

**INDISPENSABILE INVESTIRE
NELLA PREVENZIONE EFFICACE
A BASSO COSTO
DELLA CRONICITÀ**

PARTE PRIMA

Sanità: Scegliere a Rigor di Logica

LO STATO DI FATTO

- La patologia cardiovascolare è la prima causa di patologia e morte prematura.
- Il Diabete di tipo 2 è in aumento (circa 10% della popolazione).
- La spesa sanitaria è già insostenibile oggi e non può crescere.
- Con misure di basso costo si può prevenire la comparsa della patologia conclamata. L'identificazione con questionario *Finnrisk* può individuare i soggetti ad alto rischio di Diabete di tipo 2: i soggetti con Diabete di tipo 2 iniziale, se cambiano stile di vita, vedono una regressione della malattia e della spesa.
- Diabete di tipo 2 e ipertensione sono fortemente legati a stili di vita sbagliati (eccesso alimentare, cibi non salutari, fumo, inattività fisica).

LA SCELTA

- Le cure sono importanti, ma sono sempre più costose.
- Bisogna evitare che il carico di cure cresca e ciò è possibile investendo nella ***prevenzione cost – effective a basso costo***.
- Propongo che si inizi stendendo un ***Piano Operativo Nazionale per il Diabete di tipo 2***, che si svolga con metodo scientifico iniziando una prova di fattibilità per estendersi in tutto il territorio (Allegato 1). La stessa piattaforma può valere anche per la prevenzione cardiovascolare.
- Questo punto operativo deve prevedere ampio coinvolgimento dei Medici di base, della popolazione e la costituzione di ***Centri omnnicomprensivi per il Diabete*** che prendano in carico i soggetti prediabetici o diabetici iniziali per normalizzarli. I *Comprehensive Diabetes Centers* sono essenziali per tutte le patologie croniche molto frequenti e devono operare in stretta collaborazione con i Medici di famiglia e le Case della Salute, costituendo una rete di strutture e servizi che conquistano la fiducia dei cittadini sulla scorta di quanto previsto in Regione Lombardia con la Delibera X/6551 del 4 maggio 2017 “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili” .
- Il *Centro per il Diabete* può fungere anche da *Centro comprensivo per il Cardiovascolare*.
- Importanti infine le nuove figure di *professionisti in scienze motorie* per i gruppi di movimento, che includono gruppi di cammino, thai-chi, ballo, ecc. e che fanno parte integrante del *Piano* suddetto.
- La gestione di tali gruppi può essere fatta anche per via informatica con analoghi risultati positivi (vedi Pryor K e Volpp K. *Deployment of Preventive Interventions – Time for a paradigm shift*. New Engl J Med **378**, 1761-63, 2018) (Allegato 2).

Girolamo Sirchia

SCREEN AND TREAT

PER LA PREVENZIONE EFFICACE A BASSO COSTO

Trova indicazione primaria nel **diabete** e nella **patologia cardiovascolare**.

Sinteticamente il progetto di **Screen and Treat per diabete e patologia cardiovascolare** può essere rappresentato dai seguenti punti:

- a) preliminarmente educare i medici e la popolazione con una comunicazione adeguata
- b) identificare i soggetti a rischio
 - } *Fmrisc* per diabete
 - } ABI (Ankle Brachial Index) per il cardiovascolare e FRS (Framingham Risk Score)
- c) indurre le persone a più alto rischio a modificare i loro stili di vita non salutari (cessare il fumo, controllare il peso corporeo, fare attività fisica sistematica, adottare una dieta mediterranea a basso contenuto di carboidrati totali e soprattutto ad alto indice glicemico e ad alto carico glucidico)
- d) le azioni di cui al punto c) non devono costituire un suggerimento, ma una prescrizione perentoria ed essere gestite e certificate da un tutore. Se tale certificazione non viene realizzata per la non aderenza del soggetto al programma, il Servizio Sanitario Nazionale non sosterrà l'eventuale successiva spesa farmaceutica che graverà sul soggetto stesso, nella logica che ogni cittadino è corresponsabile della propria salute insieme allo Stato.

Più in dettaglio, lo **Screen and Treat per il prediabete e diabete iniziale di tipo 2** è riportato in All. 1. Per lo **Screen and Treat cardiovascolare**, lo schema raccomandato da *US Preventive Services Task Force Recommendation*¹ si compone dei seguenti passaggi:

1° PASSAGGIO: Identificare nelle persone apparentemente sane di età tra 50 e 70 anni i soggetti a più alto rischio cardiovascolare (ossia diabete, fumo attuale o pregresso, ipertensione, iperlipemia) o storia familiare di arteriopatia periferica

oppure

soggetti con meno di 50 anni con diabete e almeno 1 fattore addizionale di rischio aterosclerotico

oppure

soggetti con accertata precedente patologia cardiovascolare (in tal caso di tratta di prevenzione secondaria)[vedi Linee Guida dell'European Society of Cardiology]^(2, 3)

2° PASSAGGIO: Su questi soggetti a rischio, identificare quelli che necessitano di trattamento (prima stili di vita salutari, eventualmente statine, aspirina) ossia quelli con:

- ♦ **Framingham risk score elevato (> 10?)**
- ♦ oppure **ABI (Ankle Brachial Index) < 0,9** (per procedura vedi sito *Stanford Medicine 25* - <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/ankle.html>) [ALL. 2]
- ♦ **ABI in soggetti con FRS elevato (contro un controllo normale)**

