

Raccolta delle esperienze di counselling strutturato nelle Aziende USL



Giugno 2012

Progetto:

"La prevenzione delle malattie cardiovascolari" (Determina n. 11683/2011)
Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012

Raccolta delle esperienze di counselling strutturato nelle Aziende USL

A cura di:

Clara Curcetti, Luisa Parisini,
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Antonio Brambilla
Responsabile Servizio

Giugno 2012

Si ringraziano:
le Aziende USL per il prezioso contributo fornito per la realizzazione della ricognizione regionale

Progetto:
"La prevenzione delle malattie cardiovascolari"
Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012

Impaginazione e grafica a cura di: Luisa Parisini

Indice

| | |
|--|----|
| La ricognizione: gli obiettivi, la metodologia, i risultati | 7 |
| Le esperienze di counselling strutturato: | |
| Azienda USL di Piacenza | 9 |
| Azienda USL di Parma | 11 |
| Azienda USL di Reggio Emilia | 12 |
| Azienda USL di Modena | 25 |
| Azienda USL di Bologna | 27 |
| Azienda USL di Imola | 28 |
| Azienda USL di Ferrara | 29 |
| Azienda USL di Ravenna | 31 |
| Azienda USL di Forlì | 32 |
| Azienda USL di Cesena | 33 |
| Azienda USL di Rimini | 35 |
| | |
| Allegati | |
| Azienda USL di Modena | 37 |

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, approvato il 27 dicembre 2010 con DGR n. 2071, si articola in numerosi programmi/progetti riguardanti tematiche che richiedono la stretta integrazione di professionalità e competenze, tra i quali è compreso quello relativo alla prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari per i pazienti dimessi dagli ospedali con diagnosi di post-IMA/SCA.

In particolare, si è posto l'accento sulla importanza di un adeguato counselling, in quanto le difficoltà nel sottoporsi periodicamente agli accertamenti ed alle modificazioni degli stili di vita, limitano fortemente l'adesione dei soggetti alle procedure suggerite, con la necessità di rinforzare costantemente l'ambito motivazionale. In tale ottica, si è ritenuto utile prevedere, tra gli obiettivi specifici del progetto, lo sviluppo di attività di counselling, per migliorare l'informazione fornita al paziente e ai familiari (care-givers), l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute.

Al fine di acquisire elementi di conoscenza, si è attivata una ricognizione sulle esperienze/attività di offerta attiva di counselling nelle Aziende USL (nota prot PG/2011/213822), che si è focalizzata su ambiti prioritari d'indagine: Distretto e ambito territoriale in cui si è sviluppata l'esperienza/intervento; principi, scopo e fasi dell'intervento di counselling; figure professionali coinvolte (MMG, Pediatri, Infermieri, altri operatori sanitari dei servizi territoriali, farmacisti, insegnanti, associazioni dei cittadini, personale delle amministrazioni comunali); target popolazione (adulti, adolescenti, bambini, donne, anziani, famiglie).

| |
|---|
| Esperienze complessivamente presentate: |
| n. 41 |
| Ambito territoriale: |
| 20 a valenza aziendale, 21 a valenza distrettuale |
| Figure professionali coinvolte: |
| U.O. ospedaliera (24), MMG (19), Infermieri (16), Distretto (5), Sanità pubblica (5), Medico dello sport (5), PdLS/Pediatria (4), Psicologi (4), Dietista (4), Ostetriche (1) |
| Altre figure professionali e territoriali |
| Insegnanti/scuole, educatori attività motoria, Comuni, palestre e società sportive, cardiologi territoriali, centri antifumo/U.O. dipendenze patologiche, farmacisti, volontariato, parrocchie, ecc... |

Delle 41 esperienze aziendali, (**Tab. 2**), 10 riguardano iniziative di supporto educativo per orientare, sostenere e sviluppare atteggiamenti attivi sul corretto stile di vita; 10 riguardano esperienze a pazienti post IMA/SCA o che hanno uno scompenso cardiaco; 5 riguardano esperienze rivolte a pazienti diabetici, 4 di sensibilizzazione alla disassuefazione al fumo, 4 si rivolgono ad iniziative di prevenzione primaria, 4 rientrano nell'ambito del miglioramento delle abitudini alimentari, 3 nell'ambito della formazione e, infine, 1 per quanto riguarda il counselling nel progetto TAO.

Tabella 2 – Le esperienze di counselling strutturato nelle Aziende USL

| Azienda USL | Aree tematiche di intervento | | | | | | | | Totale |
|---------------|------------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|----------|--------------------|------------------------------------|------------|-----------|
| | Fumo | Diabetici | Nutrizione /obesità NAFLD | Post IMA/SCA e Scompenso | TAO | Educaz. Stili vita | Iniziative di prevenzione primaria | Formazione | |
| Piacenza | | 1 | | 1 | | | | | 2 |
| Parma | 1 | | 1 | | | | | | 2 |
| Reggio Emilia | 2 | | 1 | 5 | | 8 | 4 | | 20 |
| Modena | | 2 | 1 | | 1 | | | | 4 |
| Bologna | | | | 1 | | | | 1 | 2 |
| Imola | | | | | | 1 | | | 1 |
| Ferrara | | 1 | | 1 | | | | | 2 |
| Ravenna | | | | | | | | 1 | 1 |
| Forlì | | | | 1 | | | | 1 | 2 |
| Cesena | | | | 1 | | | | | 1 |
| Rimini | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | 4 |
| Totale | 4 | 5 | 4 | 10 | 1 | 10 | 4 | 3 | 41 |

Complessivamente l'indagine ha evidenziato che tutte le Aziende USL hanno in corso delle esperