

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

ESPERIENZE DI INTERSETTORIALITÀ NELLA PROMOZIONE DELLA CORRETTA ALIMENTAZIONE TRA CONDIVISIONE E RESILIENZA A PESARO E ALTRI COMUNI DELLA PROVINCIA DAL 2008

Elsa Ravaglia, Marialuisa Lisi e il Gruppo di lavoro intersettoriale informale 2014*

Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Area Vasta 1 Pesaro, ASUR Marche

SUMMARY (*Intersectorial experiences in healthy diet promotion among sharing and resilience in Pesaro and other towns of the Province since 2008*) - When different stakeholders work together sharing common goals, they entail better framing of the problem to be faced, greater dissemination of specific interventions and their greater effectiveness. Some initiatives are here reported, carried out by the Service for Food Hygiene and Nutrition in Pesaro (Marche region) since 2008, on the basis of Decree of May 4, 2007 "Gaining Health", concerning the promotion of correct nutrition and physical activity in several settings. Tenacity, patience, positive attitude and flexibility are essential qualities to conduct these health promotion activities.

Key words: healthy diet; intersectorial approach; resilience

elsa.ravaglia@sanita.marche.it

Introduzione

Lavorare in sinergia e con obiettivi comuni, tra diversi portatori di interessi, comporta migliore visione d'insieme del problema da affrontare, maggiore diffusione degli interventi stessi e conseguente maggiore efficacia (1). Fin dal 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la Carta di Ottawa, orienta gli individui e la collettività all'acquisizione di consapevolezza dei determinanti di salute e di malattia. Nel 2008, con il Piano d'azione europeo (2) e nel 2010 con le Global recommendations on physical activity for health (3) questo tipo di strategia si focalizza sulla promozione dei fattori di protezione, tra cui una migliore conoscenza dei criteri nutrizionali e la pratica di una costante attività fisica. Nel tempo, si è sviluppata la lotta agli sprechi e la Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) segnala come ciò si attua meglio nei Paesi in cui il settore agricolo è ben sviluppato e sostenuto da consumi consapevoli; ciò dovrebbe e/o potrebbe avvenire in Italia e nel bacino mediterraneo (4). Anche negli Stati Uniti si sta diffondendo l'attenzione alla corretta alimentazione, abbinata alla sostenibilità dei costi (5).

Nonostante quanto sopra esposto, ancora oggi, in campo alimentare, e non solo, vengono veicolati messaggi di promozione della salute spesso contraddittori che possono generare con-

fusione nelle diverse fasce d'età, risultando necessarie azioni intersettoriali per migliorare la situazione.

Materiali e metodi

Una delle strategie adottate dal Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) di Pesaro, dal 2008 a oggi, ispirata dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007 "Guadagnare salute", è stata la realizzazione, secondo i principi di ricerca-azione partecipata (6), di interventi comunicativi e pratici di promozione della corretta alimentazione e della sana attività fisica in vari ambiti. Si porta l'esperienza del territorio compreso tra il Comune di Pesaro e degli altri 7 Comuni (Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Monteciccardo, Montelabbate, Tavullia, Vallefoglia) che, all'interno dell'Area Vasta 1, costituiscono l'Ambito Territoriale Sociale 1 con una popolazione residente di circa 140.000 abitanti, in gran parte concentrati nel Comune di Pesaro. Nonostante notevoli difficoltà organizzative e istituzionali, nel corso degli anni il SIAN è riuscito a portare avanti forme di collaborazione tra enti diversi. Per ottenere questi risultati sono stati adottati approcci e competenze delineati nel documento "La Salute per tutte le politiche" (1), quali progettazione condivisa basata su criteri di evidenza e di efficacia che tenga conto della real-

tà locale, tempo dedicato, attenzione al monitoraggio e alla valutazione, rispetto delle persone e dei ruoli. La sfida costante è passare dalla teoria alla pratica e tutti coloro che vogliono lavorare in un'ottica intersettoriale dovrebbero possedere reale disponibilità all'incontro reciproco e all'accettazione delle opinioni altrui, tenacia, pazienza, atteggiamento positivo, flessibilità, resilienza.

