

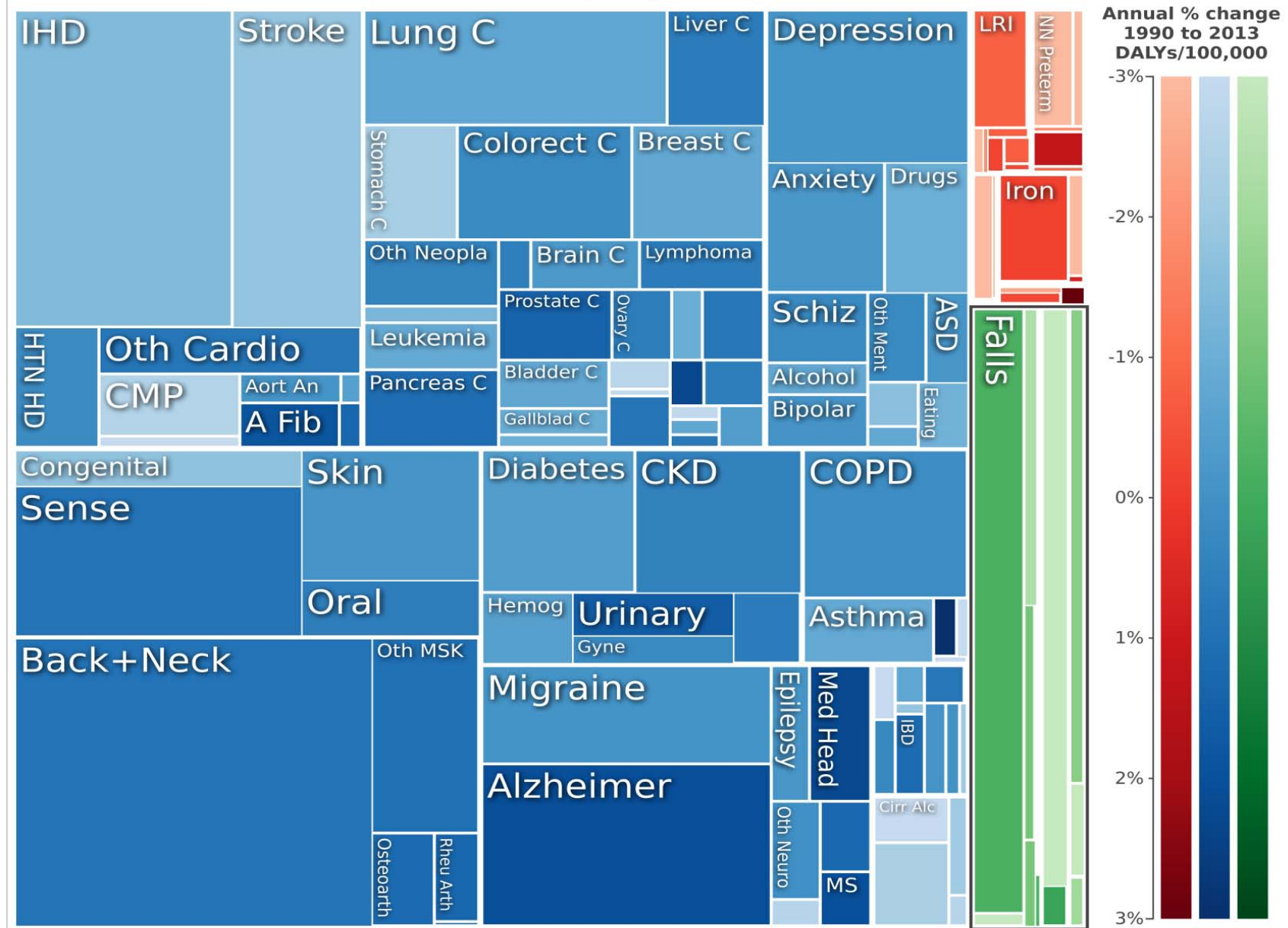
Dallo screening alla prevenzione primaria: le sinergie da cogliere ?

Livia Giordano – CPO Piemonte



Italy

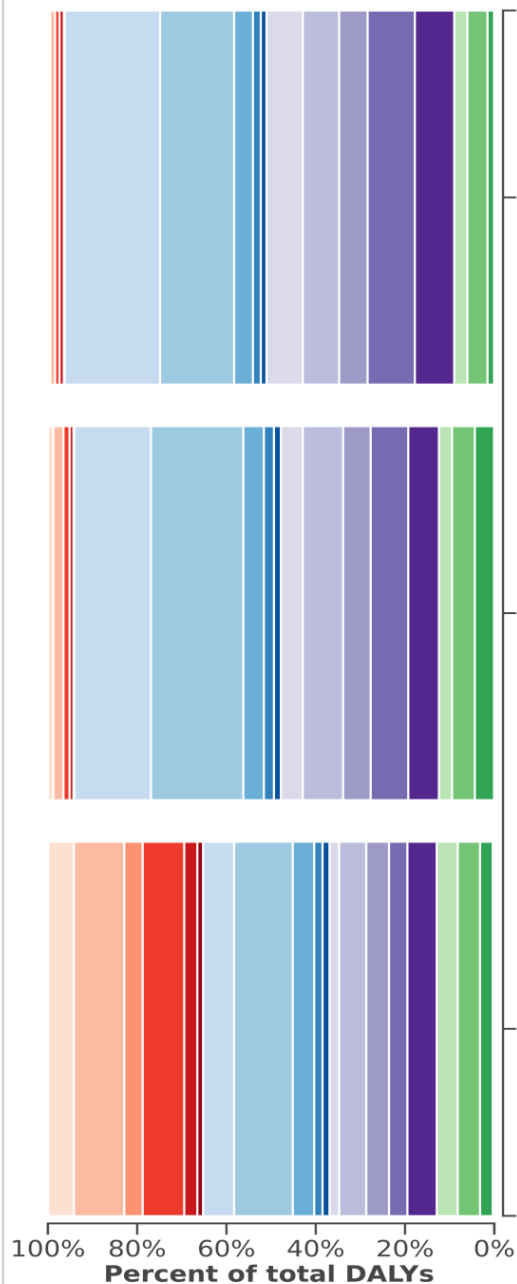
Both sexes, All ages, 2013, DALYs



From: GBD 2013

Males, All ages, 2013

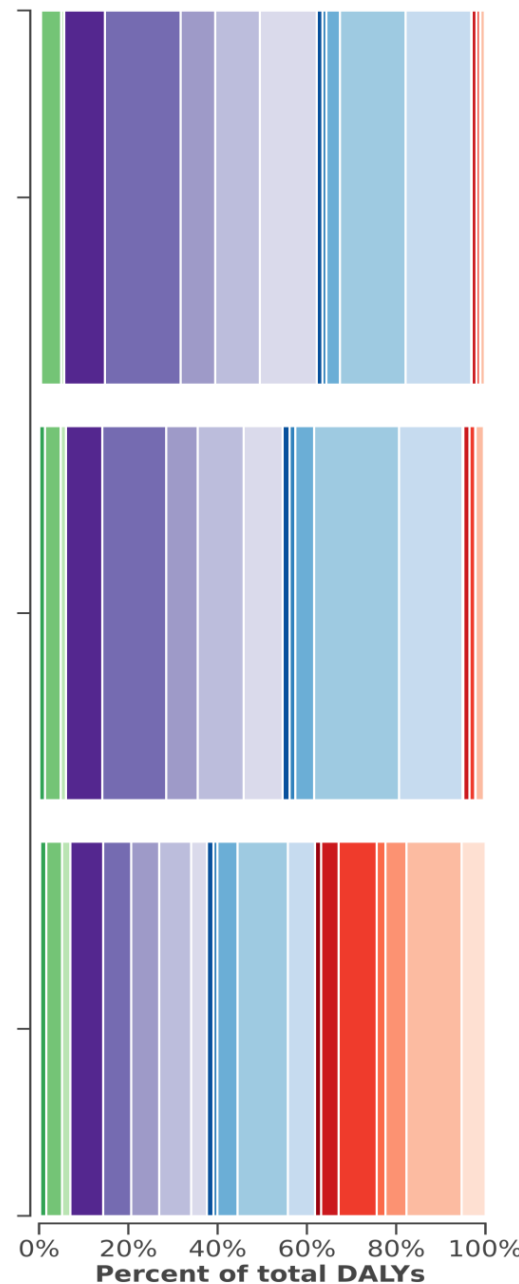
Females, All ages, 2013



Italy

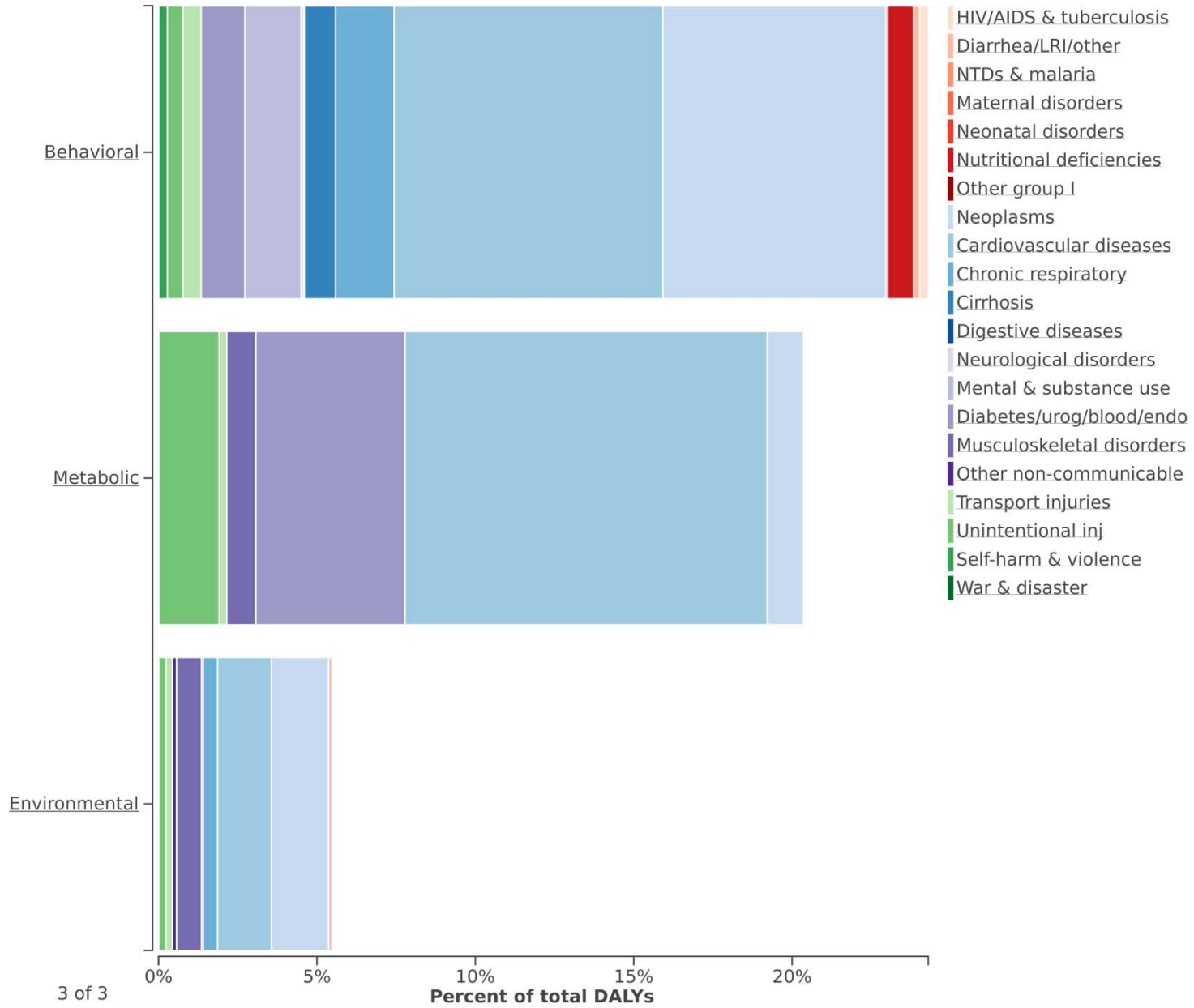
Developed

Developing

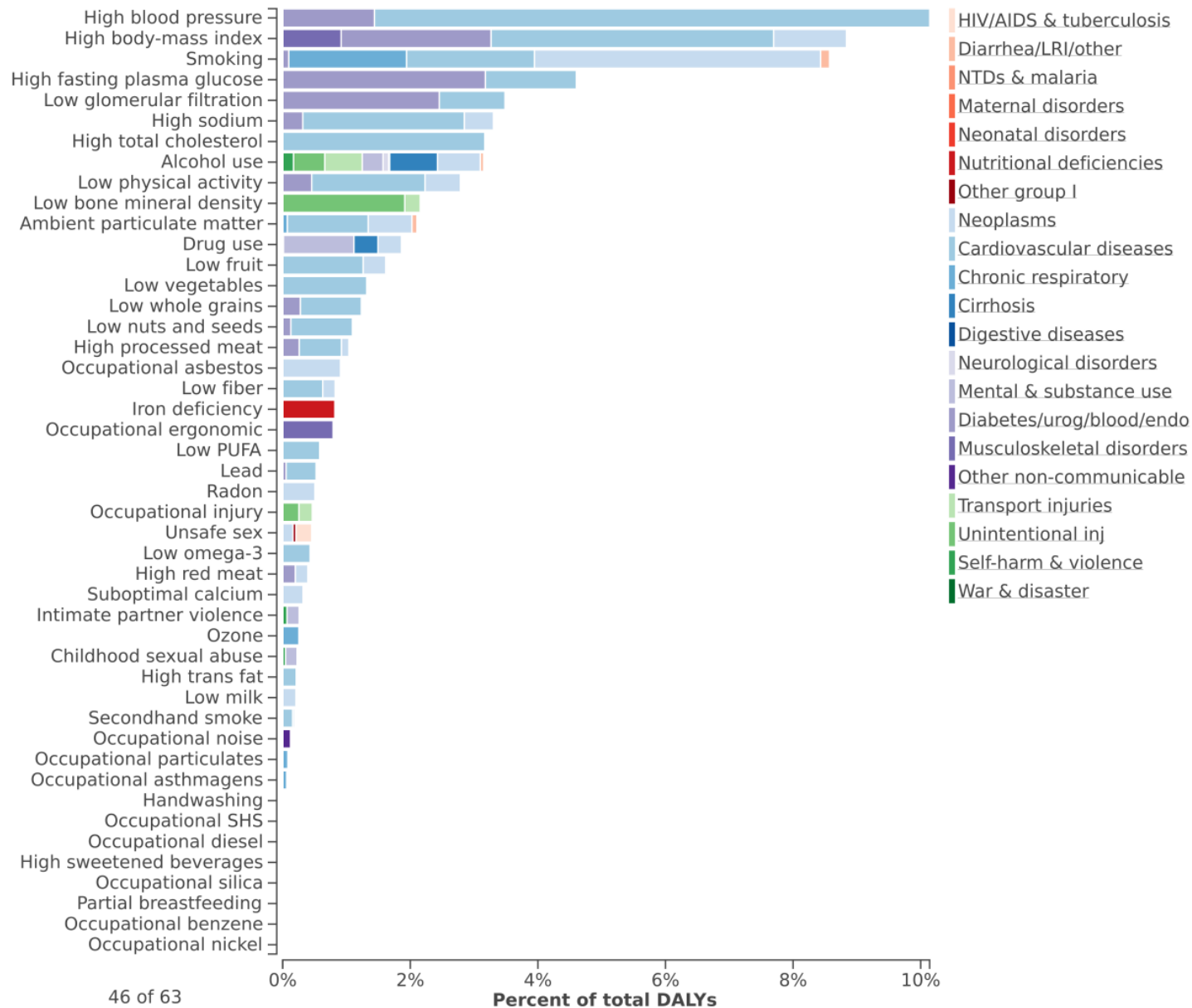


- HIV/AIDS & tuberculosis
- Diarrhea/LRI/other
- NTDs & malaria
- Maternal disorders
- Neonatal disorders
- Nutritional deficiencies
- Other group I
- Neoplasms
- Cardiovascular diseases
- Chronic respiratory
- Cirrhosis
- Digestive diseases
- Neurological disorders
- Mental & substance use
- Diabetes/urog/blood/endo
- Musculoskeletal disorders
- Other non-communicable
- Transport injuries
- Unintentional inj
- Self-harm & violence
- War & disaster