ALLEGATI

1. Bando di Ricerca Finalizzata Anno 2017. Proposta di progetto di rete a cofinanziamento regionale Regione Lombardia. Screen and Treat for Pre – Diabetes (an Implementation Science Project)
2. Ankle Brachial Index – Stanford Medicine in <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/ankle.html>

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Olin JW, Halperin JL. *US Preventive Services Task Force recommendation statement regarding screening for peripheral artery disease with the ankle -brachial index: déjà vu all over again.* **Lancet** 2018; **392**: 1160 – 62.
2. Gerhard – Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. *2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines.* **J AM Coll Cardiol** 2017; **69**: 1465 – 508.
3. Aboyans V, Ricco JB, Batelink MEL, et al. *2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): document covering atherosclerotic disease of extracranial extremity arteries.* Endorsed by: The European Stroke of Organization (ESO), the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society of Vascular Surgery (ESVS): **Eur Heart J** 2018; **39**: 763 – 816.

Milano, 19 ottobre 2018

BANDO DI RICERCA FINALIZZATA ANNO 2017

PROPOSTA DI PROGETTO DI RETE A COFINANZIAMENTO REGIONALE REGIONE LOMBARDIA

SCREEN AND TREAT FOR PRE-DIABETES (AN IMPLEMENTATION SCIENCE PROJECT)

TEMATICA

MEDICINA DI INIZIATIVA VS MEDICINA DI ATTESA – UN NUOVO MODO DI AFFRONTARE LE PATOLOGIE.

Finora abbiamo investito quasi esclusivamente in una medicina che si attiva quando le persone si ammalano. A questa **Medicina di Attesa** dobbiamo oggi affiancare una medicina capace di identificare tra i soggetti sani quelli che più rischiano di ammalare di alcune malattie croniche temibili, soprattutto il Diabete, giacché prescrivendo loro di modificare i loro stili di vita possiamo prevenire la comparsa di tali malattie. Questa **Medicina di Iniziativa** ha anche il pregio di valorizzare i medici di famiglia che sono i protagonisti di questo nuovo paradigma e che possono aiutare i loro assistiti a capire che ognuno deve essere il custode della propria salute prima ancora dei medici, delle medicine e degli Ospedali.

QUESITI DI RICERCA

- 1) E' possibile prevenire o ritardare la comparsa clinica del Diabete di tipo 2 tramite un intervento di *Screen and Treat*?
- 2) Qual è il valore economico di questi risultati, se ottenuti?
- 3) La responsabilizzazione dell'assistito può migliorare la *compliance* alle prescrizioni del medico?

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il Diabete di tipo 2 rappresenta una patologia cronica che in Italia ha una prevalenza di circa il 6% e che cresce dell'1% circa ogni 5 anni. A ciò si aggiunga che un altro 10% di persone apparentemente sane è in una condizione di cosiddetto Prediabete o Diabete iniziale e svilupperà il quadro clinico nel giro del prossimo futuro.

Il costo di questa patologia cronica è molto elevato e si aggira sui 4.000 Euro/anno per soggetto ossia il doppio circa di una persona normale di analoghe condizione di età e stato di salute. Se ci si limita

ad attendere che la malattia si manifesti, l'incremento della spesa solo per questa patologia risulta molto elevato e, in analogia, altre patologie, soprattutto quelle dell'apparato cardiovascolare, comportano simili problemi.

E quindi necessario affiancare alla cura, quando la malattia è divenuta conclamata, un sistema che permetta di prevenire o contenere la comparsa clinica della malattia con sistemi semplici ed economici quali lo *Screen and Treat* per Prediabeto che usa un questionario con semplici domande ed è stato validato in molti Paesi, compresa l'Italia.

OBIETTIVI

DIABETE DI TIPO 2 E PREDIABETE OGGI - *Anticipare l'azione invece di rimediare a posteriori*

(Don Berwick. *BMJ* 2016;355:i5742)

Il Diabete di tipo 2 è una malattia cronica del metabolismo che determina una numerosa serie di complicanze legate al danno dei macro- e microvasi. La malattia è in grande misura causata da uno stile di vita inappropriato (eccesso alimentare, scarsa attività muscolare con eccessivo peso corporeo) in soggetti a rischio. La malattia è in aumento e in Italia colpisce oltre il 6% della popolazione¹, mentre si stima che un ulteriore 3% sia affetto da Prediabeto² ossia da una forma di Diabete iniziale clinicamente silente. Il costo sociale ed economico di questa malattia e delle sue complicanze è molto elevato². Oggi sappiamo però che il Diabete di tipo 2, **se diagnosticato precocemente**, è in buona parte dei casi reversibile a condizione che il paziente cambi il suo modo di vivere sul lungo termine e, se ciò non è sufficiente, si sottoponga anche ad un trattamento farmacologico.

Lo schema oggi consigliato si compone di alcuni capisaldi:

1. Bisogna prevenire o ritardare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Ciò è fattibile valutando nei soggetti apparentemente sani i fattori di rischio per Diabete tramite somministrazione di un semplice questionario (FINDRISC, *Finnish Diabetes Score*) e determinazione della glicemia basale e dopo carico di glucosio ed emoglobina glicata nei soggetti positivi².
2. Illustrare chiaramente ai soggetti risultati affetti da Prediabeto il decorso naturale della malattia e la possibilità di guarigione o miglioramento oggi disponibili.
3. Inserimento nel Patto di Cura Individuale con il paziente di un programma di modificazione degli stili di vita consistente in:
 - a) diminuzione del peso corporeo tramite dieta ipocalorica priva o povera di zuccheri, alcolici e amidi (pane, riso, patate, ecc.), sotto controllo medico^{3,4}.
 - b) attività fisica sistematica prescritta dal medico curante, organizzata da un esperto in scienze motorie autorizzato, che certifichi alla fine del ciclo di movimento (almeno 1 anno) la partecipazione adeguata del paziente, avvalendosi anche di un *device* che misuri l'attività fisica con un accelerometro, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la durata dello sforzo. La certificazione di aderenza col programma verrà inviata al medico curante che la riterrà discriminante per imputare al Servizio Sanitario Nazionale la prescrizione di eventuali farmaci. Altrimenti la prescrizione verrà imputata al soggetto stesso, se questi non ha ritenuto di aderire con responsabilità al programma di perdita di peso e attività fisica (e cessazione dal fumo).

4. Controllo della glicemia, possibilmente in continuo, tramite un apposito strumento portatile e periodica valutazione della emoglobina glicata.
5. Controllo frequente della pressione arteriosa che deve rimanere costantemente $\leq 130/80^5$.
6. Eventuale terapia farmacologica, come da Linee Guida validate^{6,7}.

Se questo programma verrà adottato sistematicamente dal Servizio Sanitario Nazionale, il Diabete di tipo 2 potrà essere tenuto sotto controllo, con enorme risparmio di sofferenza e di spesa a carico della società, che oggi in Italia sostiene ogni anno una spesa di circa € 25 miliardi, dei quali € 15 miliardi a carico del Servizio Sanitario Nazionale².

Il programma di **Medicina di Iniziativa Screen and Treat** per il Prediabete di tipo 2 prevede come fondamento la partecipazione delle Cooperative dei Medici di Medicina Generale che sono i pilastri dell'iniziativa e che hanno più volte manifestato con entusiasmo la possibilità di partecipare al progetto: Se partecipano diverse Regioni, essendo la Regione Lombardia Capofila, con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, il *budget* che si raggiunge e la numerosità dei casi consentono uno studio di salute pubblica estremamente innovativo e vantaggioso.

RISULTATI ATTESI

Si tratta di un progetto innovativo nei seguenti ambiti:

- 1) Rallentamento nella crescita di una patologia cronica comune e relativi costi sanitari e sociali
- 2) prescrizione e non solo suggerimenti di modificare gli stili di vita;
- 3) certificazione della *compliance* dell'assistito alla prescrizione;
- 4) responsabilizzazione dell'assistito sulla custodia della propria salute;
- 5) riduzione della prescrizione impropria di farmaci e indagini di laboratorio con eventuale passaggio della spesa all'assistito che non aderisce alla prescrizione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

4. Chatterjee S. et al. *Type 2 diabetes*. **Lancet doi.org/10.2016/S0140 (Febr 9, 2017).**
5. Società Italiana di Diabetologia. *Il diabete in Italia 2016*. Bonomia University Press, Bologna, 2016.
3. Feinman J. *Advice on sugar and starch is urged in type 2 diabetes counseling*. **BMJ (online), London 355 (Dec 5, 2016).**
4. Farr OM, Mantzoros CS. *Treating prediabetes in the obese: are GLP-1 analogues the answer?* **Lancet doi.org/10.1016/S0140 (Febr 22, 2017).**
5. Nilsson PN, Sverre EK. *Blood pressure goals in type 2 diabetes – assessing the evidence*. **Lancet doi.org/10.1016/S2213.**
6. Eberhard Standl et al. *Integration of recent evidence into management of patients with atherosclerotic cardiovascular disease and type 2 diabetes*. **Lancet doi.org/10.1016/S2213.**
7. Pryor K, Volpp K. *Development of preventive interventions. Time for a paradigm shift*.
8. **New Engl J Med 378;1761-63, 2018.**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

1. *Sanità a rigor di logica* – girolamosirchia.org
2. *Screen and Treat per la prevenzione efficace a basso costo* – girolamosirchia.org
3. *Bando di Ricerca Finalizzata Anno 2017. Proposta di progetto di rete a cofinanziamento regionale Regione Lombardia. Screen and Treat for Pre – Diabetes (an Implementation Science Project)* - girolamosirchia.org
4. Olin JW, Halperin JL. US Preventive Services Task Force recommendation statement regarding screening for peripheral artery disease with the ankle -brachial index: déjà vu all over again. **Lancet** 2018; **392**: 1160 – 62. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31650-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31650-7)
5. *Ankle Brachial Index* – Stanford Medicine 25 in <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/ankle.html>
6. Pryor K, et al. *Deployment of preventive interventions – Time for a paradigm shift.* **NEJM Med** 2018; **378**: 1761 – 63. doi: [10.1056/NEJMp1716272](https://doi.org/10.1056/NEJMp1716272)
7. Gerhard – Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. **J AM Coll Cardiol** 2017; **69**: 1465 – 508. <http://www.onlinejacc.org/content/accj/69/11/1520.full.pdf/>
8. Aboyans V, Ricco JB, Batelink MEL, et al. 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): document covering atherosclerotic disease of extracranial extremity arteries. Endorsed by: The European Stroke of Organization (ESO), the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). **Eur Heart J** 2018; **39**: 763 – 816. <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/view/11686>.
9. Iacobucci G. *Sixty seconds on ... Parkrun.* **BMJ** 2018; **361**: 2767. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2767>

PARTE SECONDA

Pensiamo ai malati cronici

Nel 2012 in Scozia la maggior parte dei soggetti di 65 o più anni di età viveva con 3 o più malattie croniche. Nel 2016 in Inghilterra tra i soggetti con più di 75 anni di età il 7% era francamente fragile e il 21% moderatamente fragile.