Risultati

In Tabella si riportano alcune azioni sviluppate in modalità intersettoriale e in assenza di finanziamenti dedicati.

Alcuni interventi risultano ripetibili e riproducibili con piccoli aggiustamenti.

Conclusioni

In tempi difficili, ma stimolanti e in carenza progressiva di risorse, la nostra esperienza conferma la necessità di: valorizzare i metodi che si sono dimostrati efficaci; sviluppare formazione continua e congiunta su argomenti specifici e su tematiche organizzative; favorire gruppi sperimentali per un approccio innovativo capace di coinvolgere sempre più la realtà locale; favorire tempo dedicato al dialogo, al confronto e alla valutazione; non alzare muri, ma aprire strade e ponti intersettoriali e intergenerazionali, aprendo le istituzioni ai giovani e alla loro freschezza e, soprattutto, non rassegnarsi. ■

(*) Gruppo di lavoro intersettoriale informale 2014: Francesca Viti, Veronica Palmucci, Adriana De Simeis, Massimo Fresina (Dipartimento Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Area Vasta 1 Pesaro, ASUR Marche); Paola Battisodo (Comune di Pesaro); Carmen Pacini (Comune di Gradara - PU); Bruno Arcangeli, Carlo Marconi (Area Vasta 1 Pesaro, ASUR Marche); Roberto Lisotti, Cristina Comirato, Laura Brienza, Jessica Centioni (Istituto comprensivo scolastico "Pian del Bruscolo" Tavullia (PU); Nadia Vandi (Istituto Scolastico Comprensivo "G. Lanfranco" Gabicce Mare - PU); Marzia Cassani, Orietta Galassi (Sistemi di Gestione, Servizio Dietetico Società Cooperativa Gemos, Faenza - RA); Alberto Imperiale, Silvana Di Paolo (Dipartimento Salute Mentale, Centro Disturbi Alimentari, Area Vasta 1 Pesaro, ASUR Marche).

Tabella - Tipologia e caratteristiche peculiari di alcune azioni intersettoriali svolte dal 2008 a oggi. UOS Igiene della Nutrizione, Pesaro

