

Stili di vita e prevenzione

♣ M. Valsecchi – Direttore Dipartimento di Prevenzione Ulss 20 di Verona

Premessa

L'intuizione che l'attività motoria e l'alimentazione costituiscono elementi fondamentali per il mantenimento della salute risale alla nascita della medicina moderna e cioè all'antica medicina greca.

Ippocrate ne "il regime" ricordava che "... non si può mantenersi in salute basandosi soltanto sul tipo di alimentazione, ma a questa bisogna affiancare anche degli esercizi fisici".

Questo tipo di impostazione ha poi accompagnato la medicina nel corso dei secoli dando vita ad un'abbondante produzione di consigli sugli stili di vita da seguire.

L'evidenza scientifica

La novità di questi ultimi anni non consiste, quindi, nell'aver individuato questo nesso ma nell'averlo documentato con una mole di ricerche sul campo di grande solidità e nell'aver cominciato ad individuare i meccanismi biochimici attraverso i quali l'attività motoria esercita i suoi effetti favorevoli sulla salute umana.

Sorprendente (ed entusiasmante) è, inoltre, l'entità dell'effetto protettivo che un regime continuativo di attività motoria nei confronti delle maggiori causa di morte nel nostro Paese (e nei paesi occidentali) e cioè le malattie del sistema circolatorio 34,1%, l'infarto del miocardio: il 5,31% ed il diabete 2,63%, nell'anno 2000.

Un secondo aspetto importante è dato dall'evidenza che è in realtà possibile (anche se non facile) indurre la popolazione a modificare consolidati stili di vita a favore di stili di vita più idonei a prevenire la comparsa o l'aggravamento di patologie cronico degenerative.

- Il volume *Clinical Evidence*, edito periodicamente dal *BMJ Publishing Group*, ha esaminato la produzione scientifica disponibile valutata di buon livello tecnico e conclude affermando che "la pratica di attività fisica riduce il rischio di incidenti cardiaci mortali e non. Nella popolazione fisicamente attiva - che pratica attività fisica moderata tutti i giorni o quasi - si evidenzia una riduzione del 30-50% del rischio relativo di malattie coronariche rispetto alla popolazione sedentaria, a parità di altri fattori di rischio¹.
Ciò che colpisce in questa conclusione è, appunto, l'entità della riduzione del Rischio Relativo in relazione alla maggior causa di morte nel nostro Paese.
- Un'ulteriore evidenza di grande rilievo è emersa da uno studio prospettico condotto dal 1980 al 1994 su 5.125 donne affette da diabete di tipo 2. I rischi relativi per eventi cardiovascolari sono risultati positivamente associati alle ore settimanali di attività fisica fornendo così un elemento di prova di forte solidità all'ipotesi causale².(box 1)

Rischio relativo	Diminuzione del rischio in rapporto alla durata dell'attività fisica settimanale
1.0	Per meno di un'ora
0,93	Fra 1 e 1,9 ore
0,82	Fra 2 e 3,9 ore
0,54	Fra 4 e 6,9 ore
0,52	Oltre 7 ore

Le donne diabetiche che hanno dedicato almeno 4 ore settimanali all'attività fisica moderata o vigorosa hanno dimostrato di avere una riduzione di patologia cardiovascolare totale del 40% circa. La stessa riduzione è stata osservata per le coronaropatie e gli ictus cerebrali.

- Nel 1998\1999 è stato condotto uno studio su un gruppo di pazienti affetti da diabete di tipo 2, residenti nell'ULSS di Verona³. Caratteristica di questo nostro intervento, che è poi continuato negli anni successivi, è stato quello di portare i gruppi di pazienti diabetici a partecipare ad un programma di attività motoria attivato per la popolazione anziana in generale; il livello di intensità dello sforzo fisico sopportare (due sedute settimanali per sei mesi) è stato precisamente definito per ottenere una significativa modificazione dei parametri biomorali considerati come *end-point*: nel caso specifico, l'emoglobina glicosilata.
- Nel 2001 è stata pubblicata una ricerca che evidenzia, per la prima volta, la capacità di prevenzione di prevenire efficacemente la comparsa di diabete in soggetti con intolleranza glucidica già in atto⁴.
Lo studio ha preso in esame 522 soggetti con intolleranza al glucosio suddivisi in due gruppi. Al gruppo di ricerca sono stati forniti:

- consigli dietologici personalizzati;
- consigli specifici ed opportunità per fare attività motoria.