Quest'anno in Gran Bretagna i soggetti con 4 o più malattie croniche sono il 9,8% e si prevede che aumentino fino al 17% nel 2035. Quindi se il 10% della popolazione ha 4 o più malattie croniche e di questa il 10% è molto fragile e il 20% fragile, dobbiamo oggi assistere un 1% di tutta la popolazione per elevata fragilità ed un ulteriore 2% per fragilità media, e queste percentuali continuano a crescere. Ciò significa che dobbiamo mettere in atto misure oggi ancora non ben attuate, ossia:

- ❶ percorsi di cura ben coordinati, pianificati e gestiti da un *Case Manager* sul modello della presa in carico disegnata dalla Regione Lombardia;
- ❷ potenziare la capacità di Medici Generalisti di collaborare tra loro e con gli Ospedali per realizzare il punto 1;
- ❸ potenziare la ricerca soprattutto sulla gestione dei servizi sanitari e sulla farmacologia della multimorbidità. Oggi i pazienti cronici ricevono un carico di farmaci spesso inappropriato e dannoso: spesso la deprescrizione è meglio della prescrizione in questi pazienti;
- ❹ tutti i punti sopra riportati implicano un costo, che rischia di rendere insostenibile il Servizio Sanitario Nazionale se non si affianca un serio impegno per prevenire o ritardare le malattie croniche più comuni con interventi di basso costo e di dimostrata efficacia, quale ad esempio il cosiddetto *Screen and Treat* per il diabete di tipo 2, che si propone di individuare, con un semplice questionario, tra i soggetti apparentemente sani quelli a più alto rischio di sviluppare diabete di tipo 2 a causa di stili di vita non salutari, giacchè questi possono e devono essere modificati in quanto all'inizio la patologia è reversibile.

(cfr. Oliver: *A manifesto for multimorbidity*)

BMJ 2018;360:k1044

Milano, 24 aprile 2018

La presa in carico dei pazienti cronici: una ACO (*Accountable Care Organization*) Lombarda

Ogni cambiamento di modello organizzativo tipo ACO (e quindi la presa in carico dei cronici in Lombardia) implica che:

- ❶ si creino collaborazioni tra GP, Ospedali, POT, altri servizi territoriali sanitari e sociali;
- ❷ queste ACO devono funzionare come un corpo unico;
- ❸ devono includere sanità e sociale;
- ❹ ci vuole assolutamente il coinvolgimento di medici e pazienti, e quindi ci vuole tempo, buona e intensa comunicazione, incentivi monetari e non monetari.

Alderwick H et al. *Accountable Care Organizations: lessons from the US*.
BMJ 2018;360:k921.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

1. *Standing by France's social contract: Macron's health reform.* **Lancet 2018; 392:1090.** doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)32290-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32290-6)
2. Nugent R, et al. *Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals.* **Lancet 2018; 391:2029-35.** [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30667-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30667-6.pdf)
3. Niessen LW, *Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda.* **Lancet 2018; 391:2036-46.** [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30667-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30667-6.pdf)
4. Jan S. et al. *Action to address the household economic burden of non-communicable diseases.* **Lancet 2018; 391:2047-58.** [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30323-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30323-4.pdf)
5. Sassi F, et al. *Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours.* **Lancet 2018; 391:2059-70.** [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30531-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30531-2.pdf)
6. Bertram MY. *Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services.* **Lancet 2018; 391:2071-78.** [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30665-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30665-2.pdf)
7. *Pensiamo ai malati cronici – girolamosirchia.org*
8. Oliver D. *A manifesto for multimorbidity.* **BMJ 2018;360:K1044.** doi: [10.1136/bmj.k1044](https://doi.org/10.1136/bmj.k1044)
9. *La presa in carico dei pazienti cronici, Una ACO (Accountable Care Organization) Lombarda – girolamosirchia.org*
10. Alderwick H, et al. *Accountable Care Organizations: lessons from the US.* **BMJ 2018;360:K921.** doi: [10.1136/bmj.k921](https://doi.org/10.1136/bmj.k921).
11. *Bando di Ricerca Finalizzata Anno 2017. Proposta di progetto di rete a cofinanziamento Regionale Regione Lombardia – girolamosirchia.org*

PARTE TERZA

Prevenire il Diabete senza Indugio

La prevenzione del diabete è imperativa per contrastare la continua crescita del diabete nel mondo e della morbidità e mortalità precoce da esso causate.

Una meta – analisi condotta su 43 ricerche effettuate tra il 1990 e il 2015 circa l'efficacia preventiva di una modifica degli stili di vita o dell'uso di farmaci in adulti ha dimostrato che i primi (specie il calo di peso corporeo determinato da dieta e attività fisica) riducono il rischio relativo di diabete del 39% e l'effetto si mantiene nel tempo (per alcuni anni) mentre il secondo è pari al 36% ma non dura nel tempo. Le conclusioni sono 2:

- 1) i decisori politici devono prendere atto che la prevenzione del diabete deve essere attuata senza indugi su larga scala;
- 2) la modifica degli stili di vita (specie il calo di peso) è il rimedio più efficace e meno costoso ed è anche efficace per prevenire la successiva comparsa di diabete e accidenti cardiovascolari dopo alcuni anni dalla gravidanza.

Per quanto riguarda il diabete della gestazione, anche l'allattamento al seno sembra essere utile al fine della prevenzione. Non è ancora chiaro peraltro se sia utile effettuare uno screening per intolleranza al glucosio (test da carico) 1 – 3 mesi dopo il parto e negli anni a seguire, ma è possibile che questo possa costituire un altro strumento di prevenzione di un futuro diabete e di malattie cardiovascolari, mettendo sempre al primo posto del trattamento dieta, attività fisica e astinenza dal fumo, ma anche sostegno alla maternità e all'allattamento al seno e attenzione alla depressione post – partum (*vedi Gunderson EP e Jaffe MC. Pregnant and subsequent glucose intolerance in women of childbearing age: heeding the early warning signs for primary prevention of cardiovascular disease in women. JAMA Intern Med 177,1742-44,2017*).

Haw JS et al. Long – term sustainability of diabetes prevention approaches. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Intern Med 2017; 177(12):1808-1817.

Milano, 6 febbraio 2018

Bisogna informarsi bene e capire per custodire la propria salute

L'obesità è una malattia multifattoriale che ha una predisposizione genetica poligenica, ma necessita di una influenza ambientale per manifestarsi. La dieta salutare (poco cibo fresco e cucinato con prevalenza di verdura, frutta, acidi grassi polinsaturi, senza zuccheri, alcol e sale, fritti, carne animale e farine raffinate), se regolare, riduce il rischio genetico di obesità, di diabete di tipo 2 e di malattie cardiovascolari, in ciò coadiuvata dall'attività muscolare quotidiana.

Questo stile di vita quando è seguito bene evita che il peso corporeo cresca: mantenere un peso corporeo ideale è il miglior indicatore di buona salute. E' importante che tutti capiscano che ognuno di noi può fare molto per la sua salute con semplici regole di vita, fuggendo le offerte di un ambiente obesogenico che propone cibi non salutarì in larghe porzioni ed essendo consapevole delle debolezze delle Istituzioni alla pressione industriale e commerciale che la nostra società esercita a favore dei cibi non salutarì. Purtroppo oggi non si accetta che la libertà venga regolata e si dia priorità alla salute pubblica: così non viene limitata la pubblicità o i programmi televisivi che propongono modi di vivere non salutarì. Ciò, unitamente alla mancanza di informazione ed educazione sanitaria istituzionale, comporta il prevalere di stili di vita nocivi e costosi per la collettività a favore degli interessi organizzati.

- Wang T et al. *Improving adherence to healthy dietary patterns, genetic risk and long term weight gain: gene-diet interaction analysis in two prospective cohort studies.*

BMJ 2018;360;j5644

- Ells LJ et al. Diet, genes and obesity

BMJ 2018;360:k7.

La Prova che Muoversi Migliora La Salute

Effettuare 150 min/settimana di movimento fisico di moderata intensità (camminare a passo veloce) riduce del 28% il rischio di morte e del 20% quello di un accidente cardiovascolare¹, ma anche il rischio di cancro e di diabete; inoltre rallenta la comparsa dei danni da invecchiamento² e previene e cura l'obesità.

E' raro trovare provvedimenti così utili per la salute come il movimento fisico.

Milano, 12 gennaio 2018

¹ Lear SA et al. *The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130.000 people from 17 high-income, middle-income and low-income countries: the PURE study.* **Lancet** 390, 2643-54, 2017

² McNally S et al. *Focus on physical activity can help avoid unnecessary social care.* **BMJ** 2017;359:j4609

Ognuno di noi deve custodire la propria salute¹

I grandi nemici della salute del cuore e dei vasi sono 4:

- ① tabacco
- ② ipertensione arteriosa
- ③ Sovrappeso corporeo
- ④ cibi ricchi di grassi *trans* artificiali, derivati dalla parziale idrogenazione di oli vegetali, che provocano aumento dell'LDL-C e riduzione dell'HDL-C.

All'ipertensione contribuisce il contenuto di sale presente nei cibi. Il sovrappeso da eccessiva massa adiposa è causato da porzioni eccessive di cibi molto calorici [cioè ricchi di carboidrati ad alto e medio indice glicemico* (zucchero, alcolici, farine raffinate, riso brillato) e grassi *trans*] ed è anche la principale causa del diabete di tipo 2². I cibi industriali, i ristoranti, i cibi pronti e gli *street-foods* eccedono oggi in carboidrati ad alto indice glicemico, grassi *trans*, sale e porzioni eccessive: cucinare e mangiare a casa è quindi il primo suggerimento salutare. L'ipertensione arteriosa è subdola perché inapparente: va ricercata, monitorata e curata per tutta la vita. Il tabacco rimane la prima causa di morte prematura e di malattia evitabile.

Ognuno di noi deve capire bene questi pericoli, perché il mondo in cui viviamo è governato da interessi economici che collidono con la salute pubblica e che sono poco contrastati dai Governi, a loro volta soccombenti rispetto a tali interessi organizzati. Solo la nostra individuale consapevolezza della realtà ci può assicurare una vita in salute.

