

## **La prevenzione a tavola**

**Alessandro Filippi, Giuseppe Ventriglia, Medici Generali SIMG**

Ogni giorno si ribadisce l'importanza di una corretta dieta come elemento indispensabile per ogni intervento preventivo, anche in ambito cardiovascolare.

Su quali evidenze e su quali punti di consenso si basano queste affermazioni? Quali possibilità reali esistono per il medico generale che quotidianamente deve tradurre in consigli accettabili le indicazioni delle linee-guida internazionali?

### **1. La terapia dietetica è efficace?**

La terapia dietetica si è rivelata efficace nel ridurre la colesterolemia in modo significativo e nel ridurre la mortalità per cardiopatia ischemica; la dieta iposodica nell'abbassare i livelli pressori con efficacia pari a quella di un farmaco antipertensivo. Un'alimentazione ricca di frutta, vegetali, pesce, pollame e di cereali non raffinati riduce il rischio di malattia coronaria e di ictus.

### **2. La terapia dietetica mantiene l'efficacia nella pratica clinica?**

Un elemento critico è l'applicabilità delle indicazioni nella pratica clinica. In realtà gli studi disponibili in materia – peraltro molto eterogenei tra loro – mostrano risultati non esaltanti: riduzioni molto modeste del colesterolo (1-5%), peggioramento del rapporto colesterolo totale/HDL, scarsi risultati sull'obesità, ecc. È certamente diverso raggiungere risultati apprezzabili in un setting di ricerca piuttosto che nella vita reale di ogni giorno... Eppure qualche dato incoraggiante si è avuto anche in Italia (studio ADI-SIMG).

### **3. È giusto richiedere ai medici generali di investire sforzi certamente notevoli per tentare di migliorare le abitudini alimentari dei pazienti?**

I pareri in merito sono discordi. Alcuni studiosi pongono l'accento sul grande sforzo richiesto alla medicina generale per adeguarsi ogni volta alle continue richieste d'implementazione delle misure preventive a fronte dei dati non incoraggianti sul rapporto costo/efficacia di questi interventi. Altri, ribadendo l'importanza strategica delle misure alimentari nell'ambito della politica sanitaria, richiedono un impegno anche maggiore da parte dei medici generali sul counselling alimentare.

In sintesi, a fronte dell'efficacia preventiva delle modificazioni alimentari, non è chiaro né come si

debba programmare una strategia d'intervento basata sulla medicina generale, né se questo sforzo sia possibile con le risorse disponibili, né se il rapporto costo/beneficio sia così favorevole a fronte di altri interventi possibili.

#### **4. Esistono punti di consenso?**

In attesa che politici, economisti e studiosi vari forniscano indicazioni più chiare, il medico generale deve comunque agire nei confronti dei suoi pazienti. Qui di seguito una sintesi dei punti meglio definiti; i primi 10 sono "professionali", gli altri di ordine generale, politico e gestionale:

1. Tutti i pazienti devono poter disporre di un'informazione alimentare almeno di minima (ad es. materiale scritto standard).
  2. Le persone a maggior rischio devono avere la possibilità di discutere delle misure inerenti allo stile di vita e all'alimentazione e, se lo desiderano, devono poter avere un aiuto professionale per migliorare lo stile alimentare.
  3. Il supporto professionale di primo livello è generalmente sufficiente e può essere fornito dalla medicina generale; il medico generale deve quindi avere una preparazione adeguata a questo compito.
  4. Se il medico generale non ha il tempo o la competenza per svolgere questo compito deve indirizzare il paziente (che lo desidera) ad un servizio adeguato.
  5. Qualora le problematiche del paziente superino le competenze del medico generale (o qualora il paziente ad alto rischio lo desideri) è necessario ricorrere a strutture specialistiche.
  6. Nei pazienti ad alto rischio con livelli di colesterolo molto elevati, la dieta corretta non eviterà probabilmente l'uso di farmaci, ma potrà consentire l'uso di dosi inferiori o il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.
  7. Nei pazienti con ipercolesterolemia familiare i dati sull'utilità della dieta sono limitati e l'uso di farmaci inevitabile, ma le misure alimentari vanno comunque proposte ed incoraggiate.
  8. La motivazione del paziente consente di ottenere ottimi risultati con un aiuto minimo.
  9. La scarsa adesione o il rifiuto da parte del paziente della terapia dietetica non sono motivi sufficienti per negare una terapia farmacologica a chi presenta un rischio CV elevato.
  10. Gli schemi dietetici sono ampiamente disponibili, ma la strategia migliore, almeno inizialmente, sembra essere quella che punta al cambiamento dello stile alimentare dell'intero nucleo familiare, unito all'aumento dell'esercizio fisico (fig. 1)
- 
- a. Gli interventi sulla preparazione degli alimenti industriali sono una premessa indispensabile per ottenere risultati importanti con la terapia dietetica a livello di popolazione.
  - b. Gli interventi di educazione alimentare da parte dei medici generali devono essere integrati in una strategia globale che rinforzi la loro azione e che eviti messaggi contraddittori.
  - c. I medici devono essere sostenuti sul piano organizzativo e motivati da un punto di vista professionale per poter attuare un livello minimo e diffuso di counselling alimentare.
  - d. Prima di richiedere ulteriori sforzi di formazione specifica ai medici generali deve esserne chiara

- la finalità, devono essere assicurate le condizioni organizzative perché essa trovi reali sbocchi professionali, deve essere chiaro il favorevole rapporto impegno/efficacia della formazione.
- e. Prima di chiedere un maggiore impegno ai medici, deve essere dimostrato il favorevole rapporto costo/efficacia dell'intervento educativo nel setting della medicina generale italiana.

Quotidianamente      Settimanalmente      Mensilmente

Carne  
Dolci  
Uova  
Pollo  
Pesce  
Latticini  
Olio d'oliva

Frutta      Fagioli e  
                 frutta secca

Vegetali

Amidi e cereali  
Esercizio fisico quotidiano

## Bibliografia di riferimento

- 1) Arterburn D, Hitchcock Noel P Obesity BMJ 2001; 322: 1406-1409
- 2) Ashley JM & Al Weight control in the physician's office Arch Intern med 2001;161:1599-604
- 3) Atherosclerosis 1998;140:199-270
- 4) Decreto ministero della sanità n° 7 del 22-12-2000 (GU 10-1-2001)
- 5) Ebrahim S, Davey Smith H Multiple risk interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochrane review) The Cochrane Library 2001 Issue 3
- 6) Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood

**Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)** JAMA 2001; 285:

Task Force report Prevention of CHD in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention

7) Fung T & Al. Dietary patterns and risk of coronary heart disease in women Arch Intern Med 2001;161:1857-62

8) Hooper L & Al Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review BMJ 2001; 322:757-763

9) Hooper L & Al Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease (Cochrane review The Cocherane Library 2001 Issue 3

10) Lazovich D & Al Implementing a dietary intervention in primary care practice: a process evaluation Am J Health Promot 2000; 15:118-25

11) Moore H & Al Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective Fam Pract 2000; 17:197-202

12) Moore TJ & Al DASH diet is effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension Hypertension 2001;38:155-8

13) NHLSI Obeisty guidelines 1998

14) Nutrition Screening Initiative Nutritional strategies efficacious in the prevention or treatment od CHD Nutrition Screening Initiative 1998

15) Poustie VJ, Rutherford P Dietary treatment for familial hypercholesterolaemia (Cochrane review) The Cochrane Library 2001 Issue 2

16) Prince D & Al Observed changes in the lipid profile and calculated coronary risk in patients given dietary advice in primary care Br J Gen Pract 2000;50:712-5

17) Ruiz Garcia A & Al Continued medical education about the dislipaemia management in population between 65 to 75 years old Act Primaria 2001;27:250-7

18) Sacks FM & Al Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the DASH diet N En J Med 2001; 344:3-10

19) SPREAD Ictus cerebrale: linee guida italiane ([www.spread.it](http://www.spread.it))

20) Toop L, Richards D Preventing cardiovascular disease in primary care BMJ  
2001;323:246-7

