Titolo generale del Convegno/Seminario

2° WORKSHOP DEL LABORATORIO DI RICERCA SULLA COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Scale per la Salute

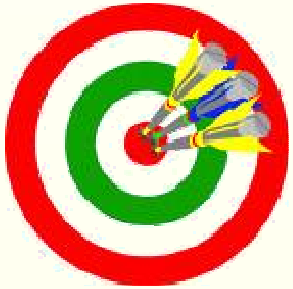
e

Pillole di buona pratica clinica

Pillole di educazione sanitaria

Milano, 15-12-11

Intervento a cura di: Alberto Donzelli
Direttore SC Educazione all'Appropriatezza ed EBM



Obiettivi

- ✓ Offrire concrete opportunità di scelta per aiutare le persone a modificare comportamenti e stili di vita

- ✓ Valorizzare il ruolo di moltiplicatori svolto dagli operatori sanitari nei confronti dei cittadini tramite l'esempio e le attività di educazione sanitaria

Personale dipendente 1739

Consulenti circa 150

Medici SUMAI dei Consultori 55

Le maggiori agenzie internazionali che si occupano di promozione della salute e la stessa OMS sottolineano l'importanza dei

luoghi di lavoro come ambienti privilegiati per la promozione della salute

perché consentono di raggiungere un'ampia quota di popolazione con programmi mirati

Cinque aree d'intervento

1. In … formazione indipendente

Pillole di Educazione Sanitaria

Manuali e materiali informativi

Locandine "Puoi scegliere!"

Scale per la salute

2. Attività fisica

Palestre attrezzate, corsi di aerobica, Pilates …

4. Disassuefazione dal fumo

3. Scuole della schiena

5. Locandine distributori frutta e verdura

Domanda I benefici per la salute dell'attività fisica sono dimostrati al di là di ogni dubbio, ma …

ci sono strategie efficaci, semplici, accettabili dalla comunità per aiutare le persone ad aumentare l'attività fisica?

Risposta Sì. Tra le sei strategie di provata efficacia raccomandate per la popolazione, la più semplice ed economica è mettere cartelli nei "punti di decisione" (accanto agli ascensori) con inviti a usare le scale, che facciano appello

- al controllo del peso,
- alla forma fisica, e/o
- alla salute cardiovascolare

- *Task force on Community Preventive Services 2002*
- *Health Canada … Stairway to Health initiative, 2003*

Perché non si fa sport?

(Salutest n. 54 febbraio 2005 - Altroconsumo)

Fare le scale supera tutti questi problemi perché:

- sono presenti ovunque
- farle non costa nulla
- sono a disposizione in qualsiasi orario
- se fatte in alternativa all'ascensore, di solito fanno risparmiare tempo

Con 10 rampe al giorno...
togli la malattia cronica di torno

Le scale fanno bene alla salute!

NIEbP
Network Italiano
Evidence based Prevention
Lg
LINEA GUIDA
Sistema nazionale per le linee guida
SNLG
Banca Dati Sanitaria Farmaceutica
Lotta alla sedentarietà
e promozione
dell'attività fisica
LINEA GUIDA PREVENZIONE
VDA-Net
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Ministero della Salute
ARS TOSCANA
ccm
Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie

10.1 Gli interventi con il miglior bilancio cost/effectiveness (CEA) per la promozione dell'attività fisica

attività fisica raggiunto tra i partecipanti al braccio in trattamento. Quanto al primo punto, i 28 studi reperiti permettono di classificare senza alcun dubbio come l'intervento con il miglior rapporto costo/beneficio sia quello relativo all'apposizione di cartelli che stimolano a salire le scale, evitando i mezzi meccanici di sollevamento (scale mobili, ascensori). Ciò è naturalmente dovuto al bassissimo costo dei cartelli e alla grande massa di soggetti facilmente raggiunti dall'intervento. Tuttavia, questi interven-

Raccomandazioni relative al target «ADULTI» (n. 13)

N. Prog	LG	Raccomandazione	Grading	A chi è rivolta	Setting
72	9	Gli architetti, i progettisti, i dirigenti di struttura, i responsabili di edifici pubblici (incluse scuole e luoghi di lavoro) devono promuovere l'attività fisica garantendo, durante la costruzione o la ristrutturazione di edifici, che le scale vengano posizionate in modo da incoraggiarne l'utilizzo. Le scale devono essere opportunamente segnalate e devono esser adeguatamente illuminate e mantenute	0	Architetti, designer, dirigenti di struttura, responsabili di edifici pubblici (incluse scuole e luoghi di lavoro)	Luoghi di lavoro
109	13	Per determinare un incremento dell'attività fisica nella popolazione generale, i decisori e gli operatori di cure primarie (MMG, PLS) dovrebbero promuovere l'affissione di cartelli motivazionali e informativi posizionati vicino agli ascensori per incoraggiare l'utilizzo delle scale. I cartelli dovrebbero contenere l'indicazione esplicita dei benefici per la salute e quelli specifici derivanti dalla perdita di peso	2	Responsabili decisionali e operatori di sanità pubblica	Comunità

Raccomandazioni relative al target «LAVORATORI» (n. 5)

N. Prog	LG	Raccomandazione	Grading	A chi è rivolta	Setting
98	14	I datori di lavoro, gli operatori di sanità pubblica, i sindacati, altri rappresentanti dei lavoratori e gli impiegati stessi dovrebbero promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro incoraggiando i lavoratori a percorrere almeno parte del tragitto per e dai luoghi di lavoro a piedi, in bici o altra modalità "attiva", per esempio sviluppando un "piano di viaggio", a muoversi di più sul lavoro, per esempio a camminare per recarsi a meeting esterni, mettendo in bella vista segnali e distribuendo informazioni scritte in modo da incoraggiarli all'utilizzo delle scale anziché dell'ascensore, fornendo informazioni sulle piste ciclabili e i tragitti percorribili a piedi, incoraggiandoli a fare brevi passeggiate durante le pause e a fissare degli obiettivi da raggiungere in termine di distanze da percorrere a piedi o in bici e a monitorare le distanze percorse. Va tenuta di conto anche la tipologia di lavoro svolta anche in termini di sicurezza (per chi ha turni di notte, camminare da solo per le strade potrebbe non essere auspicabile)	0	Datori di lavoro; operatori di sanità pubblica; sindacati, responsabili per l'edilizia le strutture, lavoratori stessi	Luoghi di lavoro

Raccomandazioni relative al target «ANZIANI» (n. 39)

N. Prog	LG	Raccomandazione	Grading	A chi è rivolta	Setting
28	7	Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) sulle **persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi**, dovrebbero includere la diffusione di informazioni sui vari aspetti del camminare nella vita quotidiana (usare le scale, camminare per andare a messa o a fare spesa) e sui modi per garantire la massima sicurezza durante queste attività (uso di corrimano, illuminazione adeguata, percorsi prestabiliti)	2	Operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.)	Comunità
29	7	Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) **sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi**, dovrebbero includere la diffusione di informazioni su tutti i possibili modi di fare attività fisica (esercizi, cammino con una certa velocità, fare le scale, ecc.)	5	Operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.)	Comunità

L’ASL di Milano ha da anni varato uno specifico programma di educazione alla salute per promuovere l’uso delle scale tra il proprio personale e fra gli assistiti dei medici di famiglia, cui si sono inviate

Regione Lombardia
ASL Milano

Scale per la salute

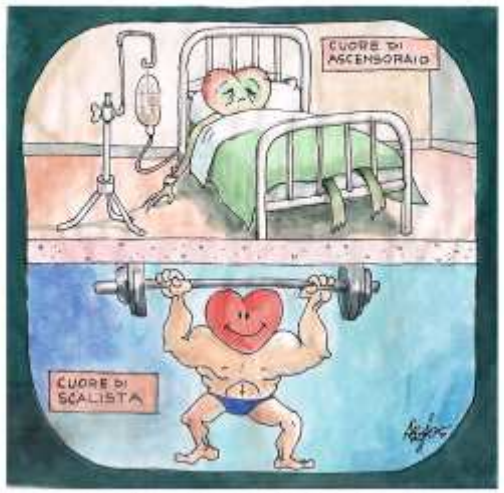
E' stato dimostrato che fare otto rampe al giorno è in grado di ridurre significativamente il rischio di mortalità totale *(Paffenbarger, 1993)*

Scopri anche tu un modo per combattere sovrappeso, diabete e ipertensione!

A cura di A. Donzelli e A. Pepe — disegni di Alberto arch. Bonardi

Regione Lombardia
ASL Milano

Scale per la salute



Fare le scale fa bene al cuore

Regione Lombardia
ASL Milano

Scale per la salute

L'uso regolare delle scale rafforza i muscoli delle gambe, che poi *bruciano* calorie anche quando si sta fermi. Il consumo di calorie a riposo, infatti, è sostenuto soprattutto dai muscoli e non dal tessuto grasso, che non consuma nulla. Ciò spiega meglio perché una buona muscolatura evita il sovrappeso.

Solleva il tuo livello di forma fisica, un gradino alla volta

A cura di Alberto Donzelli — disegni di Alberto arch. Bonardi

i diritti di memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento con qualsiasi mezzo sono riservati

Regione Lombardia

ASL Milano

scale per la salute

Salire sempre le scale dà un valido contributo ai trenta minuti al giorno di attività fisica di cui abbiamo bisogno per mantenere la salute, non costa nulla ed è a portata di tutti. Camminare è molto importante, ma fare le scale vale il doppio (il triplo se si sale).

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

A cura del dott. Alberto Donzelli — disegni di Alberto arch. Bonardi

i diritti di memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento con qualsiasi mezzo sono riservati

Regione Lombardia

ASL Milano

scale per la salute

La maggior parte delle persone trascorre nei luoghi di lavoro circa la metà del tempo da sveglia: perché rinunciare a comportamenti salutari per tutto questo tempo? A parità di altre condizioni, aggiungere ogni giorno sei piani di scale può dare una perdita (o il mancato acquisto) di circa 8 Kg in un anno *(Brownell, 1980)*

**Non perdere l'occasione di mantenerti
in forma**

A cura del dott. Alberto Donzelli — disegni di Alberto arch. Bonardi

i diritti di memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento con qualsiasi mezzo sono riservati

Regione Lombardia

ASL Milano

scale per la salute

Fare le scale può ridurre il colesterolo totale e aumenta il colesterolo buono o colesterolo HDL *(Wallace, Boreham, 2000)*.