Italy, Both sexes, All ages, 2013



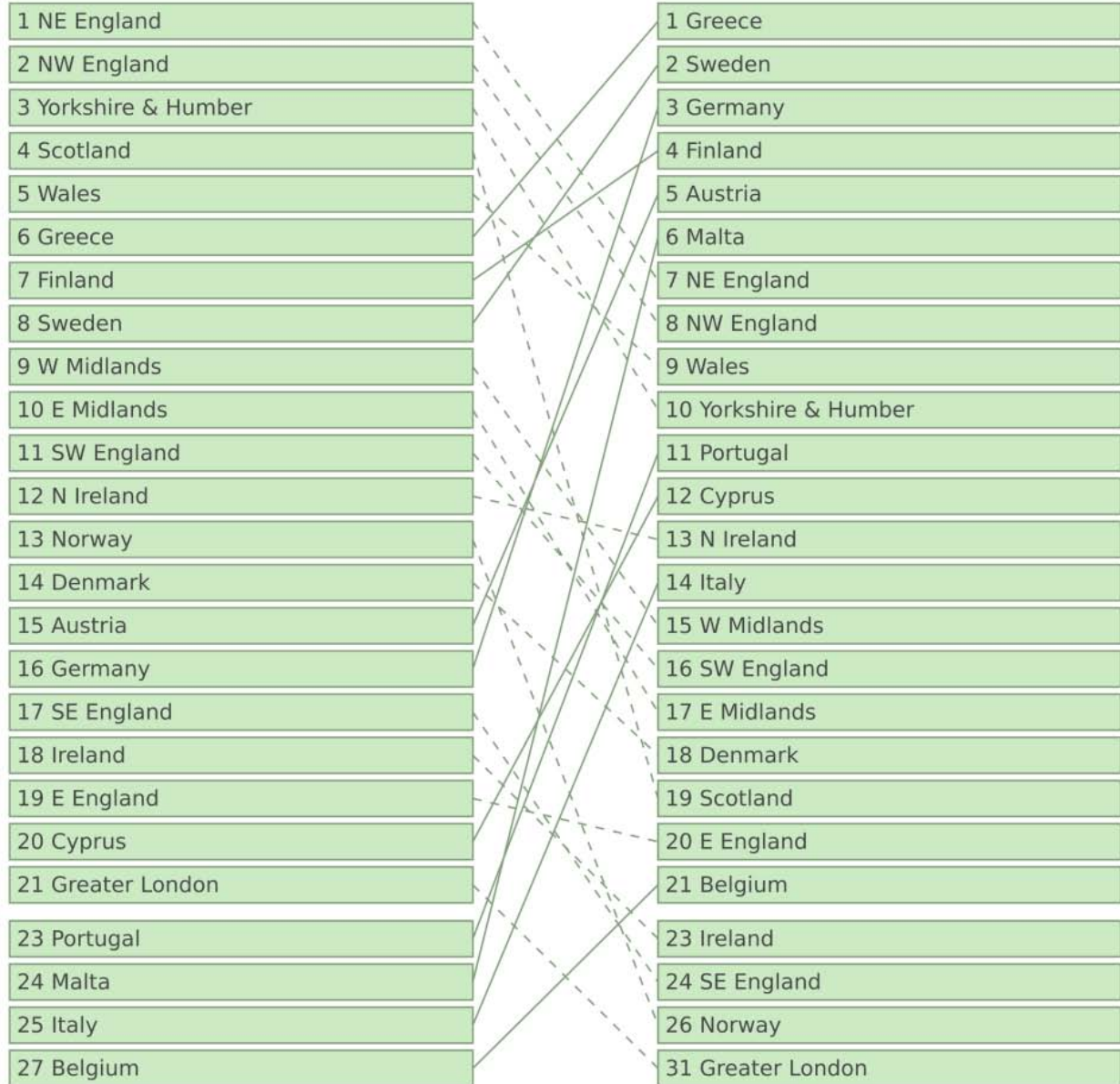
Italy, Both sexes, All ages, 2013



Cardiovascular diseases
Both sexes, All ages, Percent of total DALYs

1990 rank

2013 rank

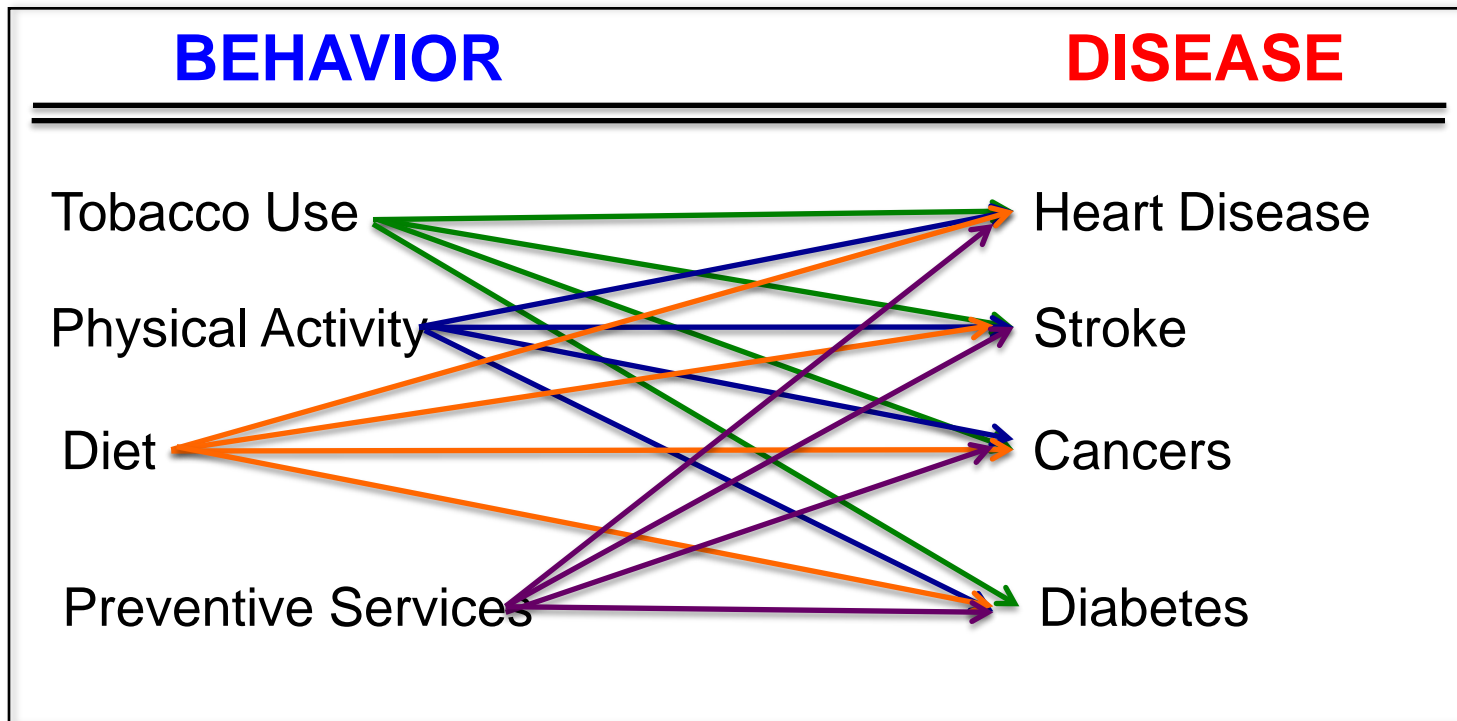


- Southeast Asia, East Asia, and Oceania
- Central Europe, Eastern Europe, and Central Asia
- High-income
- Latin America and Caribbean
- North Africa and Middle East
- South Asia
- Sub-Saharan Africa



Behavioral Determinants

- Virtually ALL of the top 10 leading causes of death in adults are moderately to **STRONGLY** influenced by lifestyle patterns and behavioral factors





World
Cancer
Research Fund



American
Institute for
Cancer Research

**Food, Nutrition,
Physical Activity,
and the Prevention
of Cancer:**
a Global Perspective

PHYSICAL ACTIVITY, AND THE RISK OF CANCER

In the judgement of the Panel, physical activity¹ modifies the risk of the following cancers. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Colon ²	
Probable	Breast (postmenopause) Endometrium	
Limited — suggestive	Lung Pancreas Breast (premenopause)	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

1 Physical activity of all types: occupational, household, transport, and recreational.

2 Much of the evidence reviewed grouped colon cancer and rectal cancer together as 'colorectal' cancer. *The Panel judges that the evidence is stronger for colon than for rectum.*

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCERS OF THE COLON AND THE RECTUM

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancers of the colon and the rectum. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	<p>Physical activity^{1 2}</p>	<p>Red meat^{3 4}</p> <p>Processed meat^{4 5}</p> <p>Alcoholic drinks (men)⁶</p> <p>Body fatness</p> <p>Abdominal fatness</p> <p>Adult attained height⁷</p>
Probable	<p>Foods containing dietary fibre⁸</p> <p>Garlic⁹</p> <p>Milk^{10 11}</p> <p>Calcium¹²</p>	<p>Alcoholic drinks (women)⁶</p>
Limited — suggestive	<p>Non-starchy vegetables⁹</p> <p>Fruits⁹</p> <p>Foods containing folate⁸</p> <p>Foods containing selenium⁸</p> <p>Fish</p> <p>Foods containing vitamin D^{8 13}</p> <p>Selenium¹⁴</p>	<p>Foods containing iron^{4 8}</p> <p>Cheese¹⁰</p> <p>Foods containing animal fats⁸</p> <p>Foods containing sugars¹⁵</p>
Limited — no conclusion	<p>Cereals (grains) and their products; potatoes; poultry; shellfish and other seafood; other dairy products; total fat; fatty acid composition; cholesterol; sugar (sucrose); coffee; tea; caffeine; total carbohydrate; starch; vitamin A; retinol; vitamin C; vitamin E; multivitamins; non-dairy sources of calcium; methionine; beta-carotene; alpha-carotene; lycopene; meal frequency; energy intake</p>	
Substantial effect on risk unlikely	<p>None identified</p>	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE BREAST (PREMENOPAUSE)

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the breast (premenopause). Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Lactation	Alcoholic drinks
Probable	Body fatness	Adult attained height ¹ Greater birth weight
Limited — suggestive	Physical activity ²	
Limited — no conclusion	Cereals (grains) and their products; dietary fibre; potatoes; vegetables; fruits; pulses (legumes); soya and soya products; meat; poultry; fish; eggs; milk and dairy products; fats and oils; total fat; vegetable fat; fatty acid composition, <i>trans</i> -fatty acids; cholesterol; sugar (sucrose); other sugars; sugary foods and drinks; coffee; tea; carbohydrate; starch; glycaemic index; protein; vitamin A; riboflavin; vitamin B6; folate; vitamin B12; vitamin C; vitamin D; vitamin E; calcium; iron; selenium; carotenoids; isoflavones; dichlorodiphenyldichloroethylene; dichlorodiphenyltrichloroethane; dieldrin; hexachlorobenzene; hexachlorocyclohexane; <i>trans</i> -nonachlor; polychlorinated biphenyls; dietary patterns; culturally defined diets; adult weight gain; energy intake; being breastfed	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE BREAST (POSTMENOPAUSE)

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the breast (postmenopause). Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Lactation	Alcoholic drinks Body fatness Adult attained height ¹
Probable	Physical activity ²	Abdominal fatness Adult weight gain
Limited — suggestive		Total fat
Limited — no conclusion	Cereals (grains) and their products; dietary fibre; potatoes; vegetables and fruits; pulses (legumes); soya and soya products; meat; poultry; fish; eggs; milk and dairy products; fats and oils; vegetable fat; fatty acid composition; cholesterol; sugar (sucrose); sugary foods and drinks; coffee; tea; carbohydrate; starch; glycaemic index; protein; vitamin A; riboflavin; vitamin B6; folate; vitamin B12; vitamin C; vitamin D; vitamin E; calcium; iron; selenium; carotenoids; isoflavones; dichlorodiphenyldichloroethylene; dichlorodiphenyltrichloroethane; dieldrin; hexachlorobenzene; hexachlorocyclohexane; <i>trans</i> -nonachlor; polychlorinated biphenyls; dietary patterns; culturally defined diets; birth weight; birth length; energy intake; being breastfed	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE CERVIX

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the cervix. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing		
Probable		
Limited — suggestive	Carrots ¹	
Limited — no conclusion	Non-starchy vegetables; fruits; milk; retinol; vitamin E; alcoholism ² ; body fatness; adult attained height.	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

- Judgements on vegetables and fruits do not include those preserved by salting and/or pickling.
- Although data suggest that alcoholism is related to increased risk, the Panel concludes that this is likely to be due to factors other than alcohol intake itself.

For an explanation of all the terms used in the matrix, please see chapter 3.5.1, the text of this section, and the glossary.



The Panel concludes:

There is limited evidence suggesting that carrots protect against cervical cancer. The evidence is too limited to conclude that any aspect of food, nutrition, and physical activity directly modifies the risk of this cancer.

7.13.3 Other established causes

(Also see chapter 2.4 and 7.1.3.1.)