Tipo di attività	Titolo, luogo e periodo di svolgimento	Attori coinvolti/partecipanti	Indicatori e relativo progresso	Criticità	Fattori di successo
Procedura	Procedura diete speciali nella ristorazione scolastica. Pesaro, dal 2008.	<i>Stesura e revisioni:</i> Gruppo di lavoro permanente multidisciplinare e intersettoriale: personale di dirigenza amministrativa comunale, dietiste, medici igienisti, pediatri, rappresentanti scuole. <i>Gestione corrente:</i> pediatri, dietista del Comune, medico del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN).	Richieste inappropriate di diete speciali di tipo sanitario su un totale di circa 3.500 pasti erogati quotidianamente. Riduzione da circa 140 (4%) nel 2010 a circa 90 (2,6%) nel 2015.	Assenza di un calendario prestabilito di incontri del Gruppo. Necessità di formazione continua congiunta.	Tenacia, disponibilità al confronto, flessibilità, rispetto delle persone e dei ruoli, resilienza.
Procedura e relativa comunicazione	Linee guida "Le cosiddette Diete Speciali". Gradara, dal 2013. Convegno "Alimentazione e salute dei bambini", presentazione linee guida "Le cosiddette Diete Speciali". Gradara, dicembre 2015.	<i>Stesura e revisioni:</i> Gruppo di lavoro: <i>idem</i> come sopra. Pubblicazione grazie al contributo economico della ditta di ristorazione appaltatrice del servizio. <i>Gestione corrente:</i> pediatri, funzionario del Comune, medico del SIAN. Assessore e funzionario Comune di Gradara, dietista e medico dell'ASUR, dietista del Comune di Pesaro, pediatra, psicologa del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA).	Volumetto dedicato. Stesura, pubblicazione e inserimento dal 2014 nel sito del Comune Gradara (7). Richieste inappropriate di diete speciali di tipo sanitario. Riduzione. Dieci accessi allo Sportello di Consulenza Nutrizionale dell'Azienda Sanitaria (8) di casi selezionati inviati dal Comune e dai pediatri per percorso condiviso. Realizzazione Convegno per la cittadinanza, 14 dicembre 2015.	<i>Idem</i> come sopra. Difficoltà a raggiungere un numero elevato di partecipanti al Convegno.	<i>Idem</i> come sopra. Riscontro di miglioramenti nello stile alimentare dei bambini e famiglie inviati allo Sportello. Partecipazione di <i>stakeholders</i> .
Servizio sperimentale	Sportello di consulenza nutrizionale (8). Pesaro, dal 2010.	Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e dietiste dell'UOS Igiene della Nutrizione, con coinvolgimento, a seconda dei casi, di: medico di medicina generale, medici specialisti, team specialistico CDCA, personale sanitario di Distretto, altri.	Sportello ad accesso libero e/o su richiesta medica: soddisfacimento delle richieste (100%). Nel 2015: 391 accessi per 93 utenti, di cui 20 seguiti in modalità intersettoriale.	Carenza di personale e di attrezzature. Un solo giorno di apertura/settimana.	Alcuni casi di mobilità attiva per "passaparola" tra utenti. Creazione di ponti interdisciplinari e intersettoriali. Accoglienza, atteggiamento non giudicante, rispetto, tempo dedicato, flessibilità, resilienza. Formazione.
Progetto	"Laboratorio di cucina", Gradara, 2013 e 2014 evoluto in "Alimentazione e salute", 2016	Famiglie di bambini che frequentano scuola infanzia e primaria, personale mensa, personale scolastico e sanitario, funzionari comunali.	Otto laboratori teorico-pratici sulla corretta alimentazione. Svolgimento con libretto di supporto. Gradimento di alcuni piatti a base di verdure, legumi e pesce presenti nei menu scolastici. Inversione da totalmente rifiutati a totalmente accettati.	Risultato transitorio, necessità di continuare nell'opera di sensibilizzazione e verifica.	Capacità di mettersi in gioco, disponibilità al confronto, flessibilità.
Progetto (inserito nel piano formativo scolastico - POF - dell'Istituto)	HBSC comunicazione "Insieme per cambiare", Montelabbate (PU), a.s. 2014-15.	Tre classi di scuola secondaria di primo grado e relative famiglie, personale scolastico e sanitario, amministrazione comunale, aziende alimentari.	Consumi quotidiani di frutta e verdura. Incremento nel 33% degli studenti.	<i>Idem</i> come sopra.	Tenacia, disponibilità al confronto, flessibilità, rispetto delle persone e dei ruoli, resilienza.
Progetto	Corretta alimentazione e benessere psicologico. Pesaro, dal 2010.	Dietista del SIAN e psicologa del CDCA 20 classi/anno di scuole superiori.	Incontri esperienziali e teorici su corretta alimentazione/cultura dell'immagine nella pubblicità.	Carenza di personale. Scarsa valutazione risultati.	Capacità di mettersi in gioco, disponibilità al confronto, flessibilità.
Progetto inserito nel POF dell'Istituto	"A scuola di... menu". Vallefoglia, dal 2014.	Cinque classi di scuole primarie e famiglie, personale mensa, scolastico e sanitario, funzionari comunali.	Gradimento menu scolastico. Interventi didattici ed esperienziali con le insegnanti. Miglioramento nel 25% dei piatti.	Risultato transitorio, necessità di continuare nell'opera di sensibilizzazione e verifica.	Tenacia, disponibilità al confronto, flessibilità, rispetto delle persone e dei ruoli, resilienza.
Progetto inserito nei Piani Regionali di Prevenzione dal 2010 (9)	Il mercoledì della frutta. Tutti i Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 1, dal 2008.	Istituti comprensivi dell'ambito territoriale dal 2008 (annualmente partecipano circa 4.000-4.500 bambini/ragazzi).	Consumo merenda di metà mattina adeguata a scuola. Contribuito al miglioramento rilevato da OKkio alla Salute: in Area Vasta 1 dal 3% del 2008 al 37% del 2014 (10).	Il monitoraggio, seppure semplice, nel tempo è sempre meno gradito.	Capillarità e costanza dell'offerta del progetto. Tenacia, atteggiamento positivo, rispetto delle persone e dei ruoli, resilienza.