Più andate su, più il colesterolo va giù

A cura di Alberto Donzelli — disegni di Alberto arch. Bonardi

Regione Lombardia
ASL Milano
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 Alberto Donzelli e Alessandra Pepe
disegni originali di Giulia Lamiani

Regione Lombardia
ASL Milano
Scale per la salute
L'uso regolare delle scale rafforza i muscoli delle gambe, che poi *bruciano* calorie 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 Giulia Lamiani

Regione Lombardia
ASL Milano
Scale per la salute
L'uso regolare delle scale mantiene la forma fisica, rende le ossa più dense e previene le fratture (*Coupland, 1999*). Inoltre rafforza le gambe e riduce il rischio di cadute negli anziani (*Allied Dunbar, 1992*)
Oggi proprio non ti senti di salire le scale?
Ma puoi ancora scenderle!
A cura di Alberto Donzelli
disegni originali di Giulia Lamiani

Regione Lombardia
ASL Milano
Scale per la salute
L'uso regolare delle scale mantiene la forma fisica e fa bene al cuore
Sali in cima al podio della salute
Autore: Alberto Donzelli
Disegno originale di Giulia Lamiani

Regione Lombardia
ASL Milano
Scale per la salute
Salire sempre le scale dà un valido contributo ai 30 minuti al giorno di attività fisica di cui abbiamo bisogno per mantenere la salute e la forma fisica, ed è alla portata di tutti
Sei sempre di fretta?
Fai prima a fare le scale
A cura di Alberto Donzelli
disegni originali di Giulia Lamiani

Regione Lombardia
ASL Milano
SCALE PER LA SALUTE
Fare le scale dà un aiuto importante per prevenire sovrappeso, diabete, pressione alta e per controllare il colesterolo.
Scendiamo le scale insieme ...
...fa bene al cuore!
Autore: Alberto Donzelli
Disegno originale di Giulia Lamiani

Valutazione "prima e dopo"

Abitudine all'uso delle scale o dell'ascensore

ASL (Ricordi Darwin Italia)

giorni di osservazione: **31**

periodi di osservazione: **Gennaio 2006 vs Gennaio-Marzo 2005**

totale persone osservate <u>in salita</u> **2385**

(le stesse persone potrebbero essere contate più volte in giorni diversi)

di cui dipendenti ASL *(riconosciuti)* **1732**

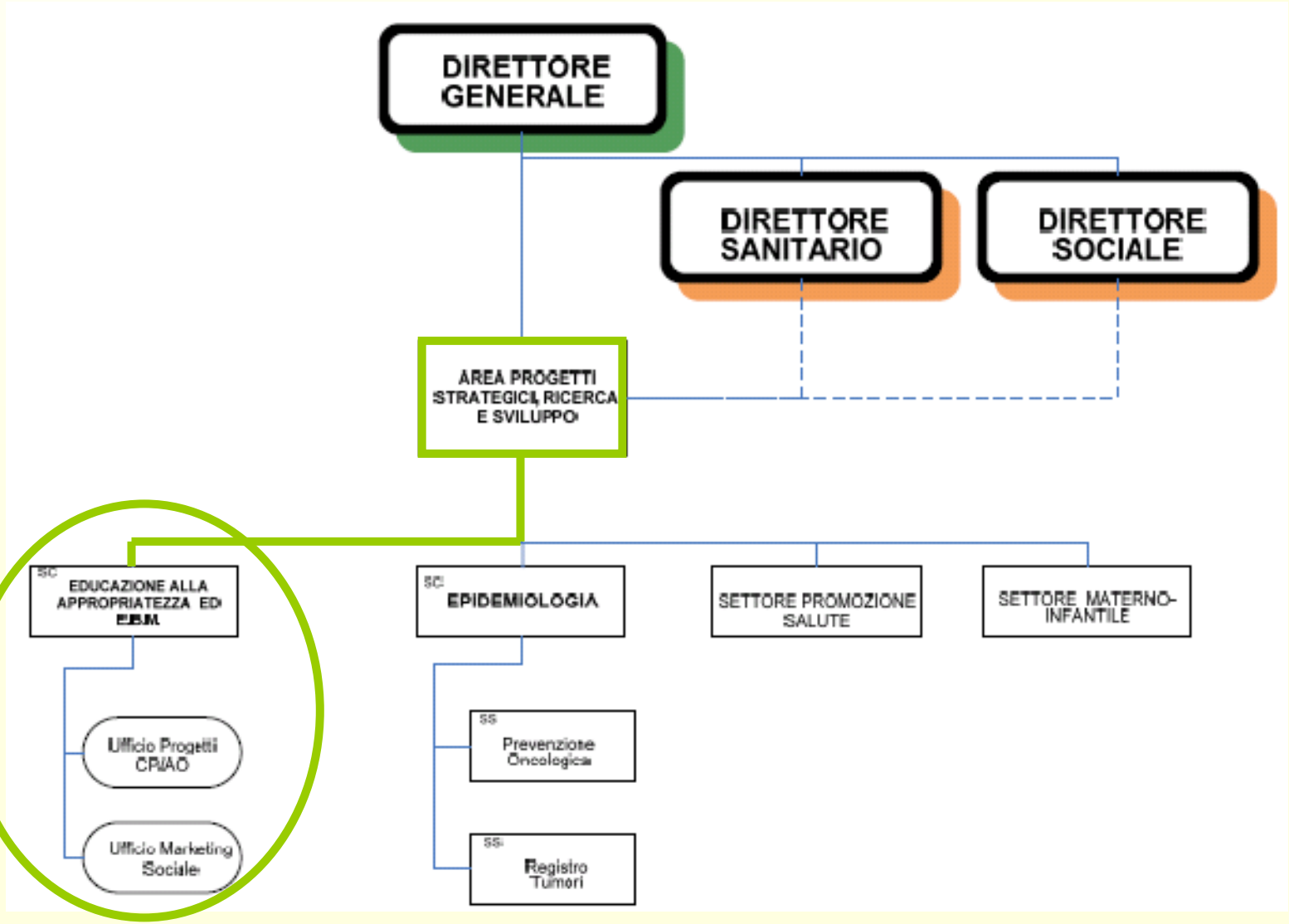
salgono le scale	2006/2005	+18 %	di cui dip. ASL *(riconosciuti)*	2006/2005 + 33 %
prendono l'ascensore	2006/2005	- 14 %	di cui dip. ASL *(riconosciuti)*	2006/2005 - 21 %

totale persone osservate <u>in discesa</u> **808**

(le stesse persone potrebbero essere contate più volte in giorni diversi)

di cui dipendenti ASL *(riconosciuti)* **477**

scendono le scale	2006/2005	+ 14 %	di cui dip. ASL *(riconosciuti)*	2006/2005 + 19 %
prendono l'ascensore	2006/2005	- 33 %	di cui dip. ASL *(riconosciuti)*	2006/2005 - 39 %


DIRETTORE GENERALE
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE SOCIALE
AREA PROGETTI STRATEGICI, RICERCA E SVILUPPO
SC
EDUCAZIONE ALLA APPROPRIATEZZA ED EBM
SC
EPIDEMIOLOGIA
SETTORE PROMOZIONE SALUTE
SETTORE MATERNO-INFANTILE
Ufficio Progetti CPIAO
Ufficio Marketing Sociale
SS
Prevenzione Oncologica
SS
Registro Tumori

Area Progetti strategici, ricerca e sviluppo

Raccoglie competenze professionali di valenza trasversale alle strutture organizzative aziendali, utilizzando il metodo epidemiologico, l'*evidence based medicine* (EBM) and *prevention* (EBP), gli strumenti di valutazione dell'efficacia e di analisi dell'appropriatezza .

S.C. Educazione all'appropriatezza ed EBM

Contribuisce alle strategie aziendali di governo clinico e della domanda, nelle cure primarie e nel rapporto con l'assistenza specialistica.

Ufficio Progetti CP-AO

Coordinamento progetti interaziendali (MG-ASL-AO) di appropriatezza prescrittiva-erogativa integrata con modifiche dello stile di vita

es. Percorsi PDTA

Ufficio marketing sociale Applica i principi del MS nel rapporto con medici di famiglia e specialisti

Una strategia interregionale per aumentare il valore dell'assistenza medica primaria e migliorare il governo della domanda

Pillole di buona pratica clinica per medici

e

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Premessa (1)

- Il finanziamento del 90 % delle ricerche scientifiche da parte di sponsor commerciali e la pressione sempre maggiore dei loro interessi nei confronti di ricercatori, Università e Sanità ha introdotto **pesanti distorsioni** nella stessa **produzione delle conoscenze scientifiche**, e nella loro **interpretazione** e **diffusione**.
- Tale pressione arriva anche a **distorcere la comunicazione dei risultati** ai medici e alla popolazione, quando questi siano in contrasto con potenti interessi diversi dalla salute.