1. Frieden TR, Bloomberg MR. *Saving an additional 100 million lives*. Lancet **391**, 709-12, 2018.
2. Uusitupa M. *Remission of type 2 diabetes: mission not impossible*. Lancet **391**, 515-16, 2018.

*Indice glicemico di un alimento = livello di glicemia raggiunta dopo l'ingestione rispetto a quella data dal glucosio (fatto = 100). Alto indice ≥ 75 , medio indice = 50-75 (vedi Tabelle apposite)

LA DIETA MEDITERRANEA

**MALGRADO QUALCHE INCERTEZZA, SEMBRA SALUTARE E CONSIGLIABILE
NELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE 2, TUMORE DEL SENO**

Per **Dieta Mediterranea** si intende la regolare assunzione, in **quantità moderata**, di frutta, verdura, noci, legumi, pesce, olio d'oliva extravergine, con forte limitazione di carne rossa, latticini, zuccheri, farine raffinate, riso brillato e in generale cibi preparati industrialmente. Il vino è ammesso in ragione di 1 bicchiere al giorno e il caffè/té di 2-3 tazze al dì.

La **Dieta Mediterranea** riduce anche il rischio di fragilità dell'età avanzata (legato alla sarcopenia, a disturbi dell'equilibrio e della vista, causati in parte da carenza di antiossidanti e vitamina B12), ma va anche inserita in uno **stile di vita Mediterranea** che include *cucinare e mangiare in famiglia, fare attività fisica quotidiana, dormire bene (incluso il sonnellino post-prandiale), non vivere in povertà e solitudine.*

TABELLA – ASSOCIAZIONE TRA CIBO E RISCHIO DI MALATTIE CRONICHE SULLA BASE DI METANALISI E REVISIONI PUBBLICATE ¹				
CIBO	CANCRO	DIABETE 2	MALATTIE CARDIOVASCOLARI	ICTUS
GRANO INTEGRALE	↓	↓	↓	
VERDURA	↓		↓	↓
FRUTTA	↓		↓	↓
LATTICINI (FERMENTATI)	↓	↓		↓
CARNE ROSSA	↑	↑	↑	↑
CARNI LAVORATE	↑	↑	↑	↑
PESCE			↓	↓
OLIO D'OLIVA		↓		↓
UOVA		↑		
NOCI		↓	↓	
CACAO/CIOCCOLATO			↓	↓
CAFFÈ	↓	↓	↓	↓
TE		↓	↓	↓
BEVANDE ZUCCHERATE		↑	↑	↑

1. Schulze M, et al. *Dietary patterns and the prevention of chronic disease*. BMJ 2018;361:k2396
2. Mayor S. *Sixty seconds on the Mediterranean diet*. BMJ 2018;361:k2667
3. Voelker R. *The Mediterranean Diet's Fight Against Frailty*. JAMA **319**(19), 1971-72, 2018.
4. Feinmann J. *Low calorie and low carb diets for weight loss in primary care*. BMJ 2018; 360:K1122
5. Ludwig S, et al. *Dietary carbohydrate: role of quality and quantity in chronic disease*. BMJ 2018;361:k2340

SUGGERIMENTI AGLI ADULTI PER ALIMENTARSI CORRETTAMENTE (E REGOLARE IL PESO CORPOREO)

La letteratura scientifica recente raccomanda i seguenti punti:

1. Le porzioni devono essere molto piccole, servite in piatti piccoli, preparate in cucina e portate a tavola. Non portare a tavola piatti di portata. Mai offrire o chiedere *bis*.
2. Non tenere in casa né in ufficio scorte alimentari: il miglior alleato per controllare il peso corporeo è il frigorifero vuoto. Al lavoro portatevi il pasto da casa ed evitate la mensa aziendale. L'intervallo di mezzogiorno può essere utilizzato meglio per fare attività fisica o seguire un corso antifumo.
3. Evitare i *buffet* e cucinare e consumare i pasti a casa. Attenzione agli incontri conviviali (*si mangia di più*). Fare tre pasti di simile contenuto calorico (≈ 400 -500 KCal) alle ore 8, 13, 20. Fare un giorno di digiuno alla settimana (digiuno = ~ 400 KCal). E' fondamentale non mangiare né bere mai fuori pasto. Quando siete a tavola prestate sempre attenzione alla quantità e alla qualità del cibo che ingerite. Il pranzo di lavoro o quello con gli amici tendono a distrarvi e a farvi mangiare troppo e male. La TV è deleteria per questo e per le continue pubblicità alimentari. Ricordate sempre che la pubblicità fa l'interesse di chi la propone, non il vostro.
4. Evitare cibi e bevande preparati industrialmente, *street foods*, cibi confezionati, cibi pronti, panini, tramezzini e simili, specie quelli ricchi di amido e arricchiti con salse.
5. Limitare fortemente i carboidrati (non più di 130g/die), i grassi saturi e *trans* ossia **ridurre al massimo** (fino ad eliminare) e **assumere solo saltuariamente**:
 - pane bianco, pasta, patate, riso, pizza, focaccia, biscotti e dolci di ogni tipo. Se amate il risotto, usate il riso povero di amido (esempio *riso Parboiled*) o il riso ordinario lavato con abbondante acqua tiepida
 - carne di mammiferi (non più di 100g 1-2 volte per settimana)
 - grassi animali (formaggi stagionati, insaccati, carni lavorate, uova, burro, panna). Le proteine animali possono essere sostituite da quelle vegetali (legumi) e i grassi limitati all'olio extra vergine di oliva, che va usato crudo e in piccole quantità

- alcolici e superalcolici di ogni tipo. La quantità di vino non deve superare 100 mL/die e 500 mL/ settimana
 - frutta secca, banane, frutta molto dolce in genere
 - bibite con zuccheri aggiunti (tutte le bibite industriali)
 - eccessiva quantità di sale e sostanze insaporenti industriali
6. Controllare spesso il peso corporeo e la circonferenza addominale per verificare se la dieta è appropriata.
7. Evitare ogni *hobby* che abbia a che fare con il cibo o la cucina.