I risultati hanno evidenziato che il gruppo di ricerca aveva sviluppato 27 casi di diabete contro i 59 del gruppo di controllo. Al quarto anno di studio, l'incidenza cumulativa era dell'11% nel gruppo di studio e del 23% nel gruppo di controllo. L'incidenza cumulativa di diabete è risultata del 58% inferiore nel gruppo di ricerca rispetto al gruppo di controllo.

- Il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato, nel febbraio 2002, una revisione dedicata a valutare l'efficacia degli interventi volti a combattere l'obesità ed il sovrappeso, noti fattori di rischio cardiovascolari⁵.

I dati evidenziano che:

- adulti obesi possono perdere 0,5 chili per settimana riducendo l'apporto calorico giornaliero di 500\1.000 calorie;
- aggiungendo alla dieta l'attività motoria il vantaggio è minimo per la perdita di peso ma importante per il mantenimento nel tempo della perdita di peso acquisita con la dieta;
- soggetti che combinano la dieta, con l'esercizio fisico e con trattamento comportamentale possono perdere dal 5 al 10 % del loro peso entro un intervallo di tempo che varia dai 4 ai 6 mesi.

- Nel numero del 25 febbraio del 2002 dell'*Archives of Internal Medicine* è comparso un editoriale intitolato "*Superior Physicians and the Treatment of Hypertension: il trattamento dell'ipertensione non è sinonimo di terapia farmacologica*". *Approcci non farmacologici quali la dieta e un modesto esercizio fisico possono essere molto efficaci nel ridurre la pressione in pazienti che collaborino, presentando rischi ridotti o nessun rischio e costi irrisori*". (6)

Le difficoltà di implementazione

Se i risultati di una modifica degli stili di vita sono tanto positivi (e come abbiamo visto lo sono) perché mai è così difficile metterli in atto in un programma complessivo di prevenzione su larga scala?

In realtà introdurre modifiche permanenti negli stili di vita nei pazienti è notoriamente un'impresa difficile.

Si tratta di un compito arduo che deve essere affrontato e gestito con determinazione e senza improvvisazioni da parte del medico di famiglia con supporti formativi ed organizzativi che, nella maggior parte dei casi, le ASL non forniscono.

Incidono negativamente in quest'ambito, alcuni aspetti:

.Una sopravvalutazione dei medici di famiglia del rischio (smentito dai dati a disposizione) che i loro pazienti possano incorrere in incidenti cardiovascolari acuti durante le sessioni di attività motoria;

. Una scarsa preparazione degli stessi a "tagliare su misura" dei singoli pazienti le proposte concrete di modifica degli stili di vita; Appare, infatti, evidente che le esigenze e le modalità di intervento per incrementare l'attività motoria e correggere eventuali squilibri nutrizionali nei confronti della popolazione generale sono molto diversificate. Dall'esame della letteratura risulta che si riesce a centrare gli obiettivi solo quando i soggetti sedentari, da avviare all'attività motoria e ad un riequilibrio dietetico, siano oggetto non di generiche raccomandazioni, ma di un consiglio specifico e tagliato su misura sulle loro esigenze.

. La carenza di opportunità organizzate, all'aperto e nelle palestre, di corsi di attività motoria verso le quali indirizzare i propri utenti. Per evidenziare queste difficoltà, si porta l'esempio dell'ULSS di Verona dove, su circa 420.000 abitanti, 70.000 persone hanno già compiuto i 65 anni. Porsi il solo obiettivo di organizzare occasioni che possano incrementare l'attività motoria nel 50% di questa popolazione significa affrontare un compito di vaste dimensioni nei cui confronti non è ancora consolidato, nei dipartimenti di prevenzione, un modello di intervento.

Il vantaggio strategico di fornire una proposta complessiva di modifica di stile di vita

Un altro dato che emerge dalla letteratura (5) è che un progetto di modifica terapeutica dello stile di vita ha molte più probabilità di riuscire e di permanere nel tempo quanto più la proposta è complessiva. E', in altri termini, più efficace intervenire sull'attività motoria e sull'alimentazione piuttosto che su uno solo di questi due diversi comportamenti. Risulta pertanto necessario che il medico di famiglia e le strutture di prevenzione articolino su entrambi questi parametri una strategia complessiva e personalizzata per i loro utenti.

Non emergono in letteratura dati sulla possibilità di abbinare anche il consiglio dell'abbandono del fumo a questo set, ma sembra plausibile che anche un intervento su questo aspetto possa essere più efficace all'interno di un programma più completo piuttosto che come intervento singolo.

