei casi.

Vi sono anche **altri fattori** che contribuiscono alla formazione delle placche aterosclerotiche. Un fattore aterogeno indotto dal consumo elevato di alimenti di origine animale, ricchi di aminoacidi solforati, è rappresentato dalla omocisteina il cui eccesso può essere tossico per la parete arteriosa.

Inoltre, non solo i livelli plasmatici ma anche la suscettibilità delle LDL all'ossidazione ne determina la capacità aterogenetica. Il mantenimento di un buon potenziale antiossidante attraverso il consumo di alimenti quali la frutta e la verdura è un documentato fattore protettivo nella insorgenza di queste patologie.

Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana ⁹

Il dispendio di energia di un individuo adulto è la risultante di tre diverse componenti:

Il Metabolismo di Base (MB) rappresenta la somma dell'energia utilizzata per compiere i lavori interni necessari all'organismo (sintesi e/o degradazione di vari costituenti cellulari, cicli biochimici, pompe ioniche, turnover proteico, ecc.). In un individuo adulto sano e sedentario il MB incide per circa il 65-75% del dispendio energetico totale. Il MB per kg di peso corporeo è più basso nelle donne rispetto agli uomini e declina nell'anziano, durante la crescita e in condizioni fisiologiche particolari come allattamento e gravidanza si ha un incremento del dispendio energetico basale, a causa del costo energetico della sintesi e deposizione di nuovi tessuti.

La Termogenesi Indotta dalla Dieta (TID) rappresenta l'incremento del dispendio energetico in risposta all'assunzione di alimenti. Mediamente può essere valutata in circa 7-15% del dispendio energetico totale.

Il costo energetico dell'attività fisica, è strettamente dipendente dal tipo, frequenza ed intensità delle attività condotte dall'individuo. Esso può variare da poco più del 15% del dispendio energetico totale in stili di vita estremamente sedentari fino a valori pari a 3-4 volte il MB, come si verifica in alcuni atleti e in alcune classi di attività occupazionale particolarmente pesanti.

Per il calcolo del fabbisogno energetico è necessario avere indicazioni relative, oltre che al sesso, età, stato fisiologico e parametri antropometrici di peso e statura, anche ad una stima del livello di attività fisica dell'individuo.

Esiste inoltre una considerevole variabilità interindividuale.

A titolo indicativo sono riportati nella tabella a lato i fabbisogni energetici di un uomo adulto di 75 kg e di una donna di 60 kg.

	maschio di 75kg	femmina di 60kg
età	Kcal	Kcal
18-29 anni	2.900	2.200
30-59 anni	2.700	2.100
60-74 anni	2.400	1.900
> 75 anni	2.100	1.800
attività moderata	+ 300	+ 200
attività pesante	+ 1.000	+ 500
gravidanza		+ 200
allattamento		+ 500

Un'alimentazione bilanciata prevede che9:

- I carboidrati forniscano fino al 60% dell'energia giornaliera, in massima parte assunta come amidi meglio se integrali (pane, riso, pasta di grano duro, ecc.), mentre gli zuccheri semplici nella dieta non dovrebbero superare il 10-12% dell'energia giornaliera
- I lipidi (grassi) rappresentino il 30% delle calorie con un equilibrato rapporto tra i diversi tipi di acidi grassi, che privilegi soprattutto i poliinsaturi omega3 (pesce) e omega 6. I grassi saturi di origine animale dovrebbero essere < al 10%. Da sconsigliare l'apporto di acidi grassi in forme isomeriche non fisiologiche (gli acidi grassi trans, contenuti in margarine e altri grassi idrogenati) che non dovrebbero superare i 5g/die.
- Il rimanente 10% di calorie deve essere fornito dalle proteine di origine animale e vegetale, che hanno compiti plastici e regolativi.
- L'apporto di fibra consigliabile è di circa 30 grammi/die.
- L'uso di sale sia a tavola che in cucina deve essere inferiore a 6 g al giorno.
- Ogni giorno è necessario bere acqua in abbondanza, frequentemente e in piccole quantità, tanto quella del rubinetto quanto quella imbottigliata, entrambe sicure e controllate.
- Le calorie devono essere accompagnate anche da un sufficiente ed equilibrato apporto di micronutrienti: vitamine e sali minerali, presenti soprattutto nella frutta e verdura. Inoltre, attraverso una corretta e diversificata alimentazione, sono da introdurre sostanze protettive come gli antiossidanti e gli amminoacidi essenziali.
- I pasti vanno distribuiti in maniera razionale: prima colazione sostanziosa (bisogna introdurre circa il 20% delle calorie totali giornaliere), pranzo non troppo ricco, cena leggera, eventualmente prevedendo due spuntini a base di frutta a metà mattina e a metà pomeriggio.