RICORDATE SEMPRE CHE

LE PERSONE CHE MANGIANO POCO E SANO, NON FUMANO, NON BEVONO, FANNO REGOLARMENTE ATTIVITÀ MUSCOLARE (CAMMINO, GIARDINAGGIO E ALTRE ATTIVITÀ MANUALI, BALLO, ECC.) E LA NOTTE DORMONO, MANTENGONO UN PESO CORPOREO ED UNA DISTRIBUZIONE DELLA MASSA GRASSA NORMALE, E PREVENGONO O RITARDANO LA COMPARSA DI MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI CHE ROVINANO E ACCORCIANO LA VITA COME DIABETE 2, MALATTIE CARDIOVASCOLARI E RESPIRATORIE, IPERTENSIONE E DIVERSI TUMORI.

NON È VERO CHE LA CRAPULA E L'ECESSO ALIMENTARE RENDONO FELICI: LA SALUTE E IL BENESSERE PSICO-FISICO SONO IL REQUISITO INDISPENSABILE PER VIVERE BENE. NULLA HA VALORE SE VIENE MENO LA SALUTE.

MESSAGGIO FINALE

MANGIARE POCO DI TUTTO E (QUASI) NIENTE DI QUALCOSA VI EVITA MOLTI GUAI

OGNI INSULTO ALLA VOSTRA SALUTE (ECESSI ALIMENTARI, NOTTI INSONNI)

LASCIA UN SEGNO E SI PAGA A CARO PREZZO.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

1. *Prevenire il diabete senza indugio* - girolamosirchia.org
2. Gunderson P E, Jaffe MG. *Pregnancy and subsequent glucose intolerance in women of childbearing age. Heeding the early warning signs for primary prevention of cardiovascular disease in women.* **JAMA Intern Med** 2017; **177**: 1742 – 1744.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2657588>
3. *Bisogna informarsi bene e capire per custodire la propria salute* - girolamosirchia.org
4. Wang T, et al. *Improving adherence to healthy dietary patterns, genetic risk, and long term weight gain: gene , diet interaction analysis in two prospective cohort studies.* **BMJ** 2018; **360**; j5644. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5644>
5. Ells LJ, et al. *Diet, genes and obesity.* **BMJ** 2108; **360**;k7. doi: [10.1136/bmj.k7](https://doi.org/10.1136/bmj.k7)
6. Hawk JS, et al. *Long – term sustainability of diabetes prevention approaches. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.* **JAMA intern Med** 2017, **177**; 1808 – 1817. doi: [10.1001/jamainternmed.2017.6040](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6040)
7. Lee DH, et al. *Predicted lean body mass, fat mass, and all cause and cause specific mortality in men prospective US cohort study.* **BMJ.** 2018 Jul 3;**362**:k2575. doi: [10.1136/bmj.k2575](https://doi.org/10.1136/bmj.k2575).
8. Haskell WL, et al. *Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.* **Med Sci Sports Exerc.** 2007 Aug;**39**(8):1423-34 . doi: [10.1249/mss.0b013e3180616b27](https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27)
9. Wells JCK, et al. *Measuring body composition.* **Arch Dis Child** 2206; **91**:612 – 617. doi: [10.1136/adc2005.085522](https://doi.org/10.1136/adc2005.085522)
10. Christensen P, et al. *Men and women respond differently to rapid weight loss: Metabolic outcomes of a multi-centre intervention study after a low-energy diet in 2500 overweight, individuals with pre-diabetes (PREVIEW).* **Diabetes Obes Metab.** 201; **1**-12. <https://doi.org/10.1111/dom.13466>
11. *La prova che muoversi migliora la salute* – girolamosirchia.org
12. Goenka S, et al. *Physical activity lowers mortality and heart disease risks.* **Lancet** 2017; **390**:2609-2610. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32104-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32104-9).
13. McNally S, et al. *Focus on physical activity can help avoid unnecessary social care.* **BMJ** 2017 Oct 17;**359**:j4609. doi: [10.1136/bmj.j4609](https://doi.org/10.1136/bmj.j4609)
14. Lear SA, et al. *The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study.* **Lancet.** 2017 Dec 16;**390**(10113):2643-2654. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)31634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31634-3)
15. WHO – *Global Recommendations on Physical Activity for Health.* World Health Organization 2010. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
16. McNally S, et al. *Regular, physical exercise: the ‘miracle cure’ to ageing.* **BMJ** 2017; **359**:j4609. doi: [10.1136/bmj.j4609](https://doi.org/10.1136/bmj.j4609)