Ringraziamenti

Si ringraziano Massimo Agostini, direttore del Dipartimento di Prevenzione Area Vasta 1 e Patrizia Mattei, direttore SIAN Area Vasta 1, per aver consentito la prosecuzione dei lavori descritti in questo articolo.

Si ringrazia Stefania Castellini, medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, tirocinante presso il SIAN Area Vasta 1, per la collaborazione.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. EuroHealthNet. La salute per tutte le politiche; 2012 (http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Final%20Crossing%20Bridges%20Publication%20IT_01.pdf).
2. World Health Organization. *European Action Plan For Food And Nutrition Policy 2007-2012*; 2008.
3. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*; 2010.
4. CIHEAM/FAO. *Mediterranean food consumption patterns: diet, environment, society, economy and health*. A White Paper Priority 5 of Feeding Knowledge Programme, Expo Milan 2015. CIHEAM-IAMB, Bari/FAO, Rome.
5. Environmental Working Group. *Good Food on a tight budget. A shopping guide*. Washington; 2012 (<http://static.ewg.org/reports/2012/goodfood/pdf/goodfoodonatightbudget.pdf>).
6. Minkler M, Chang C. Coinvolgimento delle comunità nella ricerca azione partecipata. In: Guest C, Ricciardi W, Kawachi I, Lang I. *Manuale Oxford di Sanità Pubblica*. Edizione italiana. Ricciardi W, Palombi L. (Ed.). Padova: Piccin Nuova Libreria SpA; 2015. p. 208-19.
7. Pacini C. (Ed.). *Le cosiddette diete speciali. Linee guida nella ristorazione scolastica*; 2014 (www.comune.garda.pu.it/fileadmin/grpmnt/5513/Linee_guida_diete_speciali.pdf).
8. Ravaglia E, Lisi M, Viti F. Gli interventi di promozione della nutrizione corretta. In: Calamo Specchia F. (Ed.). *Manuale critico di Sanità Pubblica*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore; 2015. p. 803-9.
9. Regione Marche. *Deliberazione della Giunta Regionale 15 luglio 2015, n. 540. Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018*.
10. Ravaglia E, Mattei P. (Ed.). *OKkio alla salute, Risultati dell'indagine 2014*. ASUR Area Vasta 1 (www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportazionedate2014/Area%20Vasta%201.pdf).

VALUTAZIONE DEL BENEFICIO DELLO SCREENING SULLA QUALITÀ DELLA VITA DEI MALATI DI TUMORE DEL COLON-RETTO (INCIDENTI 2005-10) IN PROVINCIA DI MANTOVA, CON L'UTILIZZO DEI DATI DA REGISTRO TUMORI E FLUSSI INFORMATIVI CORRENTI

Linda Guarda¹, Cristina Mazzi², Corrado Rosario Asteria³ e Paolo Ricci¹

¹Osservatorio Epidemiologico, Agenzia Tutela della Salute Val Padana-Sede Territoriale di Mantova; ²Azienda Socio Sanitaria Territoriale Carlo Poma di Mantova; ³Scuola di Economia, Management e Statistica, Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Bologna

SUMMARY (*How to evaluate the benefit in quality of life of screen-detected patients affected by colorectal cancer vs symptomatic ones using Cancer Registry and administrative database of local health unit*) - The aim of this study is to calculate OR for aggressive treatments with logistic regression, gain in disease-free days and saving in health expenses calculated with linear regression. The analysis is adjusted for age and sex using people who have never had the FOB test as reference. OR is 0.35 for chemo/radiotherapy, 0.57 for invasive surgery, 0.38 for permanent ostomy; 5,508 € is the saving in health expenses.

Key words: colorectal cancer; colorectal cancer screening; quality of life

linda.guarda@ats-valpadana.it

Introduzione

Il programma di screening del colon-retto in provincia di Mantova ha avuto avvio nel 2005 e a oggi copre l'intera popolazione: offre agli assistiti tra i 50 e i 69 anni la possibilità, con round biennali a chiamata personale, di effettuare gratuitamente il test del sangue occulto nelle feci. Nel 2014 il programma ha ottenuto un'adesione al primo invito di circa il 47%.