Life events. Early sexual experience and a relatively high number of sexual partners increase the risk and severity of HPV infection, and may be seen as indirect causes of cervical cancer.^{220 222}

Tobacco use. Smoking tobacco makes a woman twice as likely to develop cervical cancer.¹⁰ Tobacco by-products have been found in the cervical mucus of women who smoke. The effect of smoking is independent of that of viral infection.^{10 273}

Infectious agents. HPV infection (see box 7.13.1) is a necessary but not sufficient cause of cervical cancer.^{273 274}

Medication. Dethylstilboestrol (a synthetic oestrogen, now withdrawn) used by women during pregnancy is a cause of vaginal and cervical clear-cell adenocarcinoma in their daughters.²⁷⁵

WCRF 2007

- Mantenersi snelli per tutta la vita
 - Praticare quotidianamente esercizio fisico
 - Evitare bevande zuccherate
 - Limitare le bevande alcoliche
 - Limitare i cibi ad alta densità calorica
- 
- Basare l'alimentazione quotidiana prevalentemente su un'ampia varietà di cereali non raffinati, legumi, verdure e frutta
 - Limitare le carni rosse
 - Limitare sale e cibi conservati sotto sale
 - Evitare le carni conservate
- 
- Ricavare i nutrienti dai cibi, non da integratori
 - Allattare i figli
- ***Le stesse raccomandazioni valgono anche, in assenza di specifiche controindicazioni, per le persone che hanno avuto un tumore***

Is concordance with World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research guidelines for cancer prevention related to subsequent risk of cancer? Results from the EPIC study¹⁻⁴

158

ROMAGUERA ET AL

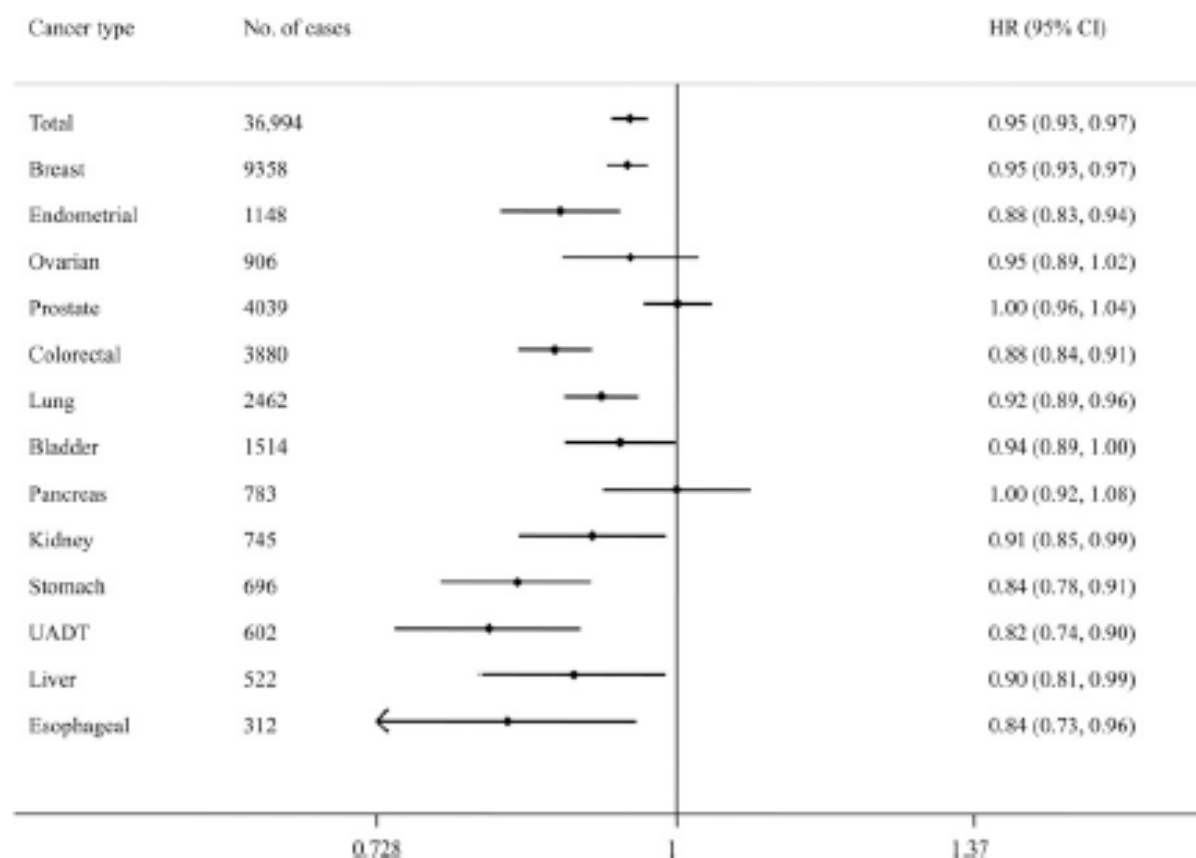


FIGURE 1. HRs (95% CIs) for total cancer and specific cancer types associated with a 1-point increment in WCRF/AICR score (range: 0–6 in men, 0–7 in women). Cox regression models were stratified by center, age (1-y increments), and sex and adjusted for energy intake (kcal), level of education (none, primary school, technical/professional school, secondary school, university degree, unknown/missing), duration of smoking in former smokers (>20 y ago, 11–20 y ago, ≤10 y ago, unknown/missing), number of cigarettes per day among smokers (1–15 cigarettes, 16–25 cigarettes, >25 cigarettes, pipe or cigar, unknown/missing), and presence of chronic diseases at baseline (no, yes, missing). Models for women were further adjusted for ever use of contraceptive pills (no, yes, missing), ever use of hormone replacement therapy (no, yes, missing), age at first menarche (<12 y, ≥12 to ≤15 y, >15 y, missing), age at first pregnancy (<21 y, ≥21 to ≤30 y, >30 y, nulliparous), and menopausal status (premenopausal, postmenopausal, perimenopausal, and surgical postmenopausal). UADT, upper aerodigestive tract; WCRF/AICR, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research.

Pre-diagnostic concordance with the WCRF/AICR guidelines and survival in European colorectal cancer patients: a cohort study

Romaguera et al. *BMC Medicine* (2015) 13:107

Table 2 Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (95% CIs) for CRC-related and overall mortality among CRC survivors according to categories of the WCRF/AICR score

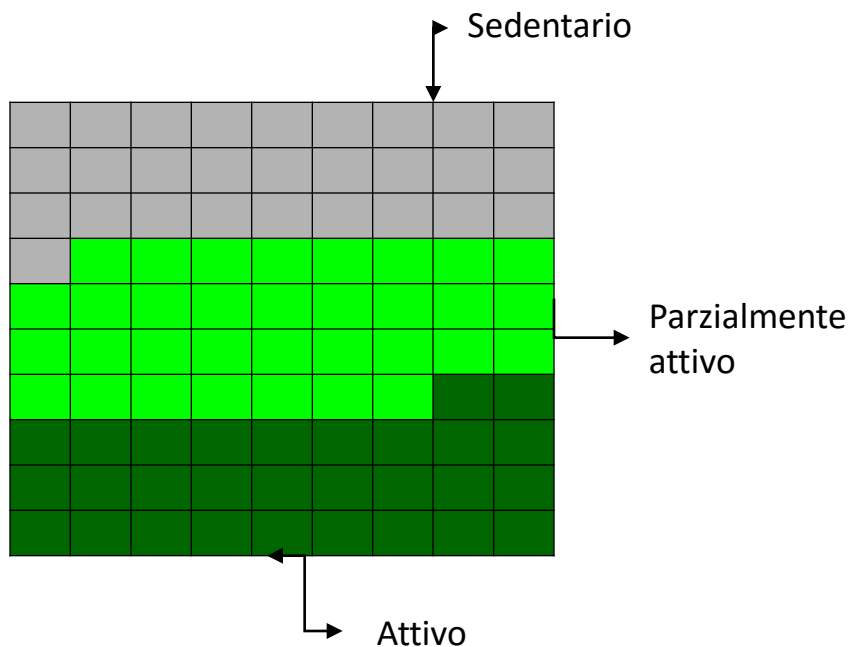
	WCRF/AICR score categories				P trend
	Category 1	Category 2	Category 3	Category 4	
Score range (men)/(women)	(0–2)/(0–3)	(2.25–2.75)/(3.25–3.75)	(3–3.75)/(4–4.75)	(4–6)/(5–7)	
All					
CRC-related mortality					
No. of deaths (%)	206 (29.1)	260 (27.0)	283 (25.3)	123 (24.5)	
Age- and country-adjusted ^a					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.92 (0.76–1.11)	0.77 (0.64–0.93)	0.72 (0.57–0.91)	0.001
Multivariate adjusted ^b					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.87 (0.72–1.06)	0.74 (0.61–0.90)	0.70 (0.56–0.89)	<0.0001
Overall mortality					
No. of deaths (%)	255 (36.1)	330 (34.2)	359 (32.1)	169 (33.6)	
Age- and country-adjusted ^a					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.94 (0.79–1.10)	0.79 (0.67–0.93)	0.79 (0.65–0.97)	0.002
Multivariate adjusted ^b					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.89 (0.75–1.06)	0.77 (0.66–0.92)	0.79 (0.65–0.98)	0.004

...da santi, navigatori, poeti a...

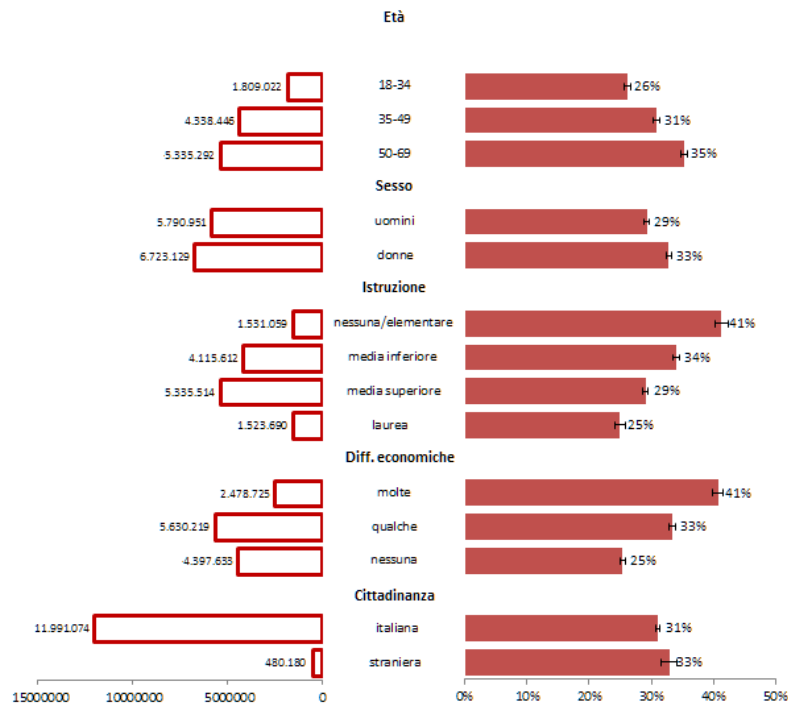


La sorveglianza Passi - Rapporto nazionale Passi 2013

Attività fisica
(n=148.497)



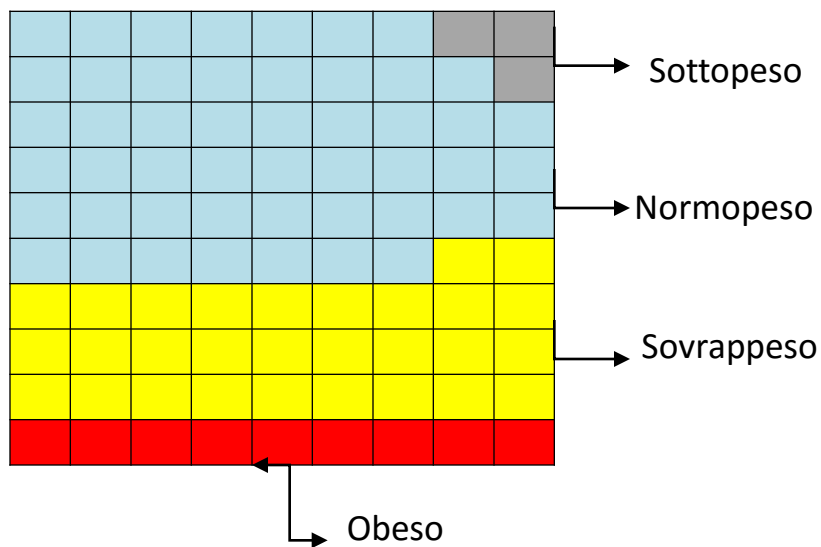
Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=148.497)
Popolazione di riferimento: 40.289.221
Totale: 31,1% (IC 95%: 30,7-31,4%)



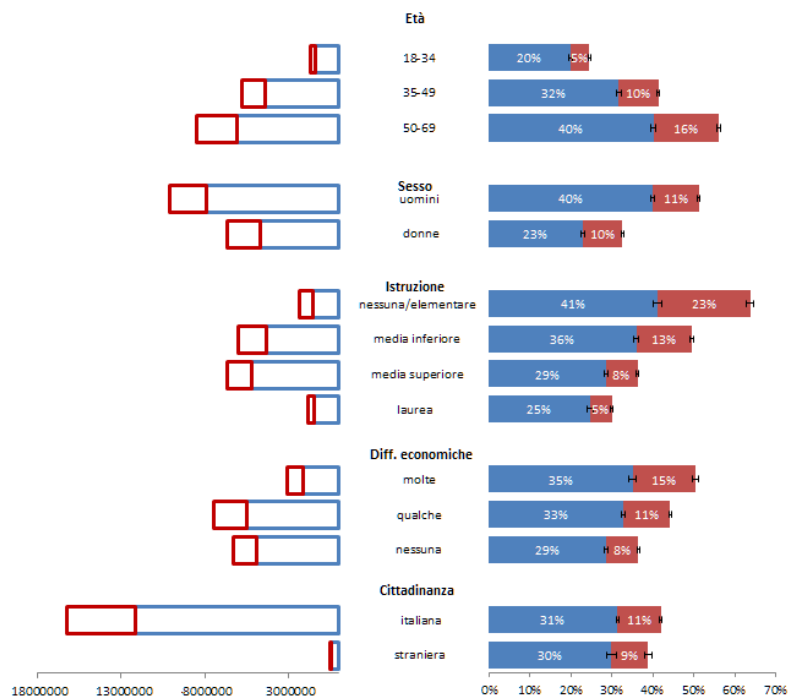
La sorveglianza Passi - Rapporto nazionale Passi 2013

Situazione nutrizionale

(n=151.185)



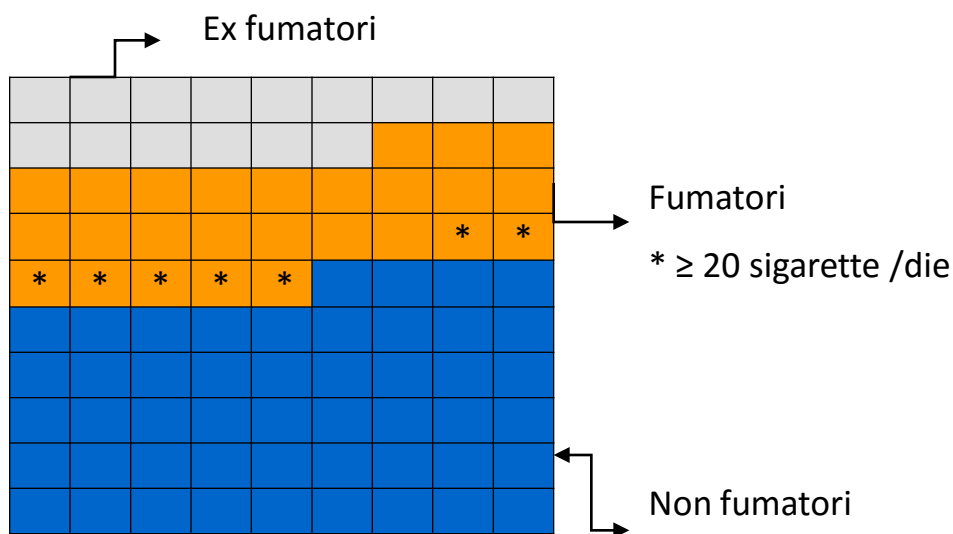
Eccesso ponderale
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013
 Popolazione di riferimento: 40.289.221
 Totale: 41,8,0% (IC 95%: 41,5-42,1%)