17. Hawkes N. *Sixty second on Type 2 diabetes*. **BMJ** 2018;**360**:k1264. doi: [10.1136/bmj.k1264](https://doi.org/10.1136/bmj.k1264).
18. *Prevenire il diabete tipo 2: yes we can*. In: **quotidianosanità.it**, 9 ottobre 2018
http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=66265
19. *“Diabesita”: ovvero obesità e diabete. Mezzogiorno, Abruzzo e Lazio le realtà più colpite; va meglio in Liguria e Trentino*. In: **quotidianosanità.it**, 17 aprile 2018
http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=60900
20. 11th Italian Diabetes & Obesity Monitor Barometer Report. Facts and d Figures about Type 2 Diabetes and Obesity in Italy. April 2018, n. 1. IBDO Foundation.
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1155389.pdf>
21. Kulkarni M, et al. *Evaluation of the modified FINDRISC to identify individuals at high risk for diabetes among middle-aged white and black ARIC study participants*.
Diabetes Obes Metab. 2017 Sep;**19**(9):1260-1266. doi: [10.1111/dom.12949](https://doi.org/10.1111/dom.12949)
22. Hippisley – Cox J, et al. *Development and validation of Q-Diabetes 2018 risk prediction algorithm to estimate future risk of type 2 diabetes: cohort study*. **BMJ** 2018;**359**:j5019.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj/5019>
23. *Welcome to the QDiabetes® - 2018 risk calculator* - <https://qdiabetes.org/>
24. Lindström J, et al. *The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk*.
Diabetes Care 2003 Mar;**26**(3):725. <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/725.long>
25. *Ognuno di noi deve custodire la propria salute* – girolamosirchia.org
26. Frieden TR, Bloomberg MR. *Saving an additional 100 million lives*. **Lancet** 2018;**391**:709-12.
doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32443-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32443-1)
27. Uusitupa M. *Remission of type 2 diabetes: mission not impossible*. **Lancet** 2018; **391**:515-16.
doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)33100-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33100-8)
28. Lean MJ, et al. *Primary care – led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open – label, cluster randomised trial*. **Lancet** 2018;**391**:541 – 551.
doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)
29. McCombie L, at al. *Weighing up the benefits of registering those in remission from type 2 diabetes*. **BMJ** 2017;**358**:j4030. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4030>
30. *Malattie cardiovascolari. Siglato primo documento di “Consenso e raccomandazioni pratiche di prevenzione cardiovascolare”*. In: **quotidianosanità.it**, 9 marzo 2018
http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=59768
31. *Prevenzione cardiovascolare 3.0: a Napoli il primo documento di consenso. Congresso SIPREC*. In **Salute H24**, 9 marzo 2018.
http://www.saluteh24.com/il_weblog_di_antonio/2018/03/prevenzione-cardiovascolare-30-a-napoli-il-primo-documento-di-consenso-congresso-siprec.html
32. Damen J. *Contemporary cardiovascular risk prediction*. **Lancet** 2018;**391**:1867-68.
doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30842-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30842-0)
33. *La Dieta Mediterranea. Malgrado qualche incertezza, sembra salutare e consigliabile nelle malattie cardiovascolari, Diabete 2, tumore al seno* – girolamosirchia.org
34. *Suggerimenti agli adulti per alimentarsi correttamente (e regolare il peso corporeo)* – girolamosirchia.org

35. Schulze MB, et al. *Food based dietary patterns and chronic disease prevention.* **BMJ** 2018;361:k2396. doi: [10.1136/bmj.k2396](https://doi.org/10.1136/bmj.k2396).
36. Mayor S. *Sixty seconds ... on the Mediterranean Diet.* **BMJ** 2018;361:k2667. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2667>
37. Voelker E. *The Mediterranean diet's fight against frailty.* **JAMA** 2018;319:1971-1972. doi: [10.1001/jama.2018.3653](https://doi.org/10.1001/jama.2018.3653)
38. Feinmann J. *Low calorie and low carb diets for weight loss in primary care.* **BMJ** 2018; 360:K1122. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1122>
39. Ludwig DS, et al. *Dietary carbohydrates: role of quality and quantity in chronic disease.* **BMJ** 2018;361:k2340. doi: [10.1136/bmj.k2340](https://doi.org/10.1136/bmj.k2340).
40. Ghebreyesus TA, et al. *REPLACE: a roadmap to make the world trans fat free by 2023.* **Lancet** 2018;391:1978-80. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31083-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31083-3).
41. Ryan A, et al. *Managing dyslipidaemia for the primary prevention on cardiovascular disease.* **BMJ** 2018;360:k946. doi: [10.1136/bmj.k946](https://doi.org/10.1136/bmj.k946)
42. Ryan A, et al. *Dyslipidaemia and cardiovascular risk.* **BMJ** 2018;360:k946. doi: [10.1136/bmj/k835](https://doi.org/10.1136/bmj.k835)
43. Toledo E, et al. *Fruits, vegetables, and legumes: sound prevention tools.* **Lancet** 2017;390: 2017-18. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32251-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32251-1)
44. Ladhur N, et al. *Food for thought.* **BMJ** 2018;361;k2643. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2463>
45. Sheldon T. *Could a Dutch approach to obesity work in UK cities?* **BMJ** 2018;361:k2354. doi: [10.1136/bmj.k2534](https://doi.org/10.1136/bmj.k2534).
46. Messerli FH, et al. *Salt and heart disease: a second round of 'bad science'?* **Lancet** 2018;392:456 -58. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31724-0)