Dieta mediterranea, non c'è niente di meglio

La dieta mediterranea, piuttosto che uno specifico programma dietetico, è in realtà un insieme di abitudini alimentari, caratterizzate dal consumo di cibi naturali freschi e da una grande varietà di alimenti spesso combinati assieme nelle preparazioni:

- grande spazio trovano verdura e frutta di stagione, cereali, soprattutto integrali;
- una menzione a parte meritano i legumi, freschi e secchi, che rappresentano una importante fonte di proteine vegetali;
- importante il consumo di pesce, in particolare azzurro;
- limitati invece i consumi di carne (preferibilmente bianca) e di grassi animali;
- limitato il consumo di dolci e zucchero;
- il condimento da preferire è l'olio di oliva, meglio se extra vergine:
- regolare consumo di vino, in quantità moderate (vedi BOX a pag. 21).

Una dieta così concepita contiene tutti i fattori oggi ritenuti protettivi e limita al minimo l'introduzione di fattori nocivi.

La varietà dei cibi (verdure e frutta di stagione, alternanza di fonti proteiche: legumi, pesce, uova, latticini, carni) consente di evitare specifiche carenze o squilibri ed è un grossolano errore quello di identificare la dieta mediterranea con un elevato consumo di pasta e pane, magari "bianco".

Va peraltro sottolineato che pressoché tutti gli studi sperimentali condotti somministrando singole componenti in forma pura (pastiglie, gocce) quali vitamine, oligoelementi, antiossidanti, fibre ecc. hanno dimostrato l'inefficacia o la nocività di tali trattamenti.

Pertanto oggi non è consigliata ad un individuo in buona salute l'assunzione di alcun tipo di integratore, se la dieta è bilanciata.



In linea con quanto precedentemente affermato nella sezione dell'alimentazione bilanciata, la dieta mediterranea prevede l'assunzione degli alimenti in tre pasti principali (colazione, pranzo e cena) e due spuntini di supporto a metà mattina e metà pomeriggio.

L'alcol etilco (etanolo)

L'uso di bevande a contenuto alcolico è ampiamente diffuso nel nostro paese. L'alcol è causa di diverse patologie, se consumato in quantità elevata, in particolare a carico dell'apparato digerente, del sistema nervoso e dell'apparato circolatorio (cirrosi epatica, tumori del cavo orofaringeo e della prostata, ipertensione, psicosi alcolica, ecc.).

Tuttavia vari studi epidemiologici condotti nell'ultimo decennio hanno portato ad associare moderate assunzioni di alcolici (inferiori a 40 g/die di etanolo) ad una ridotta mortalità per malattie cardiovascolari, che potrebbe trovare una parziale spiegazione nell'effetto positivo dell'introito di tali quantità di etanolo sui livelli plasmatici di lipoproteine ad alta densità, e su parametri emocoagulativi. Non è tuttora chiaro se l'effetto protettivo sia associabile solamente all'alcol ingerito o se invece un ruolo dominante rivestano la modalità di assunzione e la natura della bevanda alcolica. La maggior parte delle evidenze indica infatti che gli effetti positivi di moderate assunzioni di alcol siano riscontrabili nel caso di consumo di bevande fermentate (come il vino) durante i pasti principali. È necessario però sottolineare che i paesi a più alto consumo di alcol e minore mortalità coronarica (paradosso francese) presentano di contrappeso una maggiore mortalità alcol-correlata e che la riduzione dei consumi non ha coinciso con un aumento delle malattie coronariche.