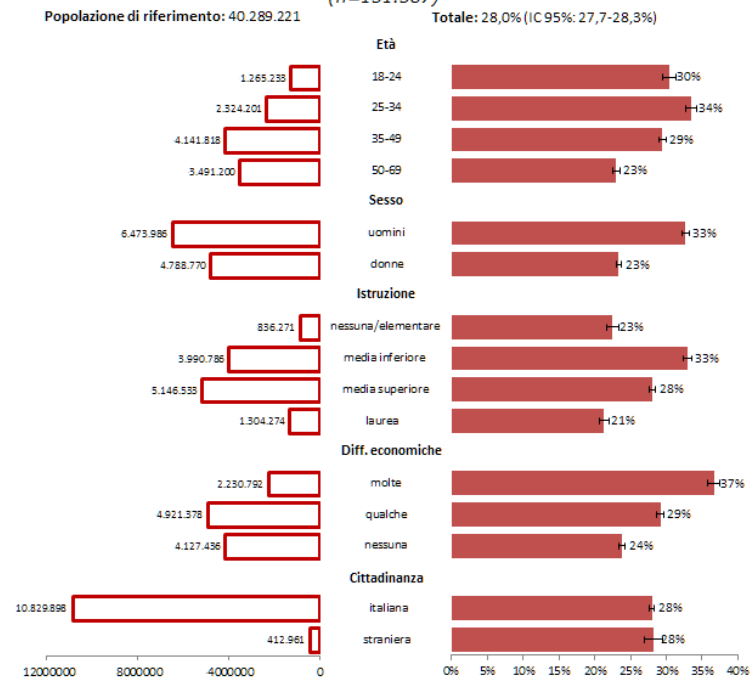
La sorveglianza Passi - Rapporto nazionale Passi 2013

Abitudine al fumo di sigaretta

(n= 151.587)

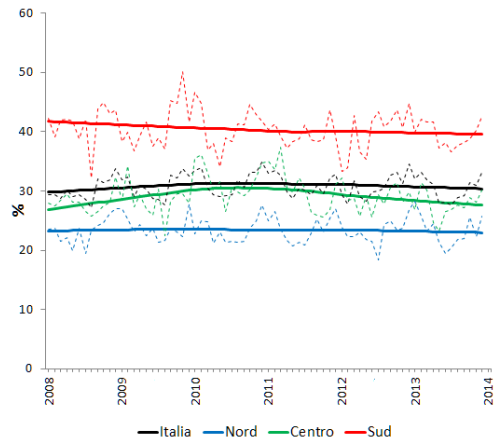


Fumatori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione - Passi 2010-2011
(n=151.587)

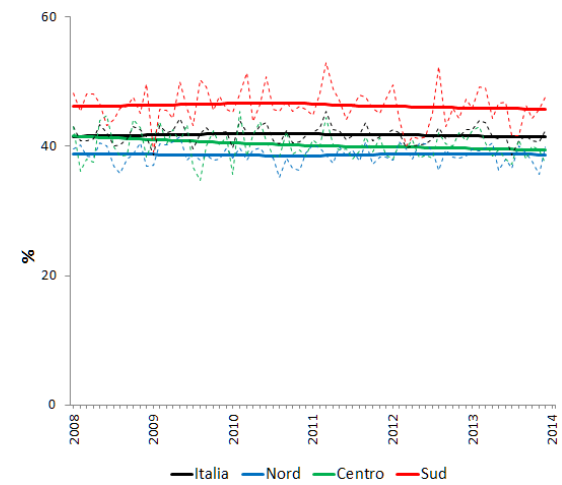


I trend

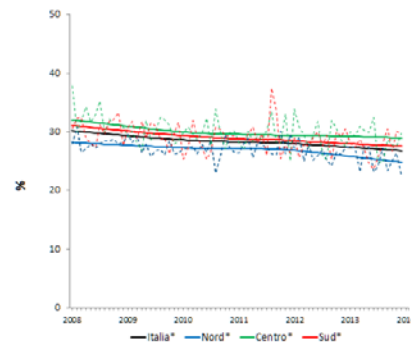
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2013



sedentarietà



eccesso ponderale



fumo

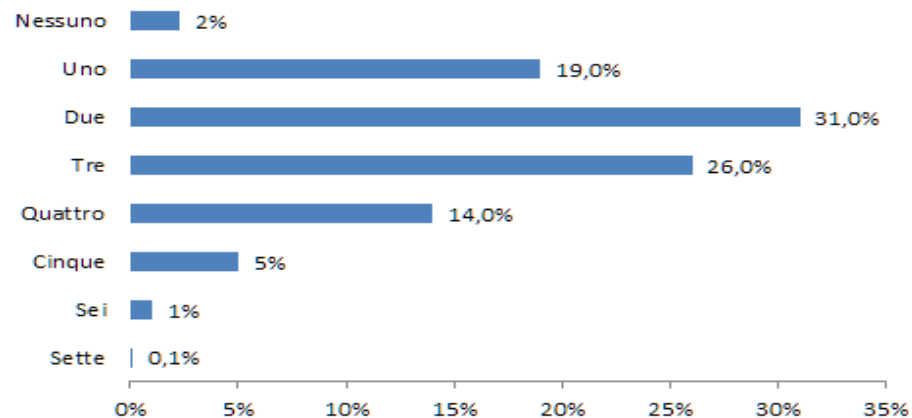
*p<0,05

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni - Pool di Asl 2010-2013

	%
Iperensione arteriosa	20%
Ipercolesterolemia	24%
Sedentarietà	31%
Fumo	28%
Eccesso ponderale (IMC>25)	42%
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	90%
Diabete	4%

Prevalenza dei profili di rischio multifattoriale

Distribuzione percentuale - Passi 2010-2013



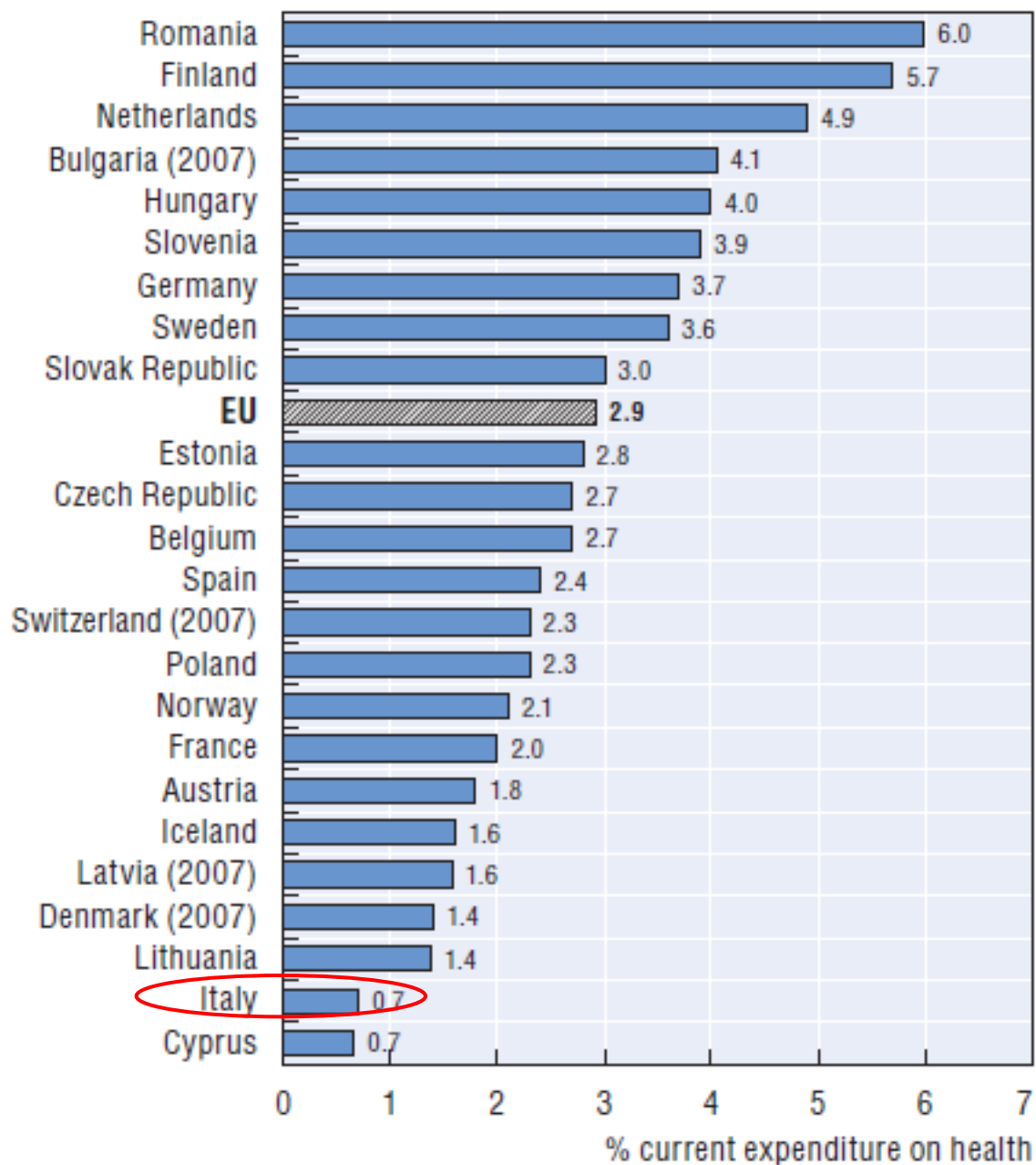
Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

Health at a Glance: Europe 2010

Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nonostante le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) pesino per il 60-80% sul carico di malattia complessivo, **i Paesi membri spendono solo il 3% (e l'Italia anche meno) del loro budget sanitario per le attività di prevenzione e di salute pubblica per agire sui fattori di rischio, ampiamente modificabili, delle MCNT.**

Azioni e interventi, settoriali e intersettoriali, coordinati e continuativi, possono contribuire a migliorare gli stili di vita dei cittadini e sono stati fortemente raccomandati dalla comunità scientifica, in quanto in grado di tradursi in un netto guadagno in termini di salute, riducendo il numero di anni di vita trascorsi con una disabilità.

4.3.3. Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2008



Dallo screening alla prevenzione primaria:
le sinergie da cogliere ?

Teachable moment

Il termine **'teachable moment'** (TM) è stato usato per descrivere particolari momenti di transizione che avvengono naturalmente nel corso della vita o eventi significativi per la salute che possono motivare gli individui ad adottare spontaneamente comportamenti volti alla riduzione di fattori di rischio. Il modello parte dal presupposto comunemente accettato che alcuni eventi/stimolo (induttori dell'azione) possano incidere sulla decisione individuale di cambiare un comportamento.

McBride, 2003

Alcuni eventi identificabili come TM

Visite cliniche

Gravidanza

Diagnosi di malattia

Diagnosi di malattia di familiari o persone significative

I programmi di screening oncologico

Prevenzione primaria e screening

Favorevole rapporto costo-efficacia
infrastruttura organizzativa già presente
nei programmi di popolazione

Continuità nel tempo del contatto con le
persone e possibilità di rinforzo/follow-up

SCREENING MAMMOGRAFICO

Popolazione bersaglio	Donne 50-69 anni; (alcune regioni hanno esteso l'età a 45-74 anni): 8.178.875 (al 1 gennaio 2015)
Test di screening	mammografia, doppia lettura
Intervallo di screening	2 anni
N° test effettuati	1.784.177/anno

SCREENING CERVICALE

Popolazione bersaglio	Donne 25-64 anni: 16.796.934 (al 1 gennaio 2015)
Test di screening	Pap test / Test HPV
<i>Intervallo di screening</i>	3 / 5 anni
Popolazione bersaglio	Test HPV: 30/35-64 anni Pap test: 25-30/35
N° test effettuati	1.533.412/anno

SCREENING COLORETTALE

Popolazione bersaglio	Uomini e donne 50-69 anni (alcune regioni hanno esteso l'età a 74-75 anni) per il FIT: 15.856.462 (al 1 gennaio 2015); uomini e donne 58enni o 60enni per la sigmoidoscopia flessibile: 1.544.191 (al 1 gennaio 2015)
Test di screening	Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT) / Sigmoidoscopia flessibile
Intervallo di screening	2 anni / una volta nella vita
Popolazione bersaglio	Uomini e donne 58enni o 60enni; uomini e donne 50-69 anni: 15.856.462 (al 1 gennaio 2015)
N° test effettuati	1.940.996/anno



>11.000.000 di persone contattate/anno

Di cui 34% uomini;

2 donne su 3 invitate per tutti e tre gli screening (tra 50-64 anni)

Women's interest in a personal breast cancer risk assessment and lifestyle advice at NHS mammography screening

B.A. Fisher¹, L. Wilkinson², A. Valencia³

¹Institute of Applied Health Research, University of Birmingham, Edgbaston B15 2TT, UK

²South West London Breast Screening Service, The Rose Centre, St George's Hospital NHS Trust, Perimeter Road, London SW17 0QT, UK

³Avon Breast Screening, The Bristol Breast Care Centre, Beaufort House, Southmead Hospital, Westbury-on-Trym, Bristol BS10 5NB, UK

Address correspondence to B.A. Fisher, E-mail: bernadette@ellwood-net.co.uk

Table 4 Rating of importance for alternative ways of receiving lifestyle advice (95% CI)

	<i>Crucial</i>	<i>Very important</i>	<i>Quite important</i>	<i>A little important</i>	<i>Not at all important</i>	<i>Missing data</i>	<i>n</i>
A booklet explaining how lifestyle choices can affect breast cancer risk	18.8% (17.0–21.0)	40.0% (37.7–42.3)	24.6% (22.6–26.6)	9.0% (7.7–10.3)	4.2% (3.3–5.1)	3.3% (2.5–4.1)	1803
Aged <55 years	18.3% (15.6–21.0)	41.0% (37.5–44.5)	24.3% (21.3–27.3)	9.4% (7.4–11.5)	5.0% (3.5–6.5)	2.0% (1.0–3.0)	692
Aged >55 years	19.2% (16.8–21.6)	41.2% (38.2–44.2)	25.0% (22.4–27.7)	9.0% (7.3–10.8)	4.0% (2.8–5.2)	1.6% (0.8–2.4)	1111
A brief face-to-face discussion with a female lifestyle advisor	17.6% (15.5–19.4)	34.6% (32.4–36.8)	23.3% (21.4–25.3)	11.7% (10.2–13.2)	7.4% (6.2–8.6)	5.3% (4.3–6.3)	1803
Aged <55 years	19.4% (16.2–22.2)	33.1% (29.8–36.4)	23.4% (21.4–25.3)	12.3% (10.0–14.6)	7.2% (5.5–9.0)	4.6% (3.1–6.1)	692
Aged >55 years	16.3% (14.0–18.6)	36.0% (33.1–38.9)	23.3% (20.7–25.9)	11.2% (9.3–13.1)	7.6% (6.0–9.2)	5.6% (4.2–7.0)	1111
An interactive website to plan and track lifestyle changes	6.8% (5.6–8.0)	23.1% (21.2–25.1)	28.3% (26.2–30.4)	19.6% (17.8–21.4)	14.9% (13.3–16.5)	7.1% (5.9–8.3)	1803
Aged <55 years	9.0% (7.0–11.0)**	28.0% (24.4–31.2)**	30.0% (26.8–33.2)	18.3% (15.6–21.0)	11.0% (8.8–13.2)	3.7% (2.4–5.0)	692
Aged >55 years	5.5% (4.1–6.9)	20.0% (17.6–22.5)	27.0% (24.3–29.7)	21.0% (18.5–23.5)	18.0% (15.7–20.4)	8.5% (6.8–10.2)	1111
A phone consultation with a female lifestyle advisor	4.0% (3.1–4.9)	16.6% (14.9–18.3)	27.5% (25.4–30.0)	26.3% (24.3–28.3)	17.5% (15.8–19.3)	8.0% (6.8–9.3)	1803
Aged <55 years	4.4% (3.0–5.9)	20.0% (17.2–22.8)	27.5% (24.4–30.6)	27.0% (23.9–30.0)	16.1% (13.5–18.7)	5.4% (3.8–7.0)	692
Aged >55 years	3.8% (2.6–5.0)	14.1%* (12.0–16.2)	27.5% (24.8–30.2)	26.0% (23.3–28.7)	19.0% (16.6–21.4)	14.0% (11.9–16.1)	1111
Small group meetings with to discuss lifestyle changes	4.5% (3.5–5.5)	14.4% (12.8–16.0)	21.4% (19.5–23.3)	23.6% (21.6–25.6)	28.8% (26.7–30.9)	7.2% (6.0–8.4)	1803
Aged <55 years	4.5% (3.0–6.0)	15.7% (13.1–18.3)	21.4% (18.5–24.3)	24.0% (21.0–27.0)	29.3% (26.1–32.5)	5.1% (3.6–6.7)	692
Aged >55 years	4.7% (3.4–6.0)	13.4% (11.3–15.5)	21.3% (18.8–23.8)	23.4% (20.8–26.0)	28.5% (25.7–31.3)	8.7% (7.0–10.4)	1111

Statistically significant using χ^2 for independence with Yates Continuity Correction; * $P < 0.05$, ** $P < 0.001$.