Proposta di un modello organizzativo

Considerato quanto detto fin'ora, si propongono alcuni presupposti che si ritengono alla base di un modello organizzativo che le ASL devono adottare per mettere i medici di base nelle condizioni di affrontare questo problema con i loro assistiti.

1. Definire con chiarezza il target degli interventi

I target dovrebbero almeno essere tre, fra loro differenziati:

- ✓ **la popolazione in genere nei confronti della quale vanno organizzate delle iniziative di promozione generalizzata ed indifferenziata.**
L'ordine di grandezza di questo target può essere stimato (facendo riferimento ad una ASL di circa 450.000 abitanti, l'ordine) nelle decine di migliaia di persone.
- ✓ **La popolazione che viene agganciata da programmi organizzati e monitorati.**
L'ordine di grandezza di questo target può essere stimato nel migliaio di abitanti.
- ✓ **i soggetti affetti da patologie cronico degenerative** quali i diabetici.
L'ordine di grandezza di questo target può essere stimato in centinaia di abitanti.

Per ognuno di questi target è necessario definire un assetto logistico-organizzativo differenziato.

E', infatti, chiaro che negli interventi sul "primo cerchio" il ruolo della struttura sanitaria si deve limitare ad una funzione di stimolo e consulenza nei confronti delle realtà comunali che devono svolgere il ruolo di attore principale nel promuovere le condizioni per uno stile di vita sano dei cittadini.

Per il secondo punto il ruolo di consulenza e verifica dei risultati sanitari delle iniziative diventa più stringente ed, infine, nel terzo punto l'impegno delle strutture sanitarie deve essere maggiore, dato che si tratta di un target particolarmente sensibile ed i singoli soggetti che appartengono a questo gruppo sono quelli che più degli altri possono usufruire dei maggiori vantaggi di salute da una riuscita modifica delle loro abitudini di vita.

2. Definire la rete delle collaborazioni esterne che deve essere attivata per ognuno dei tre target sopradescritti

Da quanto detto risulta chiaro che un progetto complessivo di queste dimensioni esce dallo specifico ambito sanitario e richiede un forte coinvolgimento delle comunità locali per ottenere supporto culturale, organizzativo e logistico.

Alcune realtà comunali hanno iniziato a recepire questo tipo di orientamento e si dispongono a tener conto nelle loro scelte urbanistiche della necessità di favorire la creazione di spazi e strutture destinate all'attività motoria.

Un ruolo rilevante va assegnato, in questo tipo di progettazione, alle associazioni di cittadini e/o di pazienti (ad es. le associazioni dei pazienti diabetici) che vanno stimolate ad assumere direttamente l'iniziativa di organizzare iniziative di attività motoria tagliate specificamente sulle loro esigenze. Anche in questo caso il ruolo della struttura sanitaria deve essere quello della consulenza e della verifica dei risultati e, per quanto possibile, non quello della gestione diretta.

3. Definire e qualificare il coinvolgimento dei medici di medicina generale

Preliminarmente rispetto a qualsiasi programma di intervento organico è curare l'aggiornamento ed il coinvolgimento dei medici di famiglia attraverso corsi di aggiornamento e programmi di interventi specifici.

A questo riguardo abbiamo organizzato a Verona, negli scorsi mesi, un corso per 80 MMG che, a gruppi di 20 si sono incontrati per tre sabati mattina, con buoni risultati, per aggiornarsi e mettere a punto un percorso comune di identificazione dei consigli da dare alle varie tipologie dei loro assistiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Clinical Evidence, edizione italiana n.1 2001. Prevenzione primaria pag 48-74. Vol.4° pag. 54
2. Hu FB, Stampfer MJ, Solomon C et al: "Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic woman", Ann Intern Med 2001; 135:930-1.
3. F.Schena, A. Luzi Crivellini, L.Terranova, M. Lanza, G. Raschellà, M. Valsecchi: La promozione della salute in pazienti diabetici. Atti del XXIX Congresso Nazionale SITI. Ferrara, 24-27 settembre 2000.
4. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance, N Engl J Med 2001.; 344:1343-50.
5. S.Z. Yanovzski SZ & Yanovzski JA: Drug Therapy:Obesity. N Engl J Med 2002.; 346:591-602.
6. Cohen: Superior Physician and the treatment of Hypertension. Arch Int Med 2002; 162:387-8.