Mentre i benefici dei programmi di screening sulla prognosi della malattia sono noti, l'interesse è rivolto agli effetti sulla qualità della vita. Si è voluto quindi valutare l'impatto dello screening non solo in termini di incremento della sopravvivenza in giorni, tal quale o libera

dalla malattia, ma anche di qualità della vita valutata con l'utilizzo di proxy ricavabili dai flussi informativi correnti disponibili nelle aziende sanitarie territoriali.

Materiali e metodi

La popolazione in studio è definita dai casi incidenti tra il 2005 e il 2010 di tumore maligno del colon-retto, con età compresa tra i 50 e i 69 anni, individuati dal Registro Tumori della provincia di Mantova (975 casi: 38% femmine e 62% maschi). Il flusso informativo della specialistica ambulatoriale ha permesso di individuare i soggetti aderenti al programma prima dell'incidenza del tumore (416 aderenti corrispondenti al 43% del totale, di cui però 16 non considerati

nelle analisi perché non più aderenti al round successivo). Sono considerati non aderenti i casi che non hanno mai eseguito il test prima dell'incidenza della malattia: 559 (38% femmine e 62% maschi). Le analisi statistiche si riferiscono quindi a 959 casi, 400 aderenti e 559 non aderenti.

La qualità della vita è stata misurata tramite proxy, reperibili dai flussi sanitari correnti e trattati come variabili dicotomiche: aver effettuato chemio o radioterapia sia in regime di ricovero (diagnosi V581 e V580) che in regime ambulatoriale (prestazioni 9925*, 922* e 9985); essere stati sottoposti a un intervento invasivo (schede di dimissione ospedaliera - SDO: procedure 4573, 4575, 485*-489*, 458*, ►

Tabella - Risultati di regressione logistica

Indicatori	n.	%	Odds ratio ^a	IC 95% inferiore	IC 95% superiore
Chemio/radioterapia					
Non aderenti	359	64,22	Rif. ^b	Rif. ^b	Rif. ^b
Aderenti	158	39,50	0,35	0,27	0,46
Intervento invasivo					
Non aderenti	371	76,65	Rif. ^b	Rif. ^b	Rif. ^b
Aderenti	224	65,12	0,57	0,42	0,78
Stomia permanente					
Non aderenti	70	12,52	Rif. ^b	Rif. ^b	Rif. ^b
Aderenti	21	5,25	0,38	0,23	0,64
Sopravvivenza a 4 anni					
Non aderenti	364	65,59	Rif. ^b	Rif. ^b	Rif. ^b
Aderenti	347	86,75	3,37	2,40	4,72

(a) Corretti per genere ed età; (b) Riferimento

490*-497*, 499* intervento invasivo, rispetto a procedure 454*, 480*-484*, 4571, 4572, 4574, 4576, 4579 intervento non invasivo); dover convivere con una stomia permanente (procedure SDO 460*, 461*, 462*, 463*, 4862 a indicare stomia aperta permanentemente se non seguita dalla procedura 465* di chiusura stomia). Gli odds ratio (OR) sono stati calcolati attraverso regressioni logistiche.

La spesa sanitaria nei 2 anni successivi alla diagnosi è stata calcolata come somma di tutti i consumi sanitari relativi a ricoveri, prestazioni ambulatoriali e farmaceutica e reperita nelle banca dati assistiti (BDA) degli anni di interesse. La BDA è uno strumento epidemiologico realizzato tramite link informatici che la regione Lombardia ha promosso al fine di classificare ciascun assistito in base alle patologie croniche che lo interessano e alla spesa sanitaria effettuata nell'anno di riferimento, suddivisa per voci. Questo è permesso dall'integrazione dei flussi amministrativi disponibili nell'azienda sanitaria territoriale.