In conclusione, l'assunzione quotidiana con i pasti di 20-40 g di alcol nei maschi (10-20 g nelle donne) è ammissibile ma non raccomandabile. Questa quantità corrisponde ad un totale (da ripartire tra pranzo e cena) di non più di due-tre bicchieri di vino negli uomini contro uno-due bicchieri nelle donne. Nell'anziano si consigliano dosi più ridotte. Non appare opportuno allargare l'assunzione di alcool, anche in piccole quantità, alla popolazione che non ne fa attualmente uso.

ATTENZIONE!

Non deve essere consumato nessun tipo di bevanda alcolica in caso di:

- gravidanza
- diabete mellito
- guida di autoveicoli
- età inferiore a 18 anni
- malattie epatiche (divieto assoluto)
- assunzione di alcuni farmaci

12 g di alcol corrispondono a:



L'attività fisica 3,10,11

Epidemiologia

Le patologie legate allo stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo. L'OMS stima che l'inattività fisica causi 1,9 milioni di decessi nel mondo. Essa renderebbe conto in particolare di circa il 22% dei casi di malattia ischemica e il 10-16% dei casi di tumore del seno e del colon-retto. Con l'alimentazione la sedentarietà causa il 70-80% dei casi di diabete mellito di tipo II.

Nei paesi occidentali l'impatto è particolarmente pesante: in Europa, all'inattività fisica si può attribuire il 6% del totale dei decessi negli uomini, il 6,7% nelle donne.

La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache e cerebrovascolari, di diabete mellito di tipo II, e fa aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di tumori maligni, in particolare per mammella e colon-retto.

In Italia nel 2000, tra la popolazione con più di tre anni, i "sedentari", ovvero coloro che dichiarano di non praticare uno sport né un'attività fisica, sono stati stimati in più di 21 milioni, pari al 38% della popolazione (il 43% tra le donne ed il 33% tra gli uomini), il 32%, pur non praticando sport, svolge un'attività fisica leggera come fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro, mentre il restante 30%, dichiara di praticare nel tempo libero uno o più sport (il 20% con continuità e il 10% saltuariamente)¹².

L'inattività fisica aumenta con l'età, coinvolgendo il 52% della popolazione di 65-74 anni e il 73% della popolazione con 75 anni e più. I sedentari prevalgono nel Mezzogiorno, dove oltre il 50% della popolazione non pratica né sport né attività fisica (il 50% nel Sud e il 54% nelle Isole). Nelle altre ripartizioni geografiche la quota di sedentari varia tra il 37% del Centro e il 25% del Nord-Est. Dal 1995 al 2000 la quota di persone inattive è aumentata tra gli uomini (dal 31% al 33%) ed è invece diminuita leggermente tra le donne (dal 44% al 43%). Con riferimento all'età, la quota di sedentari è aumentata tra i 18-54enni, mentre è diminuita tra bambini e ragazzi e tra le persone con più di 54 anni. Le quote maggiori di sedentari si riscontrano fra le persone anziane, in particolare tra le donne di 65 anni e più: il 72% non pratica né sport né attività fisica, mentre fra gli uomini tale quota si attesta al 55%.



Effetti dell'attività fisica

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale: infatti l'esercizio fisico regolare contribuisce in modo sostanziale, insieme all'alimentazione, all'equilibrio generale dell'organismo. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, ma anche di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete) ed influisce positivamente anche sul rischio di cancro.

L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso, riduce lo stress, il senso di depressione, l'incidenza e la gravità del mal di schiena ed aumenta il benessere psicofisico, soprattutto negli anziani.