Health promotion at NHS breast cancer screening clinics in the UK

BERNADETTE FISHER, DAWN DOWDING, KATE E. PICKETT
and FIONA FYLAN

Department of Health Sciences, University of York, Heslington, York YO10 5DD, UK

Table 1: Interest in diet and exercise advice at screening clinics

	% Level of interest				<i>n</i>
	Not at all	A little	Quite	Very	
Total sample	14.6	23.2	37.3	24.9	413
Under 55 years	13.0	27.2	41.0	18.8	162
55–64 years	15.7	21.1	36.3	26.9	223
64+ years	14.3	17.9	25.0	42.8	28
Left education <18 years	11.0	21.0	39.0	29.0	251
Left education >18 years	21.3	27.7	34.8	16.2	162
Not overweight	19.7	24.9	34.3	21.1	215
Overweight	6.6	21.3	40.0	32.1	136
Obese	14.5	22.6	42.0	20.9	62

**Impact of Colorectal Cancer Screening on Future Lifestyle Choices:
A Three-Year Randomized Controlled Trial**
INGER K. LARSEN,* TOM GROTMOL,* KARI ALMENDINGEN,‡ and GEIR HOFF*

...there is some concern that a “health certificate effect” of screening might reduce incentives to maintain or achieve a healthy lifestyle. This implies that attendees being declared “screen-negative” may perceive being generally “healthy” ...

The impact of a bodyweight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomised controlled trial

Anderson AS et al. BMJ 2014;348

Table 2 Changes in anthropometric measures from baseline to three and 12 months, by treatment group. Values are means (95% confidence intervals) unless stated otherwise

Baseline and follow-up measures	Intervention group			Control group			Between group differences*, P value
	No	Mean (SD)	Difference to baseline	No	Mean (SD)	Difference to baseline	
Body weight (kg):							
Baseline	163	90.2 (14.9)	—	166	88.4 (14.3)	—	—
3 months	153	88.7 (15.0)	-2.10 (-2.57 to -1.63)	161	88.1 (14.2)	-0.67 (-1.00 to -0.34)	1.42 (0.84 to 1.99), <0.001
12 months	148	87.2 (15.7)	-3.50 (-4.30 to -2.71)	157	88.1 (14.2)	-0.78 (-1.38 to -0.19)	2.69 (1.70 to 3.67), <0.001
Body mass index†:							
Baseline	163	31.0 (4.5)	—	166	30.4 (3.9)	—	—
3 months	153	30.4 (4.6)	-0.72 (-0.89 to -0.56)	161	30.2 (4.0)	-0.23 (-0.34 to -0.11)	0.48 (0.20 to 0.75), 0.0007
12 months	148	29.9 (4.8)	-1.22 (-1.50 to -0.94)	157	30.1 (3.8)	-0.27 (-0.47 to -0.07)	0.92 (0.64 to -1.20), <0.001
Waist circumference (cm):							
Baseline	163	104.7 (10.9)	—	166	103.9 (10.9)	—	—
3 months	153	102.6 (11.1)	-2.55 (-3.14 to -1.97)	159	102.7 (11.1)	-1.34 (-1.82 to -0.87)	1.17 (0.25 to 2.10), 0.015
12 months	145	100.2 (12.0)	-4.91 (-5.79 to -4.03)	157	102.1 (11.1)	-2.16 (-2.85 to -1.47)	2.68 (1.74 to 3.62), <0.001

Le esperienze italiane



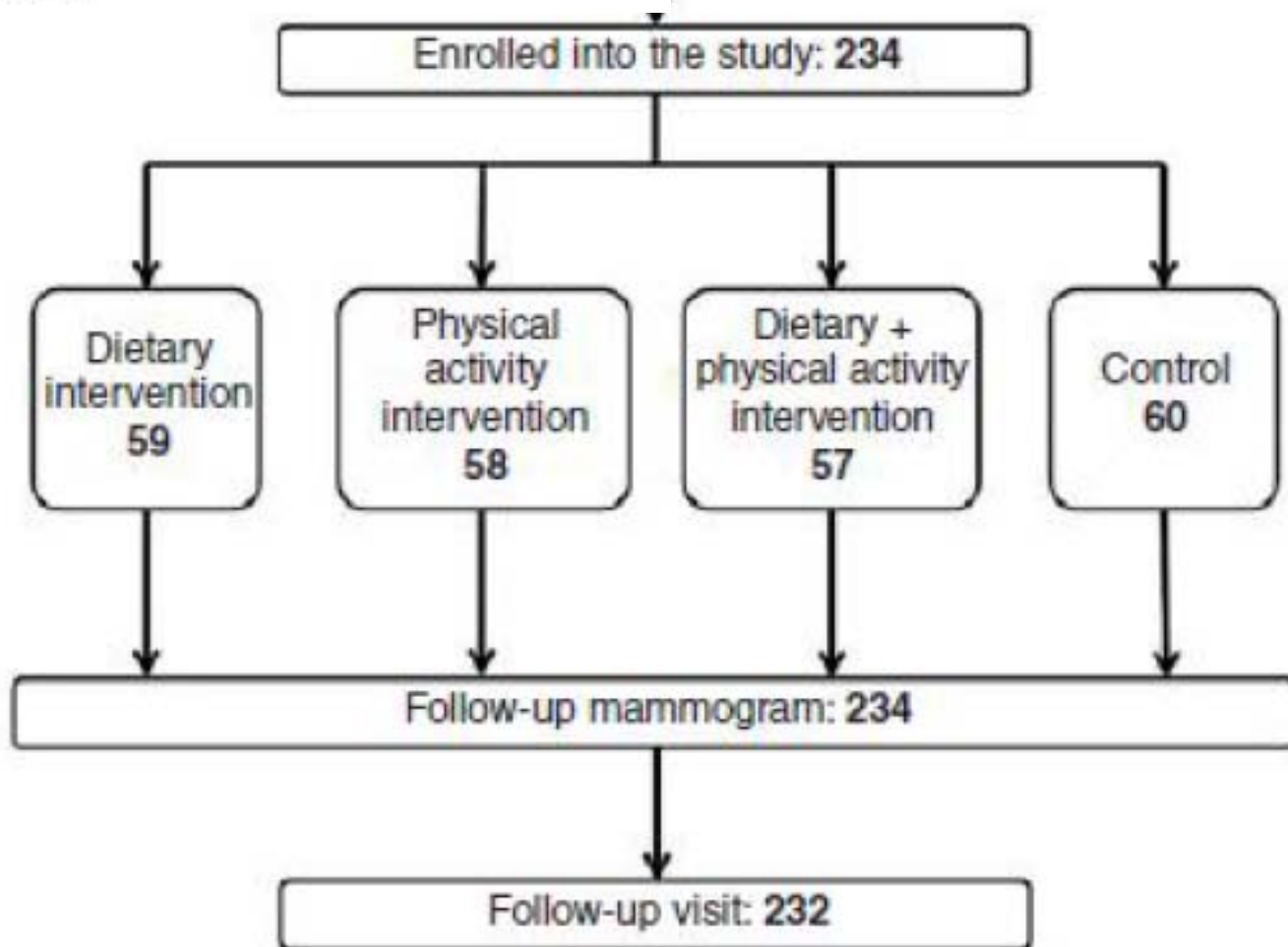


Lo studio **DAMA*** è un trial randomizzato fattoriale condotto in donne in post-menopausa con lo scopo di valutare l'efficacia di un **intervento**, della durata di 24 mesi, **basato sull'aumento dell'esercizio fisico di moderata intensità e/o specifiche modifiche dietetiche**, coerenti con le Raccomandazioni del WCRF 2007, nel **ridurre la densità mammografica**.

The DAMA trial: a diet and physical activity intervention trial to reduce mammographic breast density in postmenopausal women in Tuscany, Italy. Study protocol and baseline characteristics

Giovanna Masala¹, Melania Assedi¹, Saverio Caini¹, Iliaria Ermini¹, Daniela Occhini¹, Maria Castaldo¹, Benedetta Bendinelli¹, Donatella Zagni¹, Donata Tanzini¹, Calogero Saieva¹, Daniela Ambrogetti², and Domenico Palli¹

¹Molecular and Nutritional Epidemiology Unit, and ²Cancer Screening Unit, Cancer Research and Prevention Institute (ISPO), Florence, Italy



INTERVENTO ALIMENTARE



Dieta basata principalmente su **alimenti di origine vegetale**, a **basso indice glicemico** e **ricca in sostanze antiossidanti e fibra** povera di alimenti e condimenti di origine animale e di alimenti “pronti”, **povera di acidi grassi saturi e acidi grassi “trans”** e con **ridotti consumi di bevande alcoliche**. **Uso esclusivo di olio extravergine di oliva** come grasso di condimento e cottura.

✓ **Colloqui individuali e Diari alimentari periodici**

➤ **Materiale informativo** (incluso ricette e menù tipo)

✓ **Incontri di gruppo** su dieta e prevenzione delle malattie, valore nutrizionale dei cibi, bilancio energetico, raccomandazioni dietetiche, lettura delle etichette, motivazione al cambiamento, preparazione e condivisione menù

➤ **Lezioni di cucina** con cuochi esperti dello studio (e consumo dei pasti preparati)

- **valorizzare ricette conosciute e modificare**, ove necessario, **i piatti tradizionali**, per renderli compatibili con le indicazioni dello studio, in modo da rendere più sostenibile il cambiamento.

- usare **facilmente reperibili a livello locale**

- proporre anche **piatti basati su ingredienti meno noti e ricette provenienti da altri paesi**, ma utili per seguire le raccomandazioni

- ❖ In questo studio randomizzato in donne sane in post-menopausa, **un programma strutturato, di media intensità e di lunga durata**, volto alla modifica delle abitudini alimentari e/o del livello di attività fisica, ha effettivamente prodotto una serie di **cambiamenti significativi** rispetto ad un intervento a bassa intensità.
- ❖ Da una analisi preliminare **questi cambiamenti sembrano mantenersi (anche se attenuati) a medio termine**.



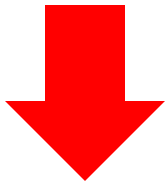
**Studio pilota di valutazione di
interventi di prevenzione primaria
nella popolazione invitata nei
programmi di screening
mammografico e colorettaie**

Intervento e follow up

BASELINE

Gruppo Dieta
Gruppo Attività Fisica
GD + AF

Controlli



Prelievo venoso
Prelievo saliva
Questionario abitudini

INTERVENTO

Gruppo Dieta

Corso teorico di
base + 3 incontri
pratici

Gruppo Attività Fisica

Corso teorico di
base + 3 incontri
pratici

GD + AF

Corso teorico di
base + 4 incontri
pratici (2 dieta + 2
attività fisica)

FU INTERMEDIO (8MESI)

Gruppo Dieta
Gruppo Attività Fisica
GD + AF

Controlli

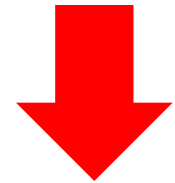


Questionario abitudini

FU FINALE (14 MESI)

Gruppo Dieta
Gruppo Attività Fisica
GD + AF

Controlli



Prelievo venoso
Prelievo saliva
Questionario abitudini

Sessioni pratiche



Adesione allo studio

	Mammografico	Colon-retto
Inviti screening	6941	15194
Aderenti screening (%)	3873 (61.8%)	4569 (30.1%)
Aderenti STIVI (%)	Sul totale degli inviti: 9.6% (667/6941) Sugli aderenti al test: 17.2% (667/3873)	Sul totale degli inviti: 4.0% (603/15194) Sugli aderenti al test: 13.2% (603/4569)

CARATTERISTICHE delle PARTECIPANTI screening mammografico (n=604)

Grado di istruzione (n=604)	elementare 10 (1.7%)	media 123 (20.4%)	diploma 334 (55.3%)	laurea 137 (22.7%)
Abitudine al fumo (n=599)	mai fumato 285 (47.6%)	ex fumatrice 212 (35.4%)	fumatrice 102 (17.0%)	-
Percezione salute (n=600)	molto buona 114 (19.0%)	buona 360 (60.0%)	discreta 120 (20.0%)	pessima 114 (1.0%)

screening mammografico: COMPLIANCE ALLE RACCOMANDAZIONI

Alimentazione

Gruppi Dieta e Dieta/Attività Fisica (n=208) vs.

Gruppi Attività Fisica e Controllo (n=216):

A 8 mesi:

Riduzione nei gruppi di intervento del

- consumo eccessivo di **bevande zuccherate** (>82.5gr/sett.)
- consumo di **insaccati** (<40gr/sett.)

Aumento del

- consumo di **legumi** (≥ 25 gr/die) che si mantiene a 12-14 mesi

screening mammografico: variazioni di BMI

± 0.4 punti di BMI tra il baseline ed il follow-up intermedio e finale

Gruppo Dieta

A 8 mesi: diminuiscono di BMI,

42.0% donne nel gruppo di intervento

20.6% donne del gruppo di controllo (p-value=0.0033)

A 12-14 mesi: diminuiscono di BMI

30.3% (gruppo attivo)

21.0% (controlli)

Lo studio SPRINT

BMC Public Health



This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial

BMC Public Health 2012, **12**:740 doi:10.1186/1471-2458-12-740

Giuseppe Gorini (g.gorini@ispo.toscana.it)
Giulia Carreras (g.carreras@ispo.toscana.it)
Livia Giordano (livia.giordano@cpo.it)
Emanuela Anghinoni (emanuela.anghinoni@aslmn.it)
Anna Iossa (a.iossa@ispo.toscana.it)
Alessandro Coppo (alessandro.coppo@cpo.it)
Fiorella Talassi (fiorella.talassi@aslmn.it)
Maurizio Galavotti (maurizio.galavotti@aslmn.it)
Elisabetta Chellini (e.chellini@ispo.toscana.it)

Lo studio SPRINT è un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del Progetto integrato oncologia 2006, il cui obiettivo principale è quello di:

predisporre e validare un modello di intervento breve per la riduzione dell'abitudine al fumo fra le donne fumatrici che afferiscono a servizi ambulatoriali di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina.