Conflitto di interessi

Premessa (2)

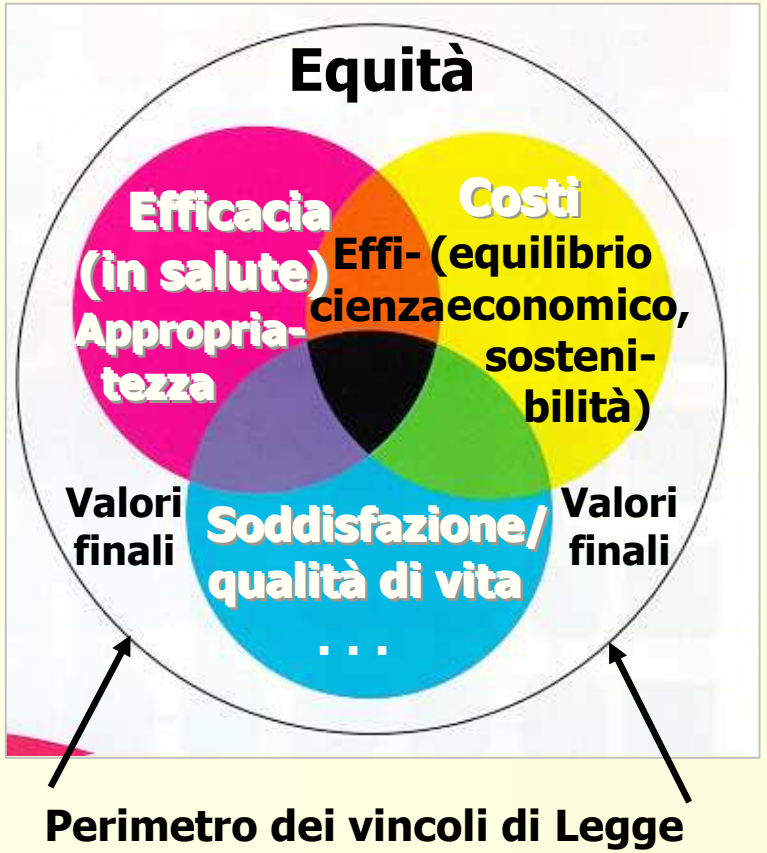
Ciò ha prodotto:

- una crescente perdita di credibilità della ricerca finanziata da sponsor commerciali
- un dibattito internazionale sul conflitto di interessi nella ricerca e su possibili azioni correttive
- ma ha causato anche una sistematica riduzione nella efficacia potenziale dell'assistenza sanitaria ed è fra le maggiori cause dell'aumento dei suoi costi.
- Oggi le ricerche con obiettivi e/o priorità definite in base al punto di vista del SSN o della comunità dei cittadini sono una minoranza, e **i loro risultati non vengono adeguatamente portati all'attenzione dei sanitari o dei cittadini** interessati alla propria salute.

Premessa (3)

- Il Programma "Pillole"
  si pone fra i possibili correttivi,
  con l'esplicito intento di **aumentare l'efficacia** delle cure e la produzione di salute,
  diminuendo al tempo stesso i costi a carico delle ASL e della comunità dei cittadini.

la Bussola del Valore



- Si pone inoltre a buon diritto
  fra i possibili strumenti di governo della domanda, in grado non solo di migliorare le prescrizioni mediche, ma anche di **aumentare l'empowerment e la soddisfazione** dei cittadini.

Storia e scopi dell'iniziativa "*Pillole di buona pratica clinica*" per medici (1)

Alla fine del 2002 l'ASL Città di Milano ha iniziato a inviare ai propri Medici di famiglia uno speciale inserto allegato alla rivista "*Occhio Clinico*", cui i MMG sono stati abbonati, sotto forma di comunicazioni di contenuto scientifico (*Pillole di buona pratica clinica*).

Scopo: fornire una **informazione scientifica semplice**, **indipendente** e **aggiornata**,
che **aumenti il valore dell'assistenza sanitaria** da loro fornita ai cittadini.

$$\text{Valore} = \frac{\text{Efficacia netta (in termini di salute)}}{\text{Risorse (umane e materiali)}}$$

Per rendere più esplicito e trasparente il punto di vista cui si ispirano le *Pillole*, si riporta su una tabella l'**efficacia pratica incrementale** (rispetto alla prassi corrente) di un intervento sanitario e i suoi **costi incrementali** (4)

Costi incrementali \ Efficacia pratica incrementale	-	=	+
+	~~Eliminare con priorità~~	Scartare	? Analisi incrementale
=	Scartare	Ci sono altre ragioni per adottare?	Adottare
-	? Analisi incrementale	Adottare	Adottare con priorità

Storia e scopi dell'iniziativa "*Pillole* di buona pratica clinica" per medici (5)

Nel 2004 l' iniziativa è proseguita in partnership con Associazioni di tutela dei consumatori estese a livello nazionale,

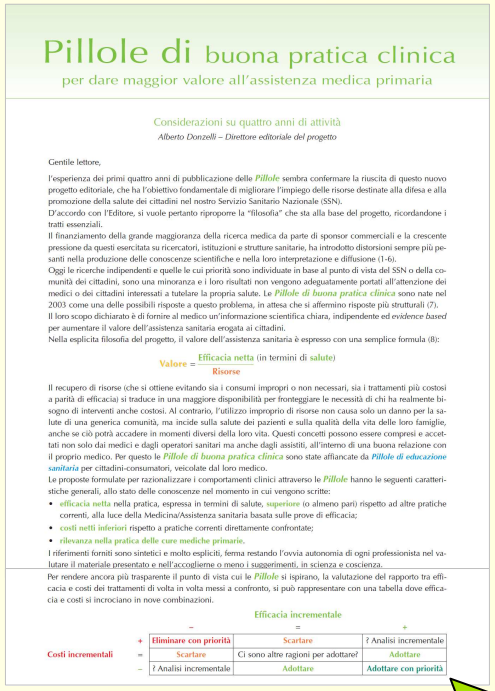
ACU Federconsumatori Legaconsumatori MOVIMENTO CONSUMATORI Sezione di Milano

NB: da poco sono diventate **dodici**

e ha esteso il target dai MMG ad ASL (Torino, Firenze, Thiene, Andria, Milano), e Regioni (Piemonte, Abruzzo, parte delle Marche e della Lombardia, da un anno anche la Campania …), che vi hanno abbonato tutti i propri MMG, avendo un interesse oggettivo a uno strumento come questo.

Infatti le *Pillole* **assumono sempre il punto di vista del SSN e della salute della comunità dei cittadini**, dalla selezione dei temi fino alle conclusioni, difficilmente attaccabili sotto il profilo della forza delle prove scientifiche e delle argomentazioni a sostegno.

La filosofia generale del Progetto *Pillole*



Pillole di buona pratica clinica

per dare maggior valore all'assistenza medica primaria

Considerazioni su quattro anni di attività

Alberto Donzelli – Direttore editoriale del progetto

Gentile lettore,

l'esperienza dei primi quattro anni di pubblicazione delle *Pillole* sembra confermare la riuscita di questo nuovo progetto editoriale, che ha l'obiettivo fondamentale di migliorare l'impiego delle risorse destinate alla difesa e alla promozione della salute dei cittadini nel nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

D'accordo con l'Editore, si vuole pertanto riproporre la "filosofia" che sta alla base del progetto, ricordandone i tratti essenziali.

Il finanziamento della grande maggioranza della ricerca medica da parte di sponsor commerciali e la crescente pressione da questi esercitata su ricercatori, istituzioni e strutture sanitarie, ha introdotto distorsioni sempre più pesanti nella produzione delle conoscenze scientifiche e nella loro interpretazione e diffusione (1-6).

Oggi le ricerche indipendenti e quelle le cui priorità sono individuate in base al punto di vista del SSN o della comunità dei cittadini, sono una minoranza e i loro risultati non vengono adeguatamente portati all'attenzione dei medici o dei cittadini interessati a tutelare la propria salute. Le *Pillole di buona pratica clinica* sono nate nel 2003 come una delle possibili risposte a questo problema, in attesa che si affermino risposte più strutturali (7).

Il loro scopo dichiarato è di fornire al medico un'informazione scientifica chiara, indipendente ed *evidence based* per aumentare il valore dell'assistenza sanitaria erogata ai cittadini.

Nella esplicita filosofia del progetto, il valore dell'assistenza sanitaria è espresso con una semplice formula (8):

$$\text{Valore} = \frac{\text{Efficacia netta (in termini di salute)}}{\text{Risorse}}$$

Il recupero di risorse (che si ottiene evitando sia i consumi impropri o non necessari, sia i trattamenti più costosi a parità di efficacia) si traduce in una maggiore disponibilità per fronteggiare le necessità di chi ha realmente bisogno di interventi anche costosi. Al contrario, l'utilizzo improprio di risorse non causa solo un danno per la salute di una generica comunità, ma incide sulla salute dei pazienti e sulla qualità della vita delle loro famiglie, anche se ciò potrà accadere in momenti diversi della loro vita. Questi concetti possono essere compresi e accettati non solo dai medici e dagli operatori sanitari ma anche dagli assistiti, all'interno di una buona relazione con il proprio medico. Per questo le *Pillole di buona pratica clinica* sono state affiancate da *Pillole di educazione sanitaria* per cittadini-consumatori, veicolate dal loro medico.

Le proposte formulate per razionalizzare i comportamenti clinici attraverso le *Pillole* hanno le seguenti caratteristiche generali, allo stato delle conoscenze nel momento in cui vengono scritte:

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

I riferimenti forniti sono sintetici e molto espliciti, ferma restando l'ovvia autonomia di ogni professionista nel valutare il materiale presentato e nell'accoglierne o meno i suggerimenti, in scienza e coscienza.

Per rendere ancora più trasparente il punto di vista cui le *Pillole* si ispirano, la valutazione del rapporto tra efficacia e costi dei trattamenti di volta in volta messi a confronto, si può rappresentare con una tabella dove efficacia e costi si incrociano in nove combinazioni.

Costi incrementali		Efficacia incrementale: −	=	+
	+	Eliminare con priorità	Scartare	? Analisi incrementale
	=	Scartare	Ci sono altre ragioni per adottare?	Adottare
	−	? Analisi incrementale	Adottare	Adottare con priorità

- 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)

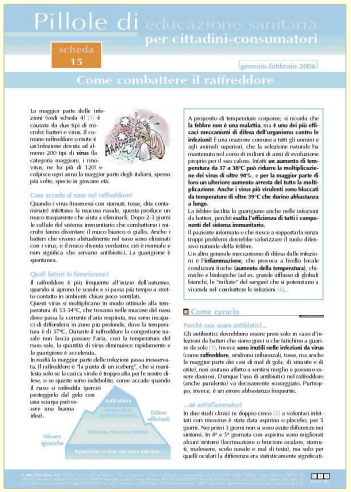
Pillole
di educazione sanitaria
per cittadini-consumatori
scheda 1
Automisurazione della pressione arteriosa

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 (2)


Pillole di educazione sanitaria
per cittadini-consumatori
scheda 15
gennaio-febbraio 2006
Come combattere il raffreddore

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 intesse** che attraversano gran parte della divulgazione sanitaria.

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

- anzitutto dai propri **Medici di fiducia** ma anche
- da **ASL/Aziende USL** e **Regioni**
- da **Associazioni di tutela di consumatori** o **di pazienti**, attraverso i propri canali informativi (in collaborazione con MMG)
- da **riviste** mediche e sanitarie **indipendenti**

"*Pillole* di educazione sanitaria" per cittadini-consumatori (3)

- L'ASL di Milano ha iniziato a fare ristampe di alcune *Pillole*, in 20-30.000 copie ciascuna inviandole ai MMG e – per loro tramite - agli assistiti (previo parere favorevole di una Commissione aziendale che include le rappresentanze dei Sindacati della MG: SNAMI, FIMMG, SMI).

- Da ottobre 2005 la Regione Lombardia dà un formale patrocinio alle *Pillole* di educazione sanitaria (e poi anche a quelle per medici)

- Dal 2006 le *Pillole* hanno come Direttore responsabile il Dr. Franco Berrino, Direttore del Dipartimento Medicina preventiva e predittiva dell'Istituto dei Tumori di Milano

Un esempio dei risultati ottenuti

Regione Lombardia
ASL Milano

Studio degli effetti sulla prescrizione inappropriata
di capsule di omega-3
di schede di educazione sanitaria
che promuovono efficaci alternative alimentari

Nell'ottobre 2005 i MMG di Milano hanno ricevuto 20.000 copie di una *Pillola* di educazione sanitaria per cittadini sugli omega-3 (la n°11) e una lista dei pazienti (in media 5 per MMG) in trattamento corrente con cps di omega-3 a carico del SSN (spesso prescritti da specialisti a soggetti infartuati, come è consentito dalla specifica nota AIFA), perché informassero i pazienti delle ottime alternative alimentari (pesce grasso, noci, soia ...).

L'andamento dei consumi di omega-3 cps a carico del SSN ha mostrato già nei mesi successivi una chiara correlazione temporale con l'intervento.

Questi risultati sono stati oggetto di una presentazione della ASL Città di Milano al Congresso Internazionale Wonca di Firenze, 27-30 agosto 2006 (pubblicata sul volume degli atti).

Conclusioni

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

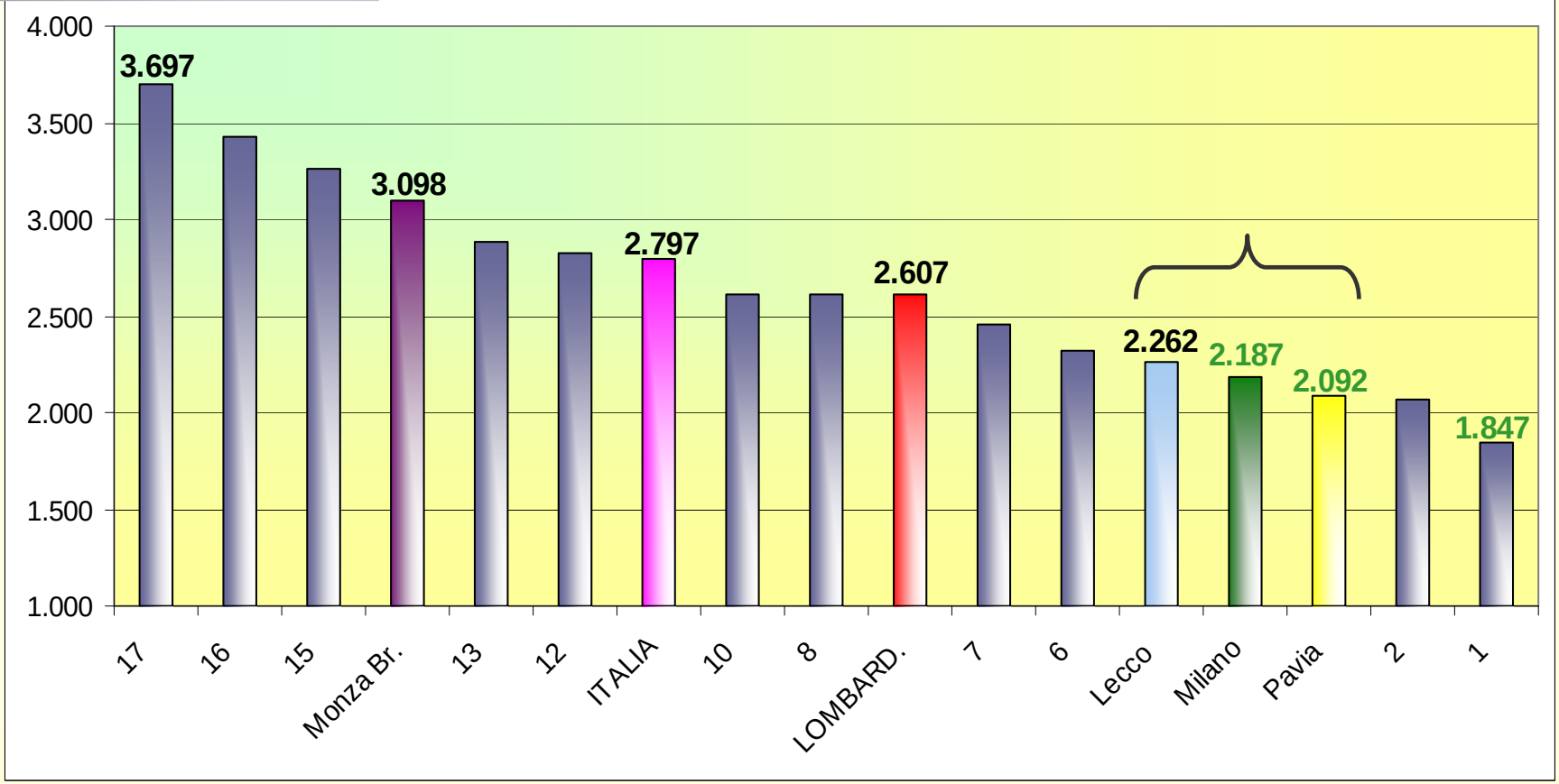
906 mila Euro in due anni

e addirittura di

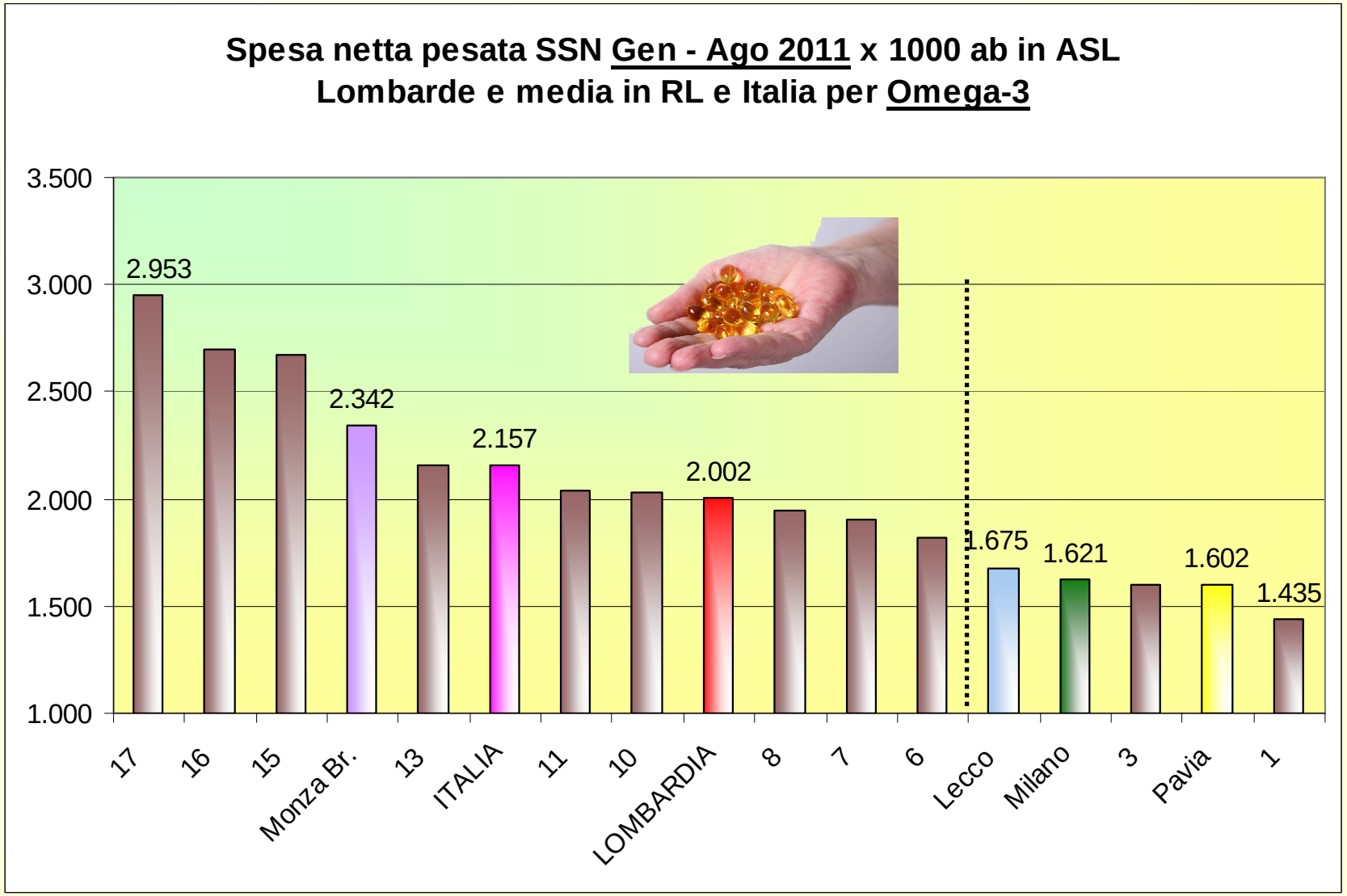
980 mila Euro

se la popolazione di Milano viene pesata [illegible] riferimento ai criteri di pesatura ufficialme[illegible] dalla Regione Lombardia, dato che la popola[illegible]nese è strutturalmente più anziana di quella lombarda, con maggiori consumi farmaceutici attesi)

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



Spesa netta pesata SSN Gen - Ago 2011 x 1000 ab in ASL Lombarde e media in RL e Italia per Omega-3



Considerazioni finali (1)

Ciò è di **grande interesse se confrontato con:**

- l'**esiguità delle risorse investite**,

- il possibile miglioramento della **salute** e
- il **gradimento** dei destinatari, complessivamente e concordemente rilevato

- dai MMG (intervistati in due differenti occasioni, e comprensivi di un campione rappresentativo dei MMG di un Distretto) e
- dai rappresentanti delle quattro OO.SS. della MG nella Commissione ASL per l'Educazione Sanitaria

- Dr. Luigi Di Caprio (**Coordinatore nazion. x Medicinsieme**)
- Dr. Paolo Longoni (**x FIMMG Provincia MI**)
- Dr. Stefano Nobili (**portavoce nazionale x SNAMI**)
- Dr. Flavio Sinchetto (**x FIMMG Provincia MI**)
- Dr. Enzo Scafuro (**Resp. nazionale formazione x SMI**)

Valutaz. 9/2008 dei MMG delegati per l'ES ASL di Milano

N° iscritti **(media x medico) 1.240**
N° indicativo di assistiti che hanno ricevuto una o più Pillole di ES:
(media) 81 assistiti per ciascun medico

Ritiene le Pillole di ES per l'assistito:	⌊distribuzione dei 5 rispondenti⌋	
➢ di un livello di **consultabilità**	**medio** ⌊**3**⌋	medio/alto ⌊**2**⌋
➢ di un livello di **comprensibilità**	**medio** ⌊**2**⌋	**medio/alto** ⌊**3**⌋
➢ **adeguate a un livello culturale**	**medio** ⌊**3**⌋	medio/alto ⌊**2**⌋

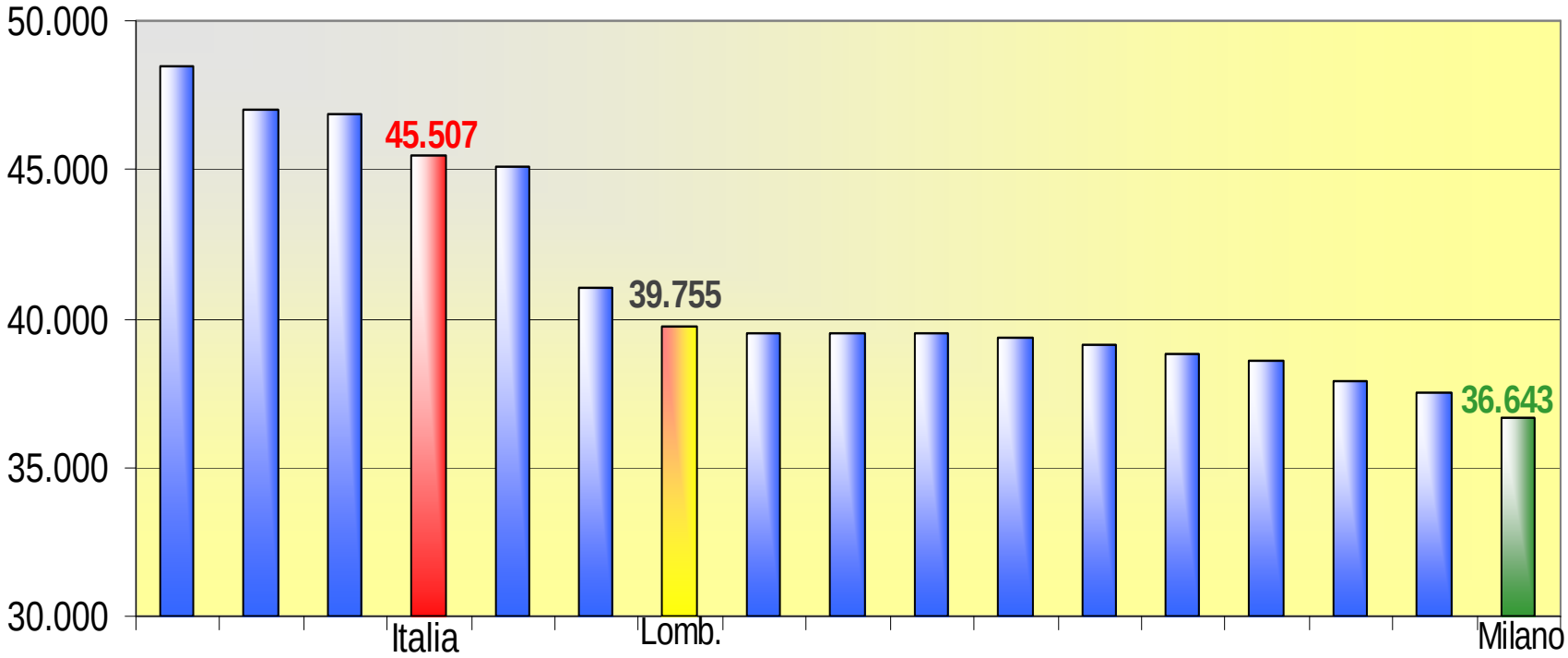
Come ha usato il materiale educativo fornito: **l'ho consegnato con specifiche raccomandazioni a pazienti selezionati** ⌊**5**⌋

Ritiene che strumenti educativi come Pillole di ES siano:
➢ di **utilità per** sostenere il counseling **medico** media ⌊1⌋ **medio/alta** ⌊**4**⌋
➢ di **utilità per** sostenere la motivazione del **paziente** **medio/alta** ⌊**5**⌋

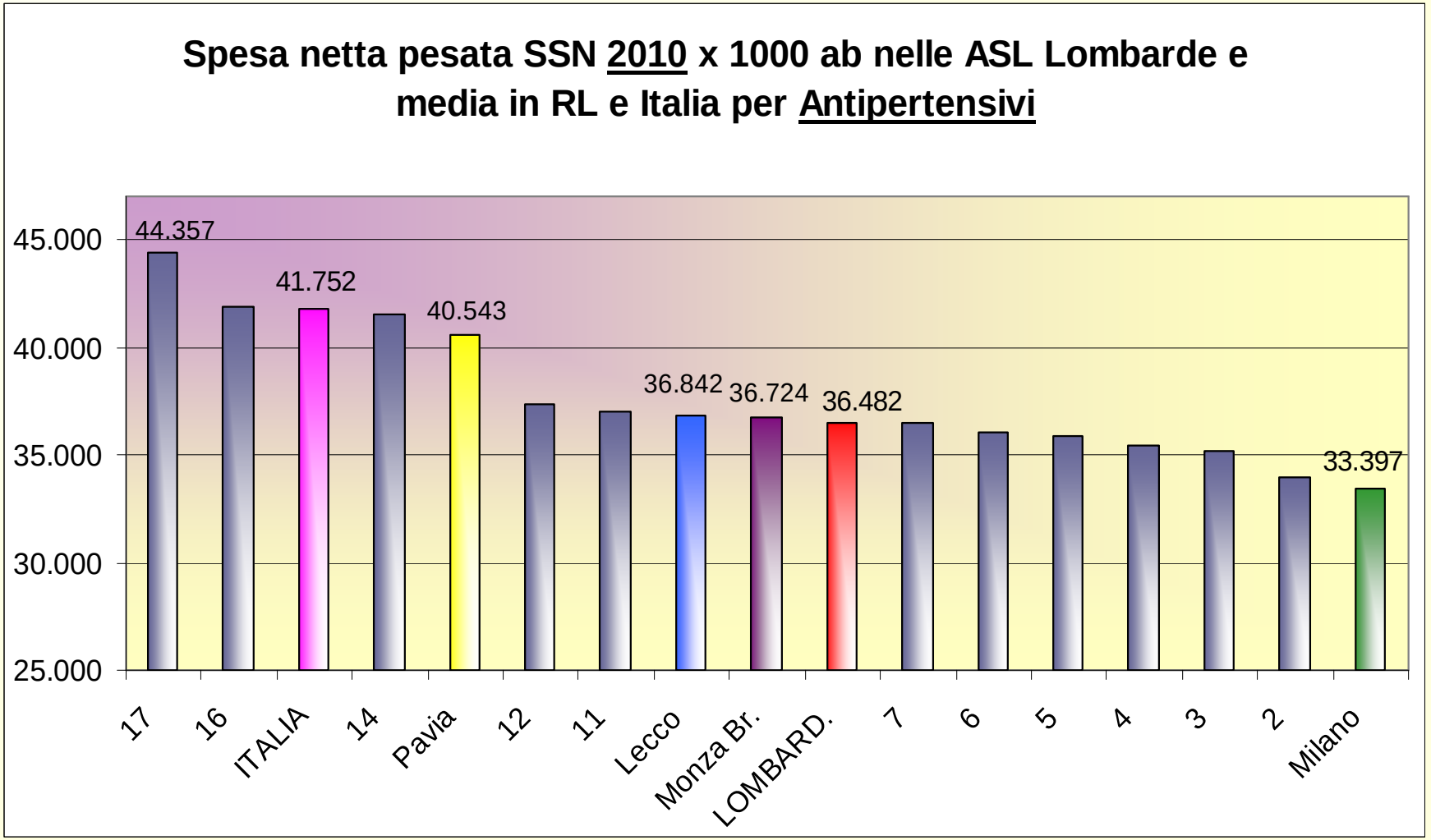
E' interessato a usarle ancora? **Si** ⌊**5**⌋ Suggerimenti: **proseguire** ⌊**5**⌋

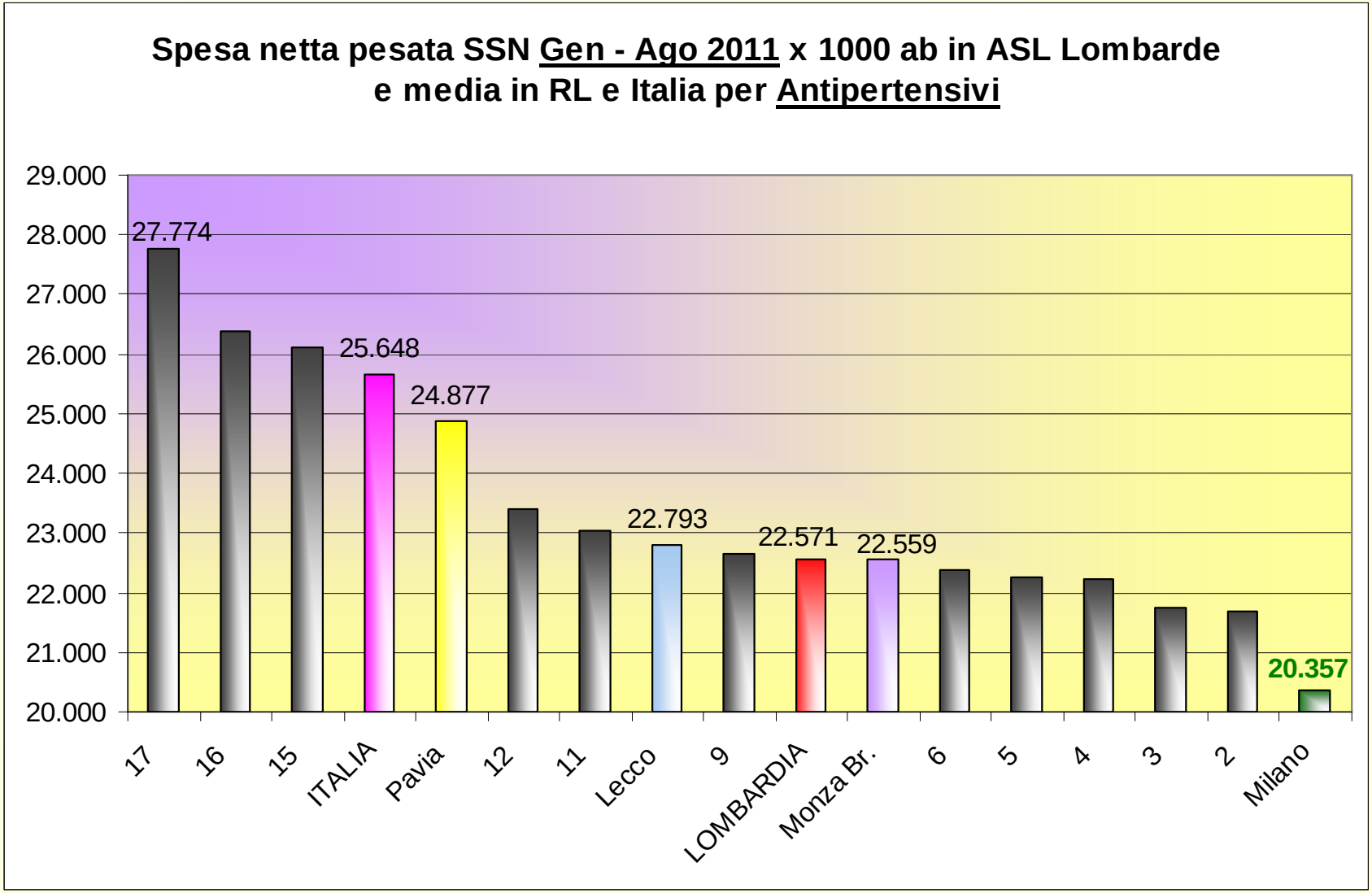
antipertensivi
tema trattato tutti gli anni
(da quando lavoro in Milano)

Spesa netta pesata 2009 x 1000 abitanti nelle ASL lombarde, e media in Lombardia e in Italia per farmaci antipertensivi



Spesa netta pesata SSN 2010 x 1000 ab nelle ASL Lombarde e media in RL e Italia per Antipertensivi




Spesa netta pesata SSN Gen - Ago 2011 x 1000 ab in ASL Lombarde
e media in RL e Italia per Antipertensivi
29.000
28.000
27.000
26.000
25.000
24.000
23.000
22.000
21.000
20.000
27.774
25.648
24.877
22.793
22.571
22.559
20.357
17
16
15
ITALIA
Pavia
12
11
Lecco
9
LOMBARDIA
Monza Br.
6
5
4
3
2
Milano

ORIGINAL INVESTIGATION

Meat Intake and Mortality

A Prospective Study of Over Half a Million People

Rashmi Sinha, PhD; Amanda J. Cross, PhD; Barry I. Graubard, PhD; Michael F. Leitzmann, MD, DrPH; Arthur Schatzkin, MD, DrPH

Il più grande studio prospettico finora realizzato

Background: High intakes of red or processed meat may increase the risk of mortality. Our objective was to determine the relations of red, white, and processed meat intakes to risk for total and cause-specific mortality.

Methods: The study population included the National Institutes of Health–AARP (formerly known as the American Association of Retired Persons) Diet and Health Study cohort of half a million people aged 50 to 71 years at baseline. Meat intake was estimated from a food frequency questionnaire administered at baseline. Cox proportional hazards regression models estimated hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) within quintiles of meat intake. The covariates included in the models were age, education, marital status, family history of cancer (yes/no) (cancer mortality only), race, body mass index, 31-level smoking history, physical activity, energy intake, alcohol intake, vitamin supplement use, fruit consumption, vegetable consumption, and menopausal hormone therapy among women. Main outcome measures included total mortality and deaths due to cancer, cardiovascular disease, injuries and sudden deaths, and all other causes.

Results: There were 47 976 male deaths and 23 276 female deaths during 10 years of follow-up. Men and women in the highest vs lowest quintile of red (HR, 1.31 [95% CI, 1.27-1.35], and HR, 1.36 [95% CI, 1.30-1.43], respectively) and processed meat (HR, 1.16 [95% CI, 1.12-1.20], and HR, 1.25 [95% CI, 1.20-1.31], respectively) intakes had elevated risks for overall mortality. Regarding cause-specific mortality, men and women had elevated risks for cancer mortality for red (HR, 1.22 [95% CI, 1.16-1.29], and HR, 1.20 [95% CI, 1.12-1.30], respectively) and processed meat (HR, 1.12 [95% CI, 1.06-1.19], and HR, 1.11 [95% CI 1.04-1.19], respectively) intakes. Furthermore, cardiovascular disease risk was elevated for men and women in the highest quintile of red (HR, 1.27 [95% CI, 1.20-1.35], and HR, 1.50 [95% CI, 1.37-1.65], respectively) and processed meat (HR, 1.09 [95% CI, 1.03-1.15], and HR, 1.38 [95% CI, 1.26-1.51], respectively) intakes. When comparing the highest with the lowest quintile of white meat intake, there was an inverse association for total mortality and cancer mortality, as well as all other deaths for both men and women.

Conclusion: Red and processed meat intakes were associated with modest increases in total mortality, cancer mortality, and cardiovascular disease mortality.

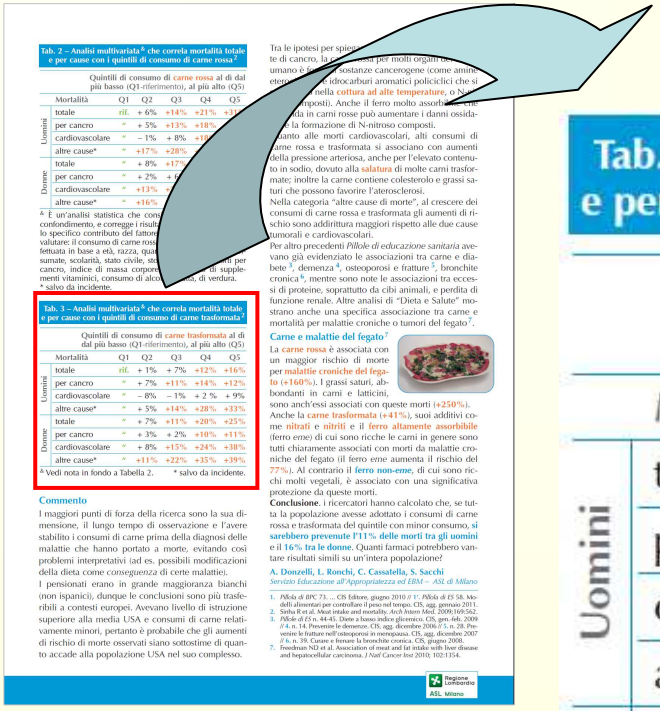
Arch Intern Med. 2009;169(6):562-571

Tab. 2 – Analisi multivariata[&] che correla mortalità totale e per cause con i quintili di consumo di carne rossa[2]

		Quintili di consumo di carne rossa al dì dal più basso (Q1-riferimento), al più alto (Q5)				
	Mortalità	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Uomini	totale	rif.	+ 6%	+14%	+21%	+31%
	per cancro	"	+ 5%	+13%	+18%	+22%
	cardiovascolare	"	– 1%	+ 8%	+18%	+27%
	altre cause*	"	+17%	+28%	+34%	+58%
Donne	totale	"	+ 8%	+17%	+28%	+36%
	per cancro	"	+ 2%	+ 6%	+20%	+20%
	cardiovascolare	"	+13%	+26%	+39%	+50%
	altre cause*	"	+16%	+35%	+44%	+61%

[&] È un'analisi statistica che considera possibili fattori di confondimento, e corregge i risultati grezzi, "isolando" così lo specifico contributo del fattore di rischio che si intende valutare: il consumo di carne rossa. La correzione è stata effettuata in base a età, razza, quantità totale di calorie consumate, scolarità, stato civile, storia familiare di morti per cancro, indice di massa corporea, fumo, uso di supplementi vitaminici, consumo di alcol, di frutta, di verdura.
* salvo da incidente.

le "altre cause" includono diabete, demenza, ulcere a stomaco e duodeno, epatiti croniche e cirrosi, bronchiti croniche, polmoniti, influenza e altre malattie infettive, malattie renali)



Tab. 2 – Analisi multivariata[&] che correla mortalità totale e per cause con i quintili di consumo di carne rossa[2]

Quintili di consumo di carne rossa al dì dal più basso (Q1-riferimento), al più alto (Q5)

	Mortalità	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Uomini	totale	rif.	+ 6%	+14%	+21%	+2[illegible]
	per cancro	"	+ 5%	+13%	+18%	
	cardiovascolare	"	– 1%	+ 8%	+18%	
	altre cause*	"	+17%	+28%		
Donne	totale	"	+ 8%	+17%		
	per cancro	"	+ 2%	+ [illegible]		
	cardiovascolare	"	+13%	+ [illegible]		
	altre cause*	"	+16%			

[&] È un'analisi statistica che corr[illegible] confondimento, e corregge i risult[illegible] lo specifico contributo del fattor[illegible] valutare: il consumo di carne ross[illegible] fettuata in base a età, razza, qua[illegible] sumate, scolarità, stato civile, st[illegible] ti per cancro, indice di massa corpore[illegible] di supplementi vitaminici, consumo di alco[illegible]ss, di verdura.
* salvo da incidente.

Tab. 3 – Analisi multivariata[&] che correla mortalità totale e per cause con i quintili di consumo di carne trasformata[2]

Quintili di consumo di carne trasformata al dì dal più basso (Q1-riferimento), al più alto (Q5)

	Mortalità	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Uomini	totale	rif.	+ 1%	+ 7%	+12%	+16%
	per cancro	"	+ 7%	+11%	+14%	+12%
	cardiovascolare	"	– 8%	– 1%	+ 2 %	+ 9%
	altre cause*	"	+ 5%	+14%	+28%	+33%
Donne	totale	"	+ 7%	+11%	+20%	+25%
	per cancro	"	+ 3%	+ 2%	+10%	+11%
	cardiovascolare	"	+ 8%	+15%	+24%	+38%
	altre cause*	"	+11%	+22%	+35%	+39%

[&] Vedi nota in fondo a Tabella 2. * salvo da incidente.

Commento

I maggiori punti di forza della ricerca sono la sua dimensione, il lungo tempo di osservazione e l'avere stabilito i consumi di carne prima della diagnosi delle malattie che hanno portato a morte, evitando così problemi interpretativi (ad es. possibili modificazioni della dieta come *conseguenza* di certe malattie).
I pensionati erano in grande maggioranza bianchi (non ispanici), dunque le conclusioni sono più trasferibili a contesti europei. Avevano livello di istruzione superiore alla media USA e consumi di carne relativamente minori, pertanto è probabile che gli aumenti di rischio di morte osservati siano sottostime di quanto accade alla popolazione USA nel suo complesso.

Tra le ipotesi per spiegare[illegible] te di cancro, la [illegible] per molti organi [illegible] umano è [illegible] sostanze cancerogene (come amine eterocicliche, idrocarburi aromatici policiclici che si [illegible] nella **cottura ad alte temperature**, o N-nitrosocomposti). Anche il ferro molto assorbibile [illegible] da in carni rosse può aumentare i danni ossidativi e la formazione di N-nitroso composti.
Quanto alle morti cardiovascolari, alti consumi di carne rossa e trasformata si associano con aumenti della pressione arteriosa, anche per l'elevato contenuto in sodio, dovuto alla **salatura** di molte carni trasformate; inoltre la carne contiene colesterolo e grassi saturi che possono favorire l'aterosclerosi.
Nella categoria "altre cause di morte", al crescere dei consumi di carne rossa e trasformata gli aumenti di rischio sono addirittura maggiori rispetto alle due cause tumorali e cardiovascolari.
Per altro precedenti *Pillole di educazione sanitaria* avevano già evidenziato le associazioni tra carne e diabete [3], demenza [4], osteoporosi e fratture [5], bronchite cronica [6], mentre sono note le associazioni tra eccessi di proteine, soprattutto da cibi animali, e perdita di funzione renale. Altre analisi di "Dieta e Salute" mostrano anche una specifica associazione tra carne e mortalità per malattie croniche o tumori del fegato [7].

Carne e malattie del fegato [7]

La **carne rossa** è associata con un maggior rischio di morte per **malattie croniche del fegato (+160%)**. I grassi saturi, abbondanti in carni e latticini, sono anch'essi associati con queste morti (**+250%**). Anche la **carne trasformata (+41%)**, suoi additivi come **nitrati** e **nitriti** e il **ferro altamente assorbibile** (ferro *eme*) di cui sono ricche le carni in genere sono tutti chiaramente associati con morti da malattie croniche del fegato (il ferro *eme* aumenta il rischio del **77%**). Al contrario il **ferro non-eme**, di cui sono ricchi molti vegetali, è associato con una significativa protezione da queste morti.
Conclusione. i ricercatori hanno calcolato che, se tutta la popolazione avesse adottato i consumi di carne rossa e trasformata del quintile con minor consumo, **si sarebbero prevenute l'11% delle morti tra gli uomini** e il **16% tra le donne**. Quanti farmaci potrebbero vantare risultati simili su un'intera popolazione?

A. Donzelli, I. Ronchi, C. Cassatella, S. Sacchi
Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM – ASL di Milano

1. *Pillola di BPC 73*. – CIS Editore, giugno 2010 // *Pillola di ES 58*. Modelli alimentari per controllare il peso nel tempo. CIS, agg. gennaio 2011.
2. Sinha R et al. Meat intake and mortality. *Arch Intern Med*. 2009;169:562.
3. *Pillole di ES* n. 44-45. Diete a basso indice glicemico. CIS, gen.-feb. 2009 // 4 n. 14. Prevenire le demenze. CIS, agg. dicembre 2006 // 5. n. 28. Prevenire le fratture nell'osteoporosi in menopausa. CIS, agg. dicembre 2007 // 6 n. 39. Curare e frenare la bronchite cronica. CIS, giugno 2008.
7. Freedman ND et al. Association of meat and fat intake with liver disease and hepatocellular carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102:1354.

Regione Lombardia
ASL Milano

Tab. 3 – Analisi multivariata[&] che correla mortalità totale e per cause con i quintili di consumo di carne trasformata[2]

Quintili di consumo di carne trasformata al dì dal più basso (Q1-riferimento), al più alto (Q5)

	Mortalità	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Uomini	totale	rif.	+ 1%	+ 7%	+12%	+16%
	per cancro	"	+ 7%	+11%	+14%	+12%
	cardiovascolare	"	– 8%	– 1%	+ 2 %	+ 9%
	altre cause*	"	+ 5%	+14%	+28%	+33%
Donne	totale	"	+ 7%	+11%	+20%	+25%
	per cancro	"	+ 3%	+ 2%	+10%	+11%
	cardiovascolare	"	+ 8%	+15%	+24%	+38%
	altre cause*	"	+11%	+22%	+35%	+39%

[&] Vedi nota in fondo a Tabella 2. * salvo da incidente.

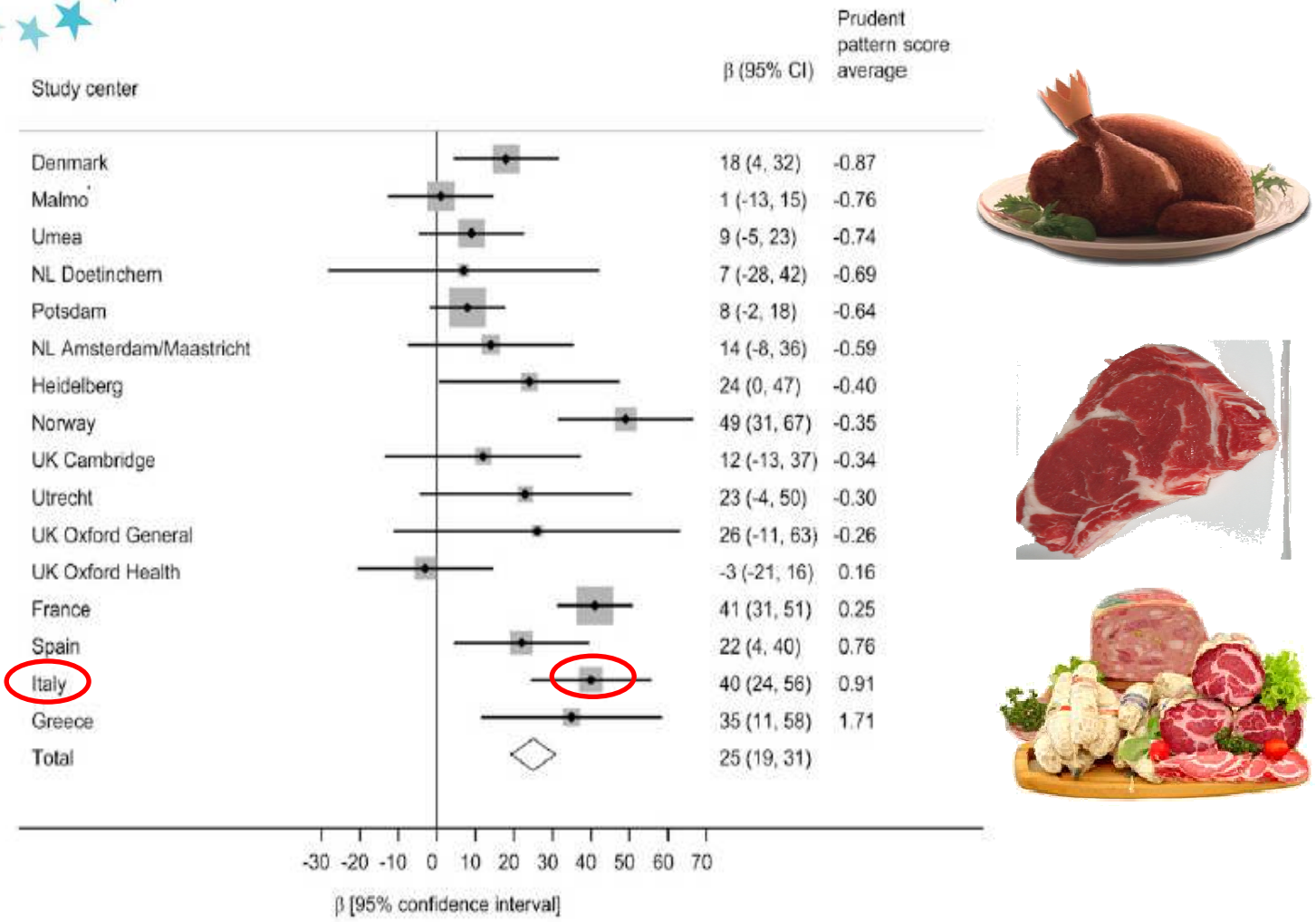


FIGURE 1. Adjusted increase in annual weight change (in g/y) per 100-kcal increase in total meat consumption in centers ranked by prudent pattern score average, with the use of uncalibrated data and adjusted for sex, age, indicator of meat consumption, educational level, physical activity level, smoking status, initial BMI, follow-up time, total energy intake, energy from alcohol, plausible total energy reporting, and dietary patterns scores. *P* for interaction with center < 0.0001. NL, Netherlands.

I consumi di carni (carne rossa, *trasformata*, pollame) sono al centro di molte "diete dimagranti". Benché ecologicamente insostenibili, aiutano almeno a controllare il peso?

risposta

NO

quesito

I consumi di carni (carne rossa, *trasformata*, pollame) sono al centro di molte "diete dimagranti". Benché ecologicamente insostenibili, aiutano almeno a controllare il peso?

Pillole di buona pratica clinica

scheda 80

febbraio 2011

Fonte. Vergnaud AC et al. Meat consumption and prospective weight change in partecipants of the EPIC-PANACEA Study. *Am J Clin Nutr* 2010; 92:398.

Introduzione

Analisi combinate sugli effetti dell'introduzione di carne sono state effettuate negli USA su oltre 130 mila Avventisti del 7° Giorno[1-1] (quasi metà dei quali sono vegetariani, gli altri onnivori) e in popolazioni vegetariane in Europa confrontate con consumatori abituali di carni. Tutte queste ricerche hanno mostrato nei vegetariani vantaggi in salute e nel controllo del peso a lungo termine.

La ricerca "Dieta e Salute" del National Institute of Health[2-2], che ha seguito per 10 anni 550 mila pensionati USA, ha mostrato che i consumi di **carne rossa** (bovina e suina) e **carne trasformata** (pancetta, salsiccia, prosciutto, *hot dog*/wurstel, carni in scatola rosse e bianche) si associano in modo proporzionale e indipendente al **rischio di mortalità totale**, **tumorale**, **cardiovascolare** e "per **altre cause**".

Questi dati sono largamente ignorati dalla popolazione e dai sanitari, ma è ancora più diffusa la convinzione che il consumo di carni consenta di perdere peso velocemente (è vero che un elevato consumo di proteine, ma non necessariamente animali[1], può aiutare una dieta "dimagrante"), e che consenta di mantenere il risultato nel corso degli anni. Questa seconda convinzione non è affatto supportata dalla ricerca.

Lo studio prospettico EPIC-PANACEA Fonte

Premessa. È credenza radicata che una dieta ricca di proteine aiuti a controllare il peso, favorendo la sazietà e aumentando la termogenesi. Alcuni RCT in soggetti obesi o in sovrappeso sottoposti a restrizioni caloriche hanno dimostrato perdite di peso maggiori con diete ricche di proteine rispetto a diete ricche di carboidrati (per altro le proteine impiegate provenivano da varie fonti animali e vegetali, non solo dalle carni).

Al contrario vari studi osservazionali prospettici, citati in Fonte, mostrano un'associazione positiva tra consumi di carni e acquisto di peso.

Lo stile alimentare occidentale (consumo alto di carni, grassi saturi e carboidrati raffinati, e basso di vegetali e fibra) è associato con l'aumento di peso. Tuttavia nessuno studio prospettico aveva esplorato la relazione tra consumo di carni e peso controllando per tutti gli altri fattori dietetici e altri possibili fattori di confondimento. L'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC) dell'OMS l'ha fatto con lo studio EPIC.

Popolazione, obiettivo, questionari

Oltre 103.000 uomini e 270.000 donne sono stati reclutati in 10 Paesi europei, Italia inclusa (a Varese: quasi 21.000 soggetti, con follow-up di 11 anni), con l'obiettivo di valutare i cambiamenti di peso negli anni in rapporto ai consumi alimentari. Questionari validati per ciascun Paese hanno rilevato con cura le abitudini alimentari, compresi i consumi di carni rosse, trasformate e bianche (soprattutto pollame, in parte anche tacchino e coniglio).

Risultati. Il consumo medio giornaliero di carni è stato di quasi 3 etti per gli uomini (40 g meno in Italia) e quasi 2 per le donne. L'aumento medio annuo di peso è stato di 454 g e 416 g nei due sessi (in Italia poco più di 3 etti/anno).

La Tabella 1 mostra l'aumento di peso per ogni 100 kcal al giorno di aumento nel consumo di carni, corretto per possibili fattori di confondimento e *calibrato*. Come si ricava indirettamente dalla tabella, il pollame sembra contribuire all'aumento di peso ancor più rispetto a carne rossa e trasformata, anche se nel sottogruppo degli obesi l'associazione era opposta.

Il consumo di carni è risultato associato con aumento di peso in tutti i Paesi, ma l'associazione era significativa nei Paesi con modelli alimentari relativamente meno "occidentali", come Francia, Italia, Grecia e Spagna, oltre che in Norvegia e Danimarca.

risposta

NO

No. Sorprendentemente accade l'opposto. Il più grande studio prospettico su popolazioni europee mostra con coerenza che i consumi di carni si associano in modo indipendente a proporzionali aumenti di peso corporeo nel tempo. Peso forma, salute e sostenibilità ambientale si conservano (o si perdono) insieme.

© 2011 CIS Editore S.r.l. Via San Sisto 1 – 20149 Milano – Tel. 02 46945421 – fax 02 48193584 – www.cisedizione.it. DIRETTORE RESPONSABILE: Franco Bertrina. PROGETTO GRAFICO: Barbara Capucci, Yvonne Cosi. STAMPA: Arti Grafiche Colombo s.r.l., Cernusco (MI). REGISTRAZIONE: Tribunale di Milano n. 111 del 21/02/2006. Sped in abb. post. DL 24/12/2003 n. 353 convertito in legge 27/02/2004 n. 46, art. 1, comma 1 - LO/MI - Pubblicazione mensile - ISSN 1828-0366 - Abbonamento annuo € 9,00 - Una copia € 1,20.

CIS EDITORE

Regione Lombardia

ASL Milano

No. Sorprendentemente accade l'opposto. Il più grande studio prospettico su popolazioni europee mostra con coerenza che i consumi di carni si associano in modo indipendente a proporzionali aumenti di peso corporeo nel tempo. Peso forma, salute e sostenibilità ambientale si conservano (o si perdono) insieme.

Tab. 1 – Aumento corretto* di peso (in g/anno) per ogni 100 kcal di aumento al giorno nel consumo di carni, tra i 374 mila partecipanti allo studio EPIC Fonte

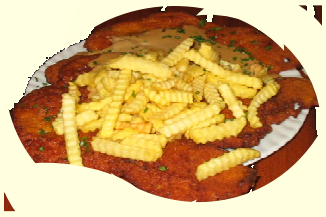
	g/anno di aumento peso ogni 100 kcal al giorno ingerite come carne	Intervalli confidenza al 95%	Valore P
Carni totali	65 g	39-90	< 0,00001
Carne rossa	15 g	1-28	0,03
Carne trasformata	25 g	15-34	< 0,00001

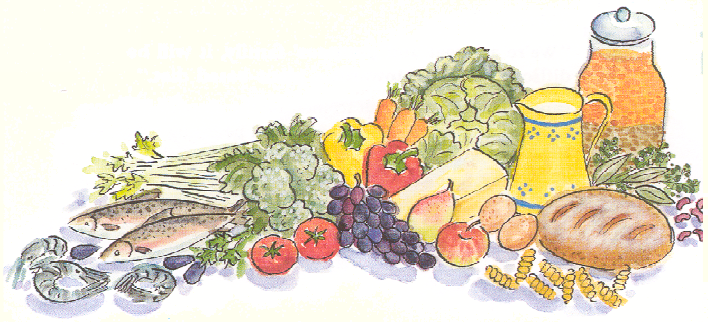
* La correzione tiene conto dei seguenti possibili fattori di

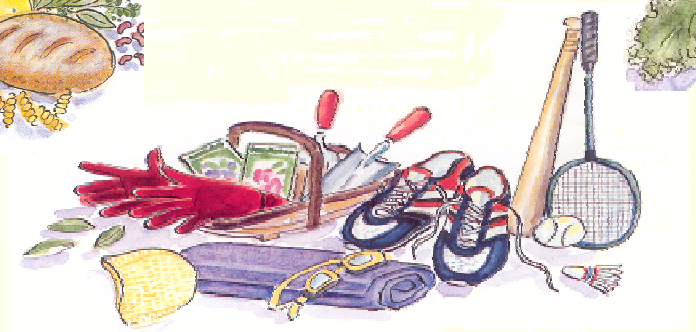
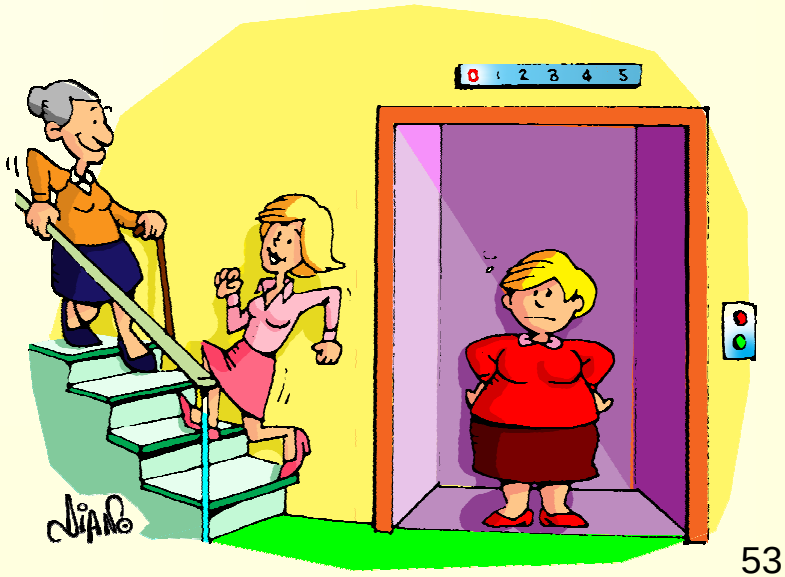
Ad es. **450 kcal al giorno sotto forma di carne** (es. una bistecca di maiale da 250 g al crudo, o 200 g di pollo arrosto e 80 g di salame), anziché sotto forma di altro cibo, porterebbe a un **aumento di peso/**anno di 422 g: **>2 kg ogni 5 anni**

Nuove prove dalla ricerca

- **Domanda**: I consumi di carni (carne rossa, pollame, carne trasformata) sono al centro di molte “diete dimagranti”. Benché i consumi attuali siano del tutto insostenibili dal punto di vista ecologico, aiutano almeno a controllare il peso?
- **Risposta**: **No**. Sorprendentemente accade l’opposto. Il più grande studio prospettico mai condotto su popolazioni europee mostra con coerenza che il consumo di carni (e di proteine) si associa in modo indipendente a proporzionali aumenti di peso nel tempo, sia negli adulti che nei bambini.







e grazie dell'attenzione !