Con l'attività fisica si potenzia il sistema immunitario, riducendo il rischio di malattie infettive e la durata delle stesse.

Numerosi studi osservazionali e sperimentali indicano che un'attività fisica moderata o intensa riduce il rischio di cardiopatia ischemica e di ictus, fatali e non. I soggetti fisicamente attivi (che cioè mantengono un grado moderato di attività quotidiana o quasi, come ad esempio camminando) hanno un rischio relativo di cardiopatia ischemica ridotto del 30-50% rispetto a soggetti sedentari, dopo aggiustamento per altri fattori di rischio. Il rischio assoluto di morte improvvisa dopo esercizio fisico intenso è basso (anche se è maggiore nei soggetti abitualmente sedentari) e non annul-



la i benefici osservati. Studi randomizzati e controllati hanno mostrato che per migliorare la forma fisica occorre almeno un esercizio di intensità media, equivalente a camminare a passo spedito (come quando si va di fretta per non arrivare in ritardo ad un appuntamento).

Una revisione sistematica ha trovato che lo svolgimento regolare di esercizi aerobici riduce la pressione arteriosa.

Vi sono vari meccanismi per cui l'attività fisica esercita tale effetto protettivo: aumentando il livello della frazione HDL del colesterolo, riducendo il livello dei trigliceridi e la predisposizione alla trombosi, riducendo la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca.

L'esercizio fisico praticato non deve necessariamente essere di elevata intensità per produrre benefici: un miglioramento della salute si può infatti ottenere anche accumulando nel corso della giornata piccoli periodi di attività moderata. Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno

per almeno 4 giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari.

L'Unione Europea aveva stabilito come priorità per l'anno 2004, la promozione e lo sviluppo dell'attività sportiva, e di iniziative volte a sensibilizzare i cittadini europei, le scuole e le istituzioni sull'importanza di una corretta attività fisica.



Incrementare l'attività fisica: interventi di comunità

La Task Force on Community Preventive Services¹³ (CDC Atlanta), in base a revisioni sistematiche circa l'efficacia di interventi di comunità per incrementare l'attività fisica, ha individuato i seguenti 6 interventi, fortemente raccomandati (**) o raccomandati (*):

informativi

- campagne di informazione per la comunità**
 - campagne di informazione caratterizzate da diffusione su larga scala, alta intensità e fortemente visibili. I messaggi sull'attività fisica possono essere diffusi su televisione, radio, giornali (pubblicità ed articoli) e pubblicità nei teatri
- invito all'utilizzo delle scale in punti strategici* cartelli motivazionali e informativi collocati vicino agli ascensori per incoraggiare l'utilizzo delle scale con l'indicazione esplicita dei benefici per la salute e per la perdita di peso

comportamentali e sociali

- educazione all'attività fisica all'interno della scuola**
 - modifica dei programmi e delle politiche scolastiche per incrementare la quantità di attività fisica moderata/intensa, la quantità di tempo dedicato alla attività fisica in classe, la quantità di tempo in cui gli studenti sono attivi ed in movimento durante le ore di attività scolastica.
- interventi di supporto sociale nella comunità**
 facilitare, ad esempio, la creazione di gruppi di amici o tra altre persone
 interessate per superare i limiti alla pratica di attività fisica; offrire facilitazioni agli anziani per partecipare a programmi di ginnastica, ecc.
- cambiamenti dello stile di vita relativi al singolo individuo** programmi calibrati sul livello di disponibilità delle persone al cambiamento e progettati per aiutare i partecipanti a praticare attività fisica nella vita quotidiana, attraverso l'insegnamento di abilità. Gli interventi si possono svolgere attraverso gruppi di auto-aiuto, tramite mail o telefono e mass media.

politico/ambientali

• creazione o facilitazione dell'accesso alle strutture dove si pratica attività fisica in associazione ad attività di informazione**

l'uso di luoghi per praticare l'attività fisica è stato realizzato o promosso
con percersi che aumentavano l'accessibilità con l'offerte di facilitazioni

con percorsi che aumentavano l'accessibilità, con l'offerta di facilitazioni o con l'abbattimento di barriere di accesso (es. riduzione del prezzo di ingresso o concessione di tempo durante l'orario lavorativo).

Ruolo degli operatori sanitari nel favorire una alimentazione sana e l'attività fisica

(Clinical Evidence – www.aifa.clinev.it)

- Consigli dietetici per abbassare la colesterolemia. Consigli dietetici da parte di operatori sanitari diretti ad abbassare i livelli di colesterolo sono associati a una diminuzione della colesterolemia a lungo termine (>=6 mesi).
- Consigli dietetici per abbassare la pressione arteriosa limitando l'uso di sodio. Interventi volti a diminuire l'apporto di sodio, condotti a livello di assistenza di base o nell'ambito di programmi di prevenzione diretti alla popolazione generale, portano a riduzioni della pressione arteriosa rispetto all'assistenza abituale.
- Consigli diretti a incoraggiare l'attività fisica nelle donne con più di 80 anni. Alcuni studi hanno trovato che consigli per lo svolgimento di esercizio fisico forniti da fisioterapisti aumentano l'attività fisica e riducono il rischio di cadute in donne di età superiore agli 80 anni.
- Consigli su dieta e attività fisica per incoraggiare la perdita di peso.
 Consigli su dieta e attività fisica associati a una terapia comportamentale sono probabilmente più efficaci dei singoli interventi da soli nel trattamento dell'obesità e possono portare a una perdita di peso durevole.
- Counselling diretto a incoraggiare l'attività fisica nei soggetti sedentari. Sebbene non vi siano ancora evidenze certe sull'efficacia dei consigli diretti a incoraggiare l'attività fisica in soggetti sedentari, vi sono però alcune prove, provenienti da studi randomizzati, che indicano come i consigli forniti da operatori specializzati possano aumentare l'attività fisica a un anno. Vi sono, inoltre, prove limitate che interventi da parte di nuovi mezzi di informazione possano portare a cambiamenti a breve termine nell'attività fisica.

Bibliografia essenziale e siti di riferimento

- Clinical evidence. http://aifa.clinev.it/
 (sito in italiano che tramite la Formazione a distanza del «Progetto ECCE» prevede l'acquisizione di crediti ECM validi ai fini ministeriali.)
- Guide to Community Preventive Services, systematic reviews & recommendations. CDC Atlanta. http://www.thecommunityguide.org/
 (una vera guida, in inglese e spagnolo, offre revisioni sistematiche e raccomandazioni sui servizi preventivi di comunità per quanto riguarda il cambiamento di comportamenti a rischio e specifiche condizioni sanitari)
- Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ministero della Salute. http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp
 (il CCM, Centro Controllo Malattie, è un network di competenze, strutture e capacità già esistenti nel nostro Paese. Opera infatti in coordinamento con le strutture regionali, l'Istituto Superiore di Sanità; l'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro; Università; gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; etc.)
- FUMO:
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, , www.ossfad.iss.it
- Tobacco Information and Prevention Source. CDC Atlanta. http://www.cdc.gov/tobacco/issue.htm
- Tobacco Free Initiative (TFI). OMS. http://www.who.int/tobacco/en/
- ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. http://www.inran.it/

Referenze

- 1. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari I Edizione 2003; http://www.italheartj.org
- 2. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del Progetto CUORE. Ann. Ist. Super. Sanità 2004;40(4) http://www.cuore.iss.it/altro/404393.pdf
- 3. Relazione sullo stato sanitario del paese 2003-2004. Ministero della Salute. http://www.ministerosalute.it/normativa
- 4. Linee guida cliniche per promuvere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf
- 5. Silagy C. Physician Advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2 (2000) Oxford: Update Software, 2001.
- 6. Ministero della Salute Direzione generale della sanità pubblica veterinaria, degli alimenti e della nutrizione. Progetto obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione. http://www.ministerosalute.it/alimenti/resources/documenti
- 7. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione. http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione
- 8. Epicentro.Istituto Superiore di Sanità http://www.epicentro.iss.it/temi/alimentazione/nutrizione.asp
- 9. Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana. REVISIONE 1996 a cura di Società Italiana di Nutrizione Umana http://www.sinu.it/larn.asp
- 10. Stili di vita salutari Educazione, Informazione e Comunicazione. Sintesi del Rapporto predisposto dalla Task Force del Ministero della Salute in preparazione del Semestre di Presidenza italiana. http://www.ministerosalute.it
- 11. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007: linee operative per la pianificazione regionale. Intesa Stato Regioni Province Autonome del 23 Marzo 2005. http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp
- 12. Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie: "I cittadini ed il tempo libero" 2000
- 13. La promozione dell'attività fisica, Linee Guida della Task Force per i Servizi Preventivi di Comunità. http://www.epicentro.iss.it



Dipende soprattutto da te e dal tuo stile di vita

E' dimostrato che si può fare molto per evitare o ritardare l'insorgenza di malattie come l'infarto, il diabete, i tumori, la

bronchite cronica ecc. guadagnando anni di vita e migliorando la qualità della vita.

Le raccomandazioni che seguono sono proposte dalle più importanti organizzazioni e associazioni scientifiche internazionali e nazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Unione Europea, il Ministero della Salute italiano.

Gli operatori della salute, sulla base di comprovate evidenze scientifiche ti consigliano

Una alimentazione bilanciata

- Privilegia il consumo di cibi di origine vegetale ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali (meglio integrali)
 Limita il consumo di grassi, specialmente quelli di origine animale (particolarmente abbondanti nelle carni rosse, insaccati, burro, formaggi, latte intero, uova, e in molti dolci)

 Incrementa il consumo di pesce, non i crostacei
 Riduci l'uso di sale sia a tavola che in cucina; attenzione ai prodotti conservati, spesso ricchi in sale
 Modera il consumo di dolci e zucchero.

Più attività fisica

· Pratica attività aerobica con regolarità, indipendentemente dall'età

- L'esercizio fisico non necessariamente deve essere di elevata intensità per produrre benefici: cammina (nuota o vai in bicicletta) ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per 4-5 giorni alla settimana
 Se non puoi, accumula nel corso della giornata piccoli periodi di attività moderata (salire le scale anzichè usare
 - l'ascensore, passeggiare durante le pause lavorative ecc.).

Occhio alla bilancia

• E' importante tenere sotto controllo il proprio peso. Un parametro da considerare è l'indice di massa corporea (pari al peso in Kg diviso il quadrato dell'altezza in metri) che deve essere inferiore a 25 Kg/m².Per questo è necessario che tu segua una dieta bilanciata e pratichi regolarmente un esercizio fisico adeguato al tuo stato di salute ed alla tua condizione generale.

Meno bevande alcoliche

- Riduci il consumo di bevande alcoliche (non più di tre bicchieri di vino al giorno negli uomini e due bicchieri nelle donne)
 Non consumare alcol nelle seguenti condizioni: gravidanza, età inferiore a 18 anni, guida di autoveicoli, uso di alcuni farmaci, diabete mellito, malattie del fegato.

Stop al tumo

Se fumi, cerca di smettere il più presto possibile: esistono molti modi efficaci per farlo, se non lo sai chiedi al tuo medico.

• Non fumare in presenza di altri, specialmente se bambini.

• Se non fumi, non provare a farlo.



Progetto Prevenzione e Disease Management malattie croniche

ASL della provincia di Brescia - viale Duca degli Abruzzi, 15 - 25124 Brescia - tel. 030 38381 - fax 030 3838233 - www.aslbrescia.it