1.293 donne fumatrici di 25-64 anni delle aree di:

Firenze, Torino, Mantova

Trial di intervento randomizzato e controllato:

Le partecipanti allo studio sono state randomizzate in uno dei tre bracci dello studio:

- **braccio di intervento sul fumo**
- **braccio di intervento su fumo e attività fisica**
- **braccio di controllo.**

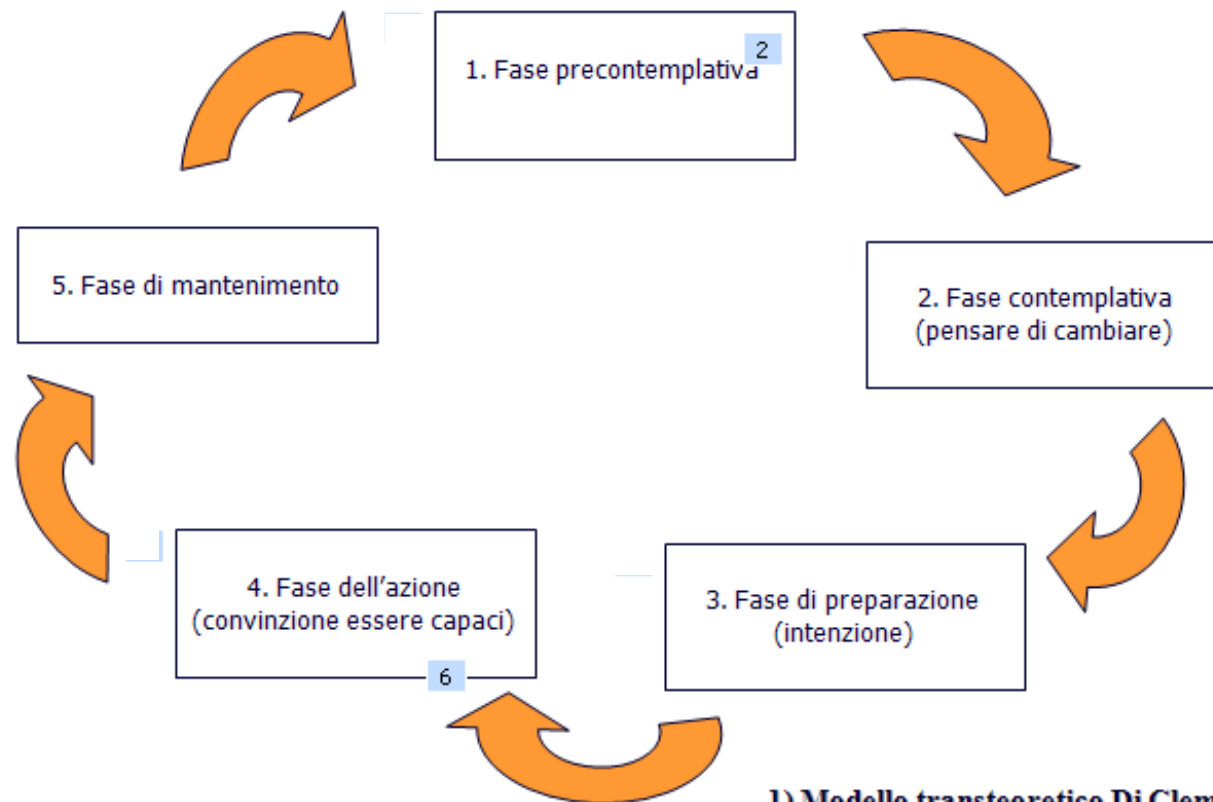
Trial di intervento randomizzato e controllato:

- ❖ Nei 2 bracci di intervento è stato somministrato un *counseling* breve sul fumo, e anche uno sull'attività fisica, se la partecipante risultava nel braccio che contemplava entrambi gli stili di vita.
- ❖ **2 delle 5 'A'**
 - ❖ **ASK** - chiedere a tutti i pazienti, ad ogni visita, se fumano;
 - ❖ **ADVISE** - informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere;
 - ❖ **ASSESS** - definire le caratteristiche del soggetto;
 - ❖ **ASSIST** - stabilire e attuare un percorso terapeutico;
 - ❖ **ARRANGE** - attuare interventi per prevenire la ricaduta e pianificare un follow up.
- ❖ A tutte le donne partecipanti è stato inoltre consegnato un libretto con informazioni su come smettere di fumare e su come fare più attività fisica.

FOLLOW UP: Le donne sono state poi ulteriormente contattate a 6 e 12 mesi dal reclutamento avvenuto nel momento in cui andavano a effettuare il Pap test tra la seconda metà del 2009 e la prima metà 2010.

Informazioni sulla eventuale cessazione o riduzione del fumo e sulla motivazione alla cessazione e a effettuare un'adeguata attività fisica sono state raccolte mediante 2 questionari, uno di ingresso e uno di *follow-up*.

Modelli processuali del cambiamento dei comportamenti



1) Modello transteoretico Di Clemente e Prochaska, 1982

5647 donne aderenti al Pap-test
2002 fumatrici (35,4%)
1100 aderenti allo studio (54,9%)

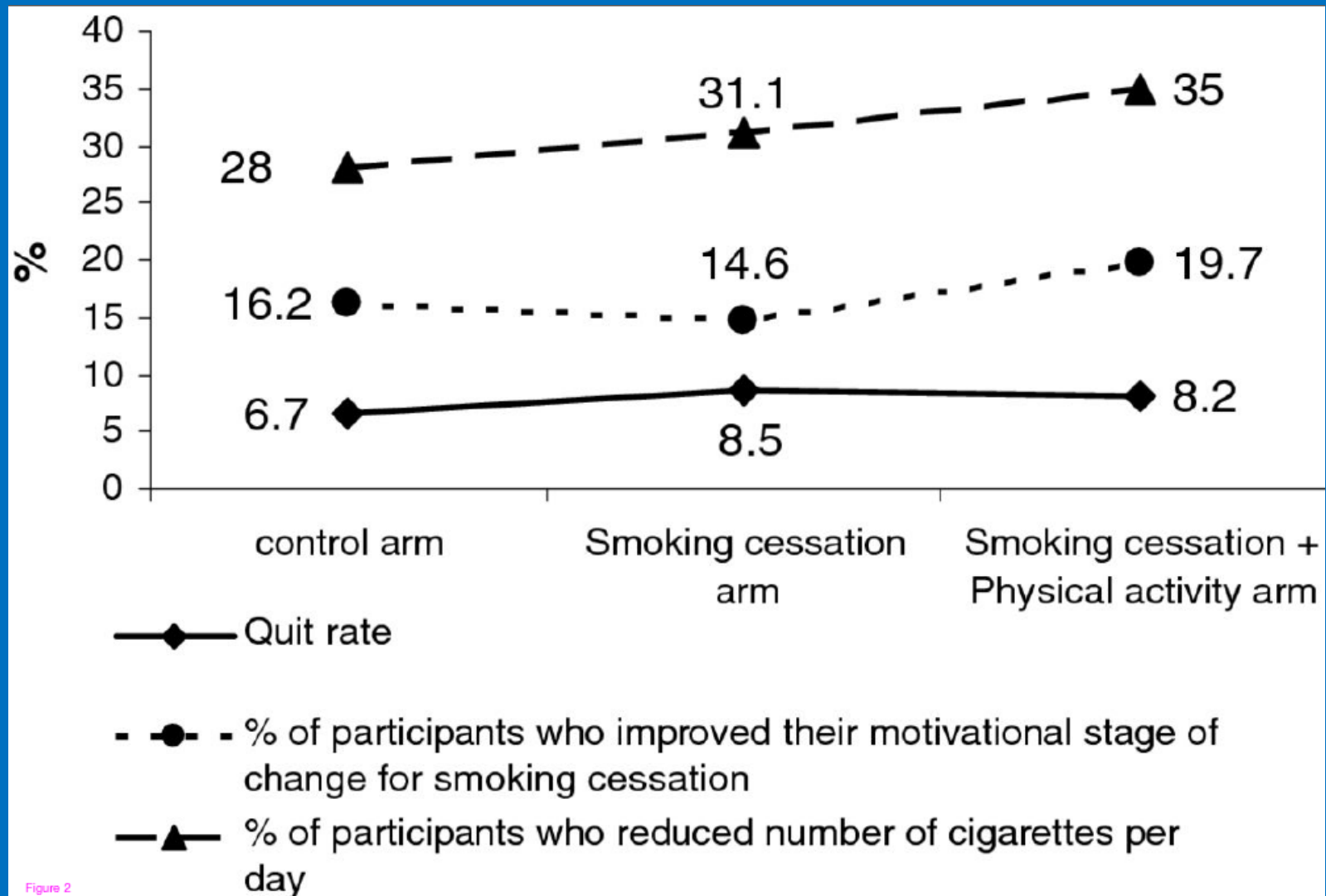


Figure 2

From: Gorini G. et al BMC Public Health 2012.

Table 1 Adjusted odds ratios (OR) with corresponding 95% confidence intervals (95%CI) of smoking outcomes at the 6-month follow-up (quitting smoking, improving the motivational stage of change for smoking cessation, reducing the number of cigarettes per day) by motivational stage of change

All centers, by motivational stage of change *	Quitting smoking				Improving the motivational stage of change for smoking cessation			Reducing the number of cigarettes per day		
	Ntot °	N	OR §	95%CI	N	OR §	95%CI	N	OR §	95%CI
Precontemplation control arm	113	9	1*		28	1*		27	1*	
experimental arms	230	7	0.3	0.1, 0.9	72	1.4	0.8, 2.4	68	1.3	0.8, 2.2
Contemplation control arm	129	6	1*		32	1*		31	1*	
experimental arms	230	15	1.3	0.5, 3.5	53	1.0	0.6, 1.6	86	1.8	1.1, 3.0
Preparation control arm	117	9	1*		--	--	--	42	1*	
experimental arms	243	36	2.1	1.0, 4.6	--	--	--	77	0.8	0.5, 1.3
Overall **										
control arm	371	25	1*		60	1*		104	1*	
experimental arms	729	61	1.2	0.8, 2.0	125	1.1	0.8, 1.6	241	1.2	0.9, 1.7

ORs were calculated considering the two collapsed intervention arms with respect to the control arm

* multilevel analysis

§ adjusted for age

° Ntot: participants in the collapsed experimental arms and in the control arm

** the number of participants reported in the Overall line do not always corresponds to the sum of the number of participants in the three stages of change, because of some missing values.

Criticità di questi interventi

- ❑ Durata del follow-up ridotta non permette di valutare il mantenimento nel tempo dei cambiamenti osservati
- ❑ Quasi tutti gli studi misurano cambiamenti delle abitudini (self-report).
- ❑ I dati relativi a cambiamenti di parametri metabolici associati al rischio sono molto limitati

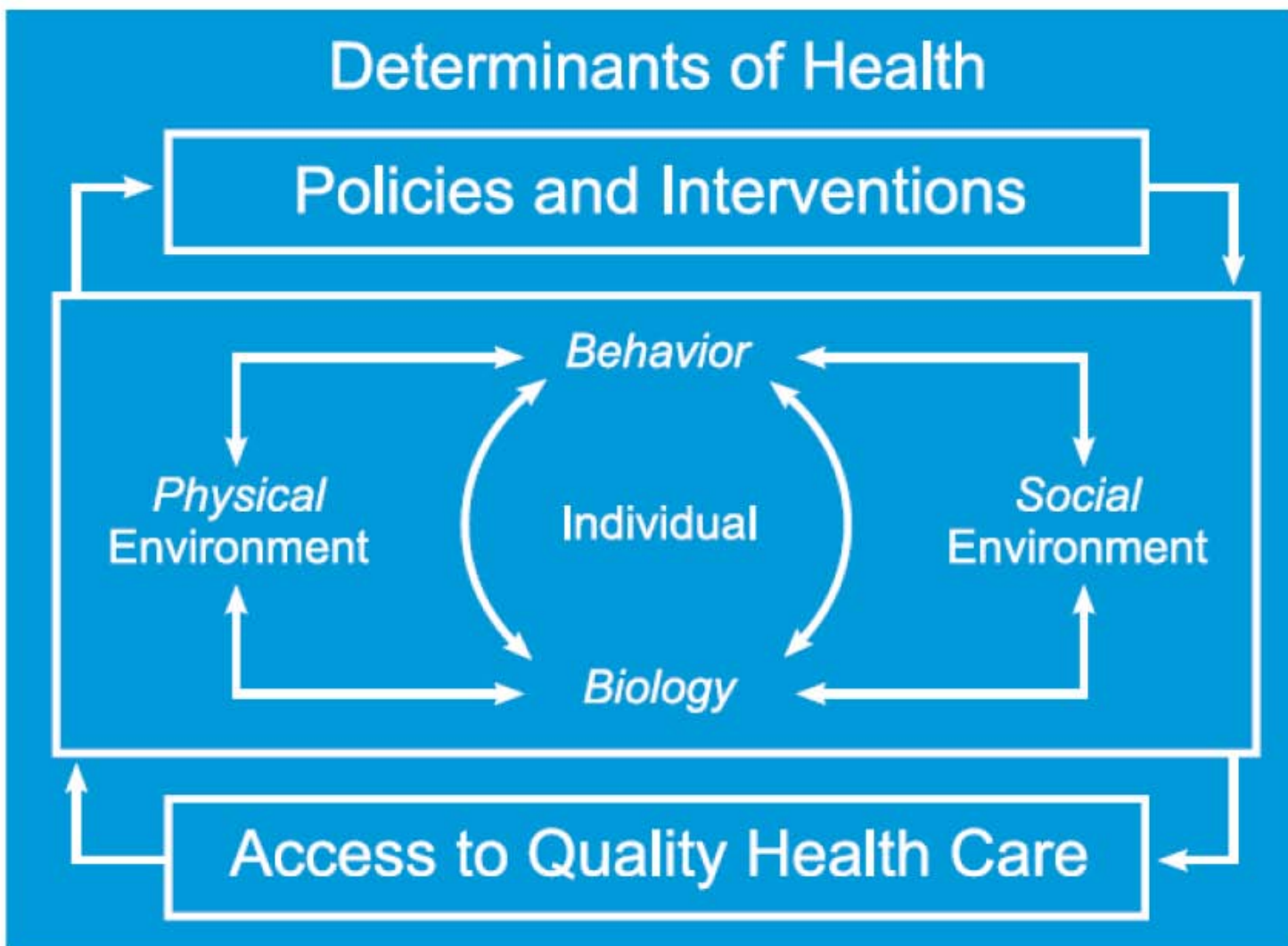
Criticità

- ❑ Interventi personalizzati in funzione del **grado di disponibilità al cambiamento** del soggetto contattato
- ❑ Occorre prevedere interventi su potenziali barriere logistico-organizzative per favorire **equità** di accesso. Per avere una efficacia rilevante sulla salute della popolazione deve essere assicurata la **copertura**
- ❑ Necessità di valutare la sostenibilità/fattibilità

Che interventi ???