Nell'analisi effettuata la spesa sanitaria non è stata utilizzata con interesse puramente economico, bensì considerata come indicatore della qualità della vita; infatti maggiore è la spesa, maggiori e/o più specialistiche sono le cure e le indagini diagnostiche effettuate, peggiore è lo stato di salute e quindi la qualità della vita. Tale spesa, totale e divisa per ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale e farmaci, è valutata tramite regressione lineare corretta per età e genere, limitatamente ai sopravvissuti a 3 anni dalla diagnosi.

Il follow up dei casi al 31 dicembre 2014 è stato effettuato tramite record linkage con l'anagrafe degli assistiti e, per i casi in cui non fosse possibile reperire l'informazione sullo stato in vita perché non più assistiti in regione Lombardia, il

follow up è avvenuto tramite il contatto diretto per via telefonica con i Comuni di residenza, come da prassi del Registro Tumori (nessun perso al follow up).

I giorni di vita liberi da malattia sono calcolati a partire dall'ultimo evento sfavorevole, definito come ricovero ospedaliero con codice di tumore (SDO diagnosi 140*-208*, intervento sulla stomia o sessione di chemio/radioterapia). La valutazione è avvenuta tramite regressione lineare sui giorni di vita così calcolati.

È stato calcolato l'OR sulla sopravvivenza osservata a quattro anni dalla diagnosi (sopravvissuto sì/no) tramite regressione logistica. Il modello di Cox è stato usato per stimare il rapporto tra rischi di decesso. Tutte le analisi sono corrette per genere ed età.

Risultati

Il 41% dei casi incidenti di tumore del colon-retto tra il 2005 e il 2010 aveva effettuato entro i due anni precedenti l'incidenza il test della ricerca del sangue occulto nelle feci, attraverso il programma di screening. Gli OR calcolati e riportati in Tabella suggeriscono che l'aderenza al programma di screening ha un effetto protettivo statisticamente significativo sul trattamento di radio o chemioterapia, sull'invasività dell'intervento, e sulla necessità di portare una stomia permanente. La probabilità di sopravvivenza a 4 anni dalla diagnosi è più che triplicata come riportato in Tabella e la sopravvivenza libera da malattia è pari mediamente a 91 giorni in più nei 4 anni successivi alla diagnosi (IC 95%: 37-144). Tramite il modello di Cox è stato stimato un hazard ratio di 0,38 (IC 95%: 0,29-0,49).

Tra i sopravvissuti a 3 anni, la spesa per ricoveri ospedalieri nei primi due anni è minore di € 5.508 (IC 95%: 3912-7103),

quella per farmaci è minore di € 878 (IC 95%: 170-1.585), mentre quella per specialistica ambulatoriale è minore di € 456 (IC 95%: 75-837).

Conclusioni

Il lavoro evidenzia come, attraverso l'utilizzo analitico delle informazioni disponibili nei diversi flussi correnti dei consumi sanitari, sia possibile valutare l'efficacia di un programma di screening a livello di popolazione target che vada oltre la mera sopravvivenza, per esplorare alcuni outcome correlabili alla qualità della vita dei pazienti. Pur avendo l'informazione nella BDA, non è stata effettuata la correzione per comorbidità già presenti alla data d'incidenza dei casi e nemmeno per la presenza di tumori multipli. Si è ritenuto infatti, a priori, che queste discriminanti non potessero condizionare l'adesione al programma di screening e quindi, verosimilmente, non potessero costituire fattori confondenti nella stima dell'associazione tra adesione allo screening e qualità della vita.

Dalle analisi condotte emerge chiaramente che chi partecipa al programma di screening ha complessivamente una prognosi migliore rispetto a chi non si sottopone al test della ricerca del sangue occulto nelle feci. Infatti, oltre al dato atteso della maggior sopravvivenza, si evidenzia anche una maggior sopravvivenza libera da malattia, un minor ricorso a interventi chirurgici particolarmente invasivi, minore necessità di chemio o radioterapia, nonché minore probabilità di stomia permanente. Anche la più bassa spesa sanitaria degli aderenti suggerisce un minor ricorso al servizio sanitario nazionale e quindi un migliore stato di benessere.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, P. Luzi
Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp
e-mail: ben@iss.it