I determinanti della salute



Raccomandazioni del WCRF Policy Report per i governi

Obiettivo: Promuovere alimentazione sana e attività fisica attraverso leggi, politiche fiscali e prezzi

- Riesaminare leggi e regolamenti per assicurarsi che siano coerenti con obiettivi di sanità pubblica
- Assicurarsi che gli ambienti di vita e di lavoro siano progettati e mantenuti per facilitare attività fisica e comportamenti salutari
- Incoraggiare il consumo di cibi ricchi di nutrienti ma a bassa densità calorica, e scoraggiare bevande zuccherate, fast food e cibi "trattati"
- Pretendere che le scuole forniscano cibi di alto valore nutrizionale e includano la nutrizione nel curriculum scolastico
- Pretendere che i servizi di ristorazione nelle istituzioni governative e pubbliche offrano cibi di alto valore nutrizionale
- Promuovere percorsi podistici e ciclabili nelle città
- Limitare nei supermercati e nelle trasmissioni televisive rivolte ai bambini la pubblicità di bevande zuccherate e cibi raffinati e trattati

Interventi efficaci

Health education and health promotion interventions	Regulation and fiscal measures	Primary-care based interventions
Mass media campaigns	Fiscal measures altering the prices of fruit and vegetables and foods high in fat	Physician counselling of individuals at risk
School-based interventions	Government regulation or industry self-regulation of food advertising to children	Intensive physician and dietician counselling of individuals at risk
Worksite interventions	Compulsory food labelling	

Valutazione costo-efficacia

		Intervento	Efficacia	Costo per capita
Interventi comunitari		Fiscal measures	+10 price -> -2% consumption	0.03-0.13 \$
		Advertising regulation	-0.13-0.34 BMI	0.14-0.55 \$
		Food labelling	+10 gr/g frutta/verdura -0.42% e. intake	0.33-1.1 \$
Interventi individuali		Physician counselling	-0.83 BMI -1,6% e. intake	4.5-9.5 \$
		Intensive physician & dietician counselling	-2.32 BMI -10% e. intake	9.0-20.0 \$

Valutazioni di efficacia

Gli interventi di prevenzione hanno **un'efficacia variabile** e, **a volte, sono dannosi**

GLI INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DI UN'ALIMENTAZIONE CORRETTA IN ITALIA

INTERVENTIONS FOR HEALTHY DIET PROMOTION IN ITALY

Fabrizio Faggiano,¹ Roberta Molinar,¹ Alessandro Coppo¹

¹ Dipartimento di medicina traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

PROVE DI EFFICACIA CITATE COME RIFERIMENTO		PROGRAMMI*		
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Specifiche e pertinenti	n.	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
Generali e pertinenti	n.	2	4	7
	%	8,7	8,3	8,0
Solo rassegna di interventi	n.	1	2	0
	%	4,3	4,2	0,0
Documenti programmatici o senza riferimenti	n.	0	1	3
	%	0,0	2,1	3,4
Non pertinenti	n.	0	1	2
	%	0,0	2,1	2,3
Totale citazioni	n.	3	8	12
	%	13,0	16,7	13,8

* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

- **Dati:** ProSa (DORS Piemonte e ISS)
- **Setting:** popolazione generale e scolastica
- **Anni:** 2013-14
- **Tipo di interventi:** tutti quelli che contenevano obiettivi di miglioramento dell'alimentazione

epo SPECIALE

Epidemiol Prev 2015; 39(5-6):367-372

Il potenziale impatto del partenariato transatlantico sul commercio e gli investimenti (TTIP) sulla salute pubblica

Roberto De Vogli,¹⁻³ Noemi Renzetti¹

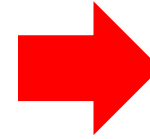
ep anno 40 (2) marzo-aprile 2016



	ACCESSO AI FARMACI E ALL'ASSISTENZA SANITARIA	CONSUMO DI TABACCO E ALCOL	MALATTIE CORRELATE ALLA DIETA E AGRICOLTURA
PROPRIETÀ INTELLETTUALE (IP) E ASPETTI COMMERCIALI DEI DIRITTI DI PROPRIETÀ INTELLETTUALE (TRIPS)	<p>↑ Prezzi dei farmaci da prescrizione</p> <p>↓ Accesso ai farmaci da prescrizione</p>		
COMMERCIO DI SERVIZI (TIS)	<p>↑ Privatizzazione del servizio sanitario</p> <p>↓ Accesso al servizio sanitario</p>		
RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE TRA INVESTITORI E SINGOLI STATI (ISDS)		<p>↓ Restrizioni alla pubblicità di prodotti del tabacco</p> <p>↓ Restrizioni alla pubblicità di alcol</p> <p>↑ Prevalenza di fumatori di tabacco</p> <p>↑ Consumo di alcol</p>	<p>↓ Regolamentazioni sul sistema di etichettatura di prodotti alimentari</p> <p>↑ Consumo di prodotti ultraprocesati</p> <p>↑ Prevalenza di obesità, diabete e malattie croniche legate all'alimentazione</p>

Interventi

**Educazione
sanitaria**



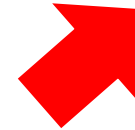
**Efficacia modesta
Basso costo
Alta fattibilità**

**Identificazione di
fattori di rischio
cancer-related**

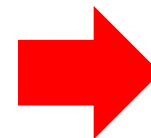


**Efficacia alta
Alto costo
Bassa fattibilità**

**Identificazione di
fattori di rischio
NON cancer-related**



**Screening
specifici per
altre MNT**



**Efficacia?
Costo?
Fattibilità?**



screening

Criticità

❑ Legati all'operatore:

Training
Competenze
Soddisfazione

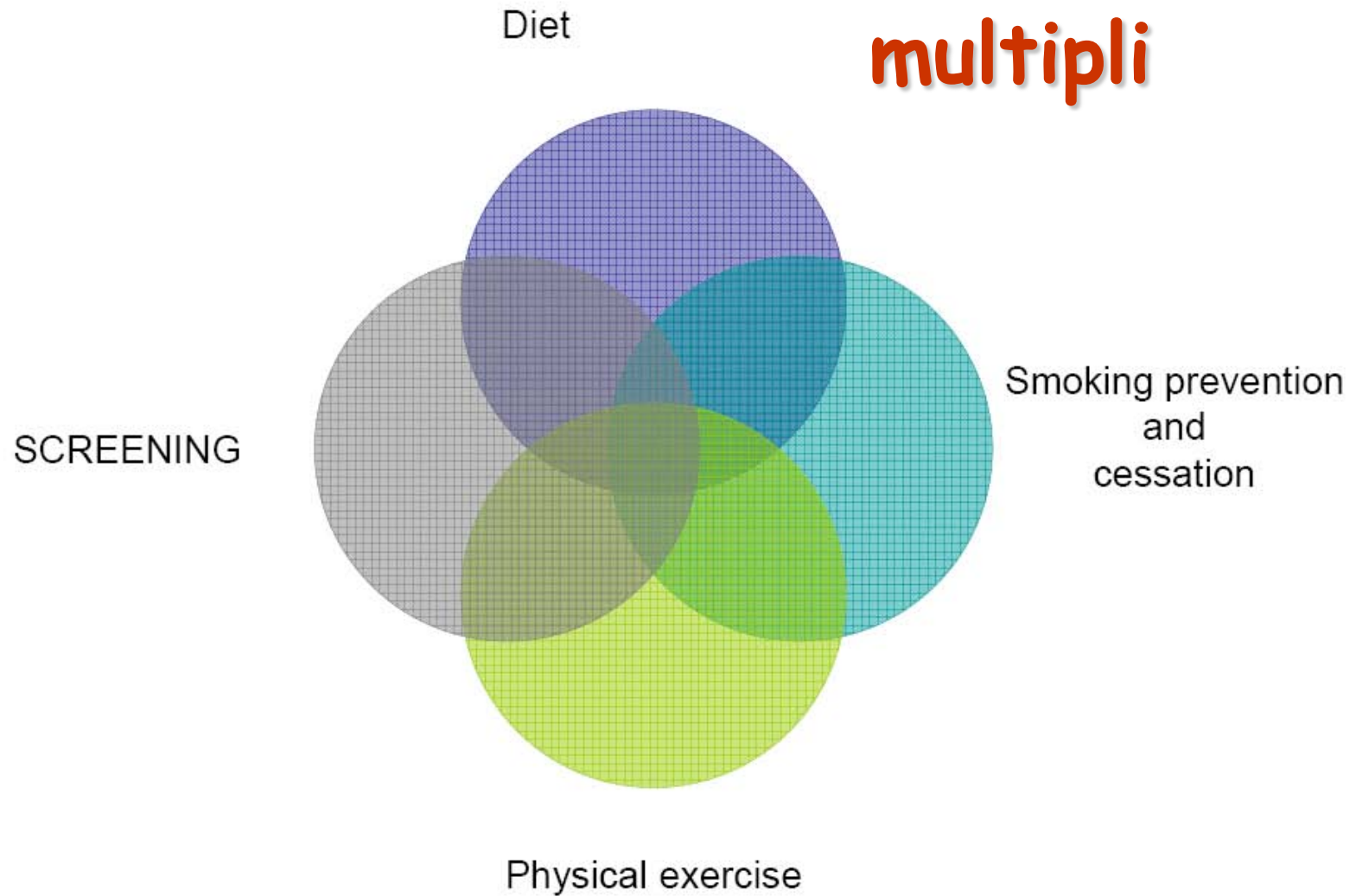
❑ Legati all'organizzazione

Tempi
Impatto sugli esiti di screening
Valutazione

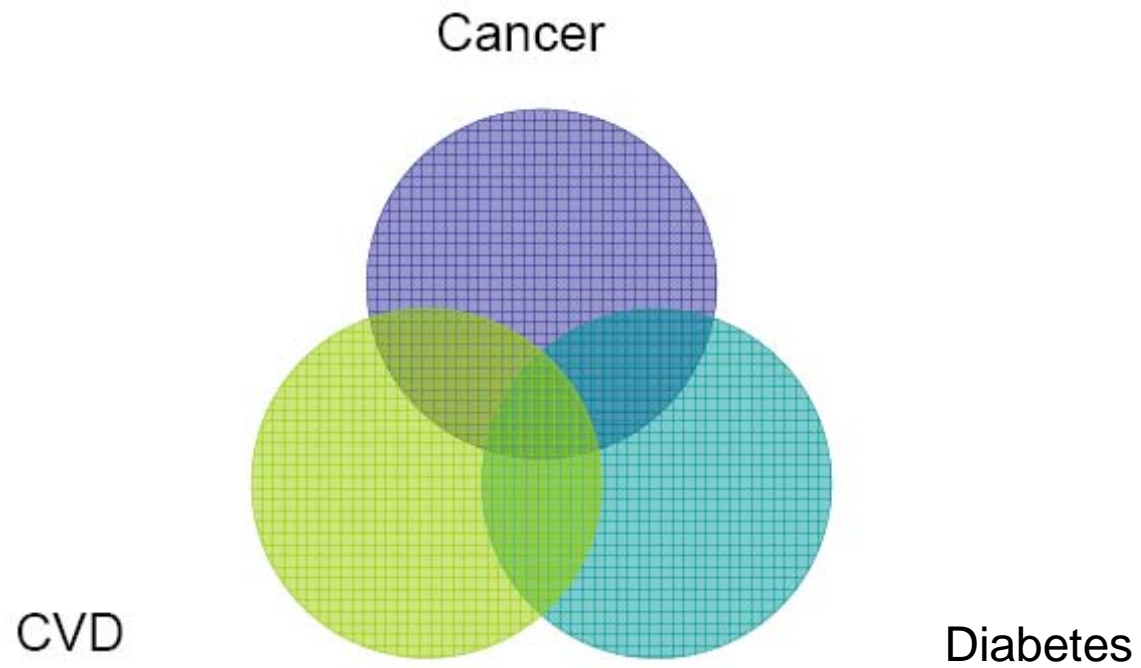
❑ Legati al rapporto con altri operatori del SSN

Training
Overlapping
Coerenza dei messaggi

Interventi multipli



Esiti multipli

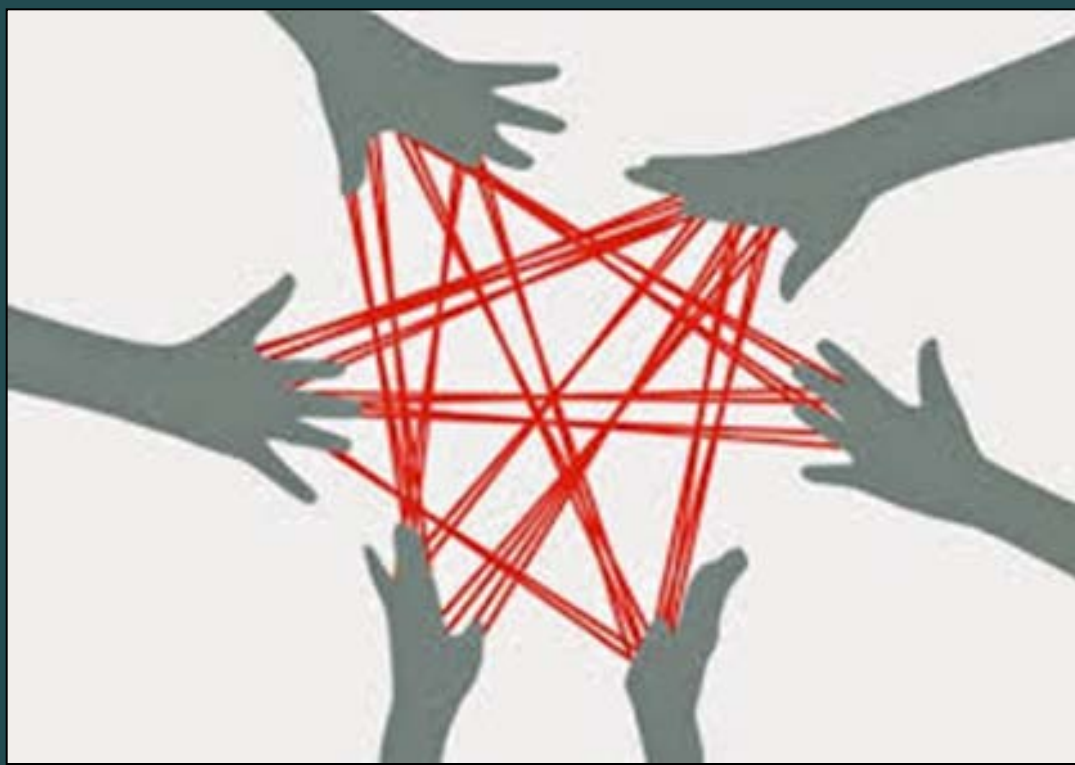


D
i
a
b
a
t
t
o
r
i
g
o
n
i

Medici di medicina generale

Cardiologi

Dipartimenti di
prevenzione



Dietologi

Medicina dello sport

Politiche sociali

Grazie per l'attenzione



Lo studio FUCSAM

Follow-up oncologico e stili di vita per pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon-retto

- Il progetto nasce dalla sinergia tra la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte.
- Si rivolge alle pazienti e ai pazienti a cui sia stato diagnosticato un tumore della mammella o del colon-retto e che, terminati i trattamenti terapeutici, si trovino ad affrontare il periodo di controllo, il cosiddetto follow up.

SINOSI DEL PROTOCOLLO:

Disegno dello Studio:	Studio osservazionale, prospettico, multicentrico
Scopo primario	<p>Verificare la fattibilità di un intervento di counselling, condotto da operatori formati, sullo stile di vita in occasione delle visite di follow-up attraverso la valutazione di:</p> <p>N° schede compilate/n° di pazienti che accedono alla 1a visita di follow up per pregresso tumore della mammella o del colon-retto. Identificazione dei pazienti con sindrome metabolica.</p>
Obiettivi secondari	<p>Impatto sullo stile di vita</p> <p>Valutazione della percentuale di recidive di malattia, delle comorbidità e dell'insorgenza di secondi tumori.</p> <p>N° di pazienti che hanno aderito a progetti consigliati dal GIC/non consigliati dal GIC. Valutazione del tipo di progetto/variazioni dei parametri valutati. Valutazione dell'impatto della formazione sull'adesione a progetti.</p>
Trattamento	Indicazione a corsi di alimentazione, cucina, informazione, attività fisica con segnalazione ai pazienti delle sedi in cui possono essere svolti sul territorio di residenza (ospedale, associazioni di volontariato, altro).
Centri di arruolamento:	Gruppi interdisciplinari e cure (GIC) tumore della mammella e del colon-retto del Piemonte e della Valle d'Aosta
Inizio arruolamento:	Giugno 2013
Durata dello studio:	Dalla prima visita di follow-up di ciascun paziente fino al termine dello stesso o progressione di malattia, insorgenza di II tumore o morte.

valutazione basale

1^a visita di follow up

scheda di raccolta dati:

Socio-anagrafici

Terapie in atto per altre patologie
(diabete, ipertensione, cardiopatie)

Sede e stadio del tumore alla diagnosi

Parametri clinici: misurazione altezza (1^a visita), peso pre-diagnosi, misurazione del peso, del giro vita, della PAO.

Parametri sierologici: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi. (Nei centri in cui vengano effettuati anche testosterone, Hb glicata, insulinemia, i dati sono inseribili sulla scheda).

Indicazione di programmi

(corsi di alimentazione, cucina, informativi, +/- attività fisica) e sedi segnalate ai pazienti (ospedale, associazioni di volontariato, altro).

II^a visita di follow up

- Eventuali variazioni socio-anagrafiche
- Insorgenza di altre patologie
- Rilevazione parametri clinici e sierologici
- Recidiva di malattia
- Partecipazione a programmi per il cambiamento degli stili di vita con segnalazione dei cambiamenti effettuati.

III^a visita di follow up

- Eventuali variazioni socio-anagrafiche
- Insorgenza di altre patologie
- Rilevazione parametri clinici e sierologici
- Recidiva di malattia
- Partecipazione a programmi per il cambiamento degli stili di vita con segnalazione dei cambiamenti effettuati.



T1



T2

FORMAZIONE del personale medico e infermieristico di FU

- counselling
- standardizzazione delle misurazione antropometriche

CREAZIONE DI UNA RETE tra le associazioni di pazienti attive sul territorio (censimento, accreditamento, creazione di una rete)

**SCHEDA DI REGISTRAZIONE
AUTOMATIZZATA**

Adesione al protocollo

Casi inseriti nel progetto
(sul totale dei casi teoricamente reclutabili)

Tumore della mammella **21%**

Tumore del colon-retto **8%**

Consegna materiale informativo: **94%**

Suggerita adesione a programma di
intervento sullo stile di vita: **72%**

		BMI				Giro vita *		Sindrome metabolica**	
		sottopeso	normopeso	sovrappeso	obesi	norma	fuori norma	norma	fuori norma
mammella		23	299	208	143	190	483	583	124
		3,4%	44,4%	30,9%	21,3%	28,2%	71,7%	82,5%	17,5%
colonretto		10	77	63	45	61	134	174	32
		5,1%	39,5	32,3%	23,1%	31,3%	68,7%	84,5%	15,5%

* Norma:

<= 94 cm negli uomini

<=80 cm nelle donne

almeno 2 tra:

glicemia > 100 mg/dl o terapia ipoglicemizzante

ipertensione arteriosa >130/85 mm Hg o terapia ipointensivante

ridotto colesterolo HDL <40 mg/dl nei maschi e <50 mg/dl nelle femmine o terapia ipocolesterol.

ipertrigliceridemia >150 mg/dl

Più circonferenza vita > 94 cm nei maschi e > 80 cm nelle femmine,

Confronto tra baseline e follow-up

Follow up basale	<u>BMI</u>	Mammella	%	CCR	%	TOTALE	%
	sottopeso/normopeso	162	47,0	44	48,9	206	47,4
	sovrappeso/obesi	183	53,0*	46	51,1	229	52,6
	tot	345		90		435	
FU II	<u>BMI</u>	Mammella	%	CCR	%	Tot	%
FU_I	sottopeso/normopeso	183	53,0	51	56,7	234	53,8
	sovrappeso/obesi	162	47,0*	39	43,3*	201	46,2
	Totale	345		90		435	

* Test di Mc Nemar: p-value <0.01

Follow up basale	<u>BMI</u>	Mammella	%	CCR	%	TOTALE	%
	sottopeso/normopeso	69	43,7	28	53,8	97	46,2
	sovrappeso/obesi	89	56,3*	24	46,2	113	53,8
	tot	158		52		210	
FU II	<u>BMI</u>	Mammella	%	CCR	%	Tot	%
	sottopeso/normopeso	78	49,4	30	57,7	108	51,4
	sovrappeso/obesi	80	50,6*	22	42,3	102	48,6
	Totale	158		52		210	

* Test di Mc Nemar: p-value =0.04

VERTICAL PROGRAMS:

focus on specific diseases, and often on only one aspect of care (e.g. prevention or early detection on a large scale) using a resource, information, and financing system that is managed separately from the rest of the health system and is frequently donor-driven.

Vertical, disease specific programs often do not interact with the larger health systems

HORIZONTAL PROGRAMMING:

refer to resource-sharing across disease and population groups. Often, it is part of an effort to strengthen health systems. Typically such efforts address address-system wide constraints, such as shortages of trained health care workers, inadequate information systems, etc. Evidence suggests that, in practice, few (if any) programs are purely vertical or horizontal. Typically, vertical and horizontal programs are system-wide with little intent to adapt to specific diseases. One example demonstrates how vaccination and child health programs can be integrated with large-scale anti-poverty and maternal, new born and child health initiatives, to expand coverage within a broad-based program

Table 1 is an example of a diagonal approach involving cancer (CC and BC) and CVDs. It shows how such an approach provides a cross-cutting and comprehensive framework that encompasses:

- (i) interrelationships between diseases;
- (ii) requirements for targeted approaches that correspond to individual diseases and place specific demands on health systems, and
- (iii) ways to manage interrelationships between diseases across health systems, to improve coverage for many diseases and population groups.

Table 1. An example of a diagonal approach applied to CC, BC and CVDs.

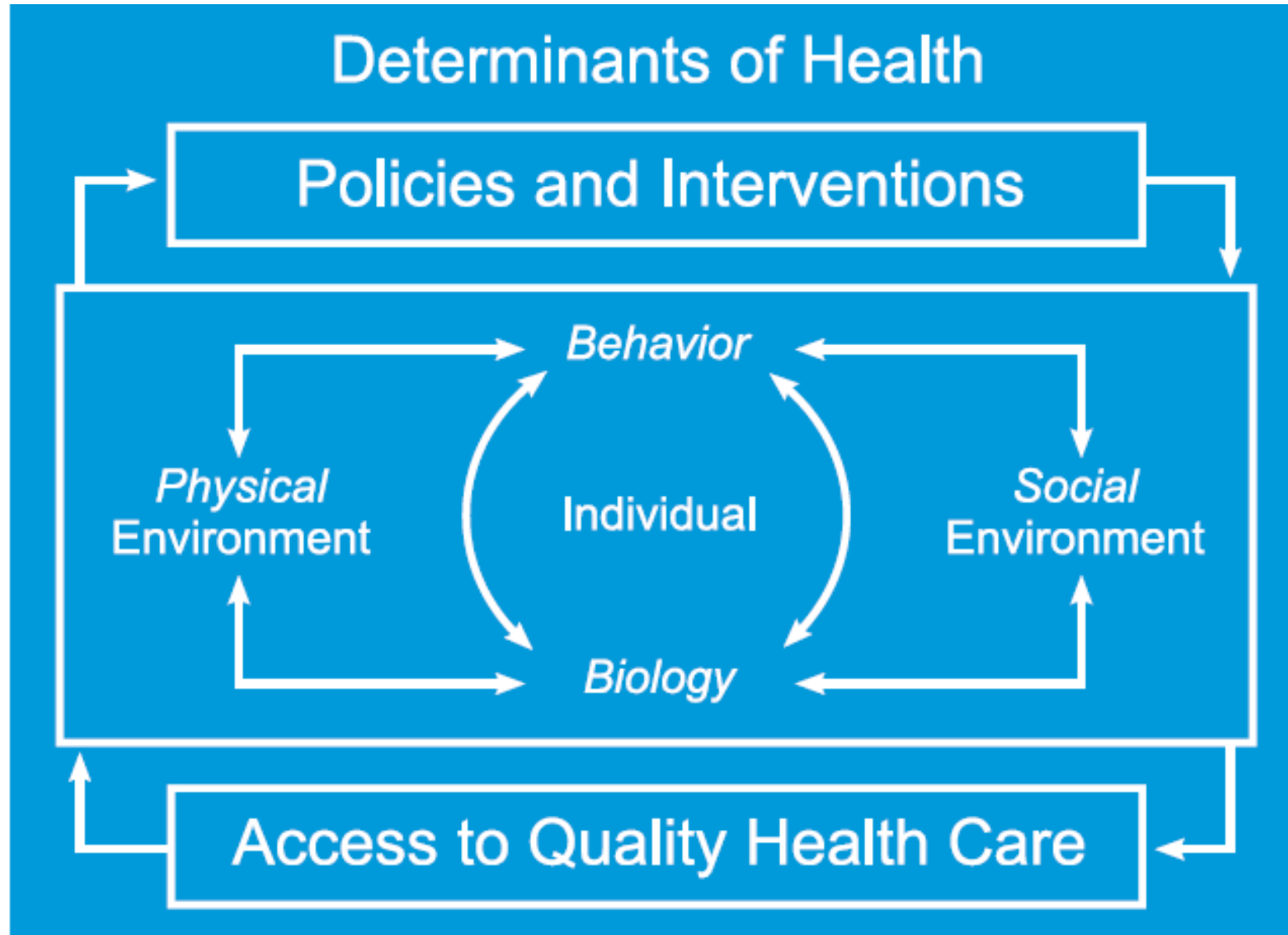
	Diseases		
Steps of the care continuum	Cancer (CC and BC)	CVDs	Disease and health systems functions
Primary prevention (healthy lifestyles)			Stewardship
Early detection (secondary prevention)			Financing
Diagnostics and treatment			Provision
Treatment			Revenue generation
Pain control and palliation			

Focus sullo screening colorettaile (2)

Le persone che hanno avuto un esito negativo all'endoscopia di screening o hanno avuto una asportazione di adenomi sembrano interpretare l'esito dell'esame come una conferma del loro stile di vita

*Stead et al. Prev Med
2012*

I determinanti della salute



La prevenzione dovrebbe essere attuata
in un **contesto unico**
dove interventi di prevenzione
individuale, collettiva e ambientali
siano strettamente legati
poichè esposizioni a fattori di rischio
esogeni ed endogeni agiscono
simultaneamente sullo (stesso)
individuo.

- 
- **Interventi multifattoriali**

INTERVENTI MULTI-COMPORTAMENTALI

(in inglese *multiple behavior / multiple risk factor interventions*)



tutti quelli che mirano alla modifica di più di un comportamento o fattore di rischio presso una data popolazione,

- sugli stessi individui,
- sulla base di un unico approccio teorico e metodologico,
- attraverso un unico set di azioni e all'interno di un unico disegno di valutazione

Screening (mammografico, coloretta) come 'teachable moment': **elementi contro**

Riproducibilità

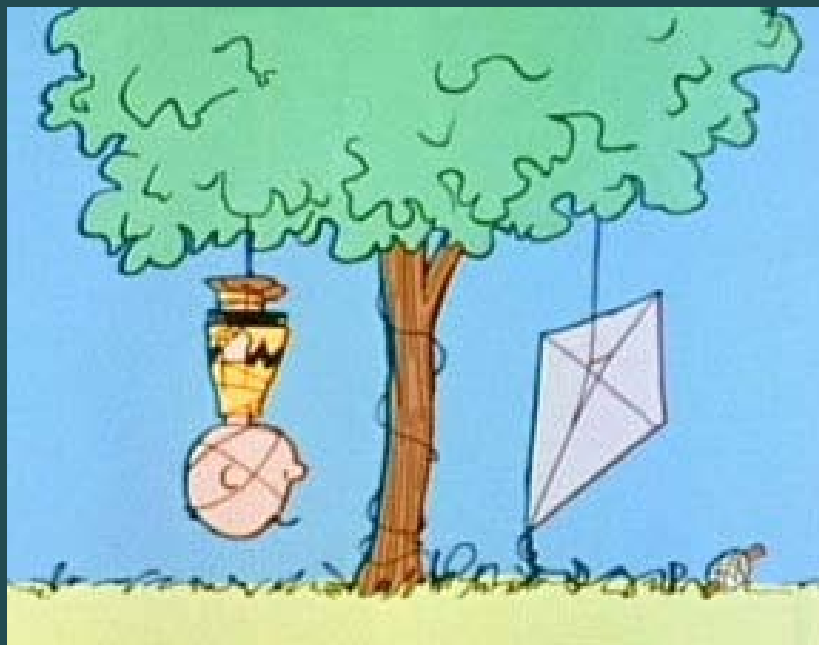
Mantenimento nel lungo periodo del cambiamento

Condivisione dei principi sugli stili di vita salutari con il proprio contesto familiare/sociale

Eterogeneità della popolazione

Emotività del momento

La grande sfida



Grazie...

Gli studi DIANA

Donne in post-menopausa

Intervento counseling intensivo mirante a modificare le abitudini alimentari

3-5 mesi; corso di cucina;
preparazione e consumo pasti in comune

Questi studi hanno dimostrato che un intervento sulla dieta basato sulla riduzione del consumo di carboidrati semplici e grassi saturi e sull'aumento del consumo di cereali integrali, legumi e alimenti di origine vegetale vegetali determina cambiamenti del metabolismo degli ormoni sessuali e dell'insulina associati alla riduzione del rischio di recidive

DIANA-2: Follow-up a 5 anni

Ripresa di malattia in funzione dei livelli di testosterone basali e dopo un anno di dieta

Testosterone basale	Testosterone ad 1 anno	Recidive	RR * (IC 95%)
Alto (>4ng/ml)	Alto	20/39	1
Alto	Basso	2/13	0.15 (0.03-0.71)
Basso (<4ng/ml)	Alto	1/3	1.05 (0.13-7.81)
Basso	Basso	6/52	0.15 (0.06-0.39)

*Aggiustati per T, N e recettori

Berrino et al IJC 2005

DIANA (Dieta e ANdrogeni)-5

sperimentazione clinica controllata

dell'efficacia della dieta e dell'attività fisica

per prevenire o ritardare eventuali recidive nelle donne operate per carcinoma mammario ad alto rischio per fattori ormonali o metabolici



diana@istitutotumori.mi.it

[www.istitutotumori.mi.it /cascina rosa](http://www.istitutotumori.mi.it/cascina_rosa)

DIANA-5: 2.400 pazienti

Testosterone sierico

1200 pazienti con testosterone >0.4ng/ml

questionario e prelievo di sangue basale

random

**Intervento attivo su
dieta e attività fisica
(600 donne)**

127 recidive attese

**Solo raccomandazioni
(600 donne)**

190 recidive attese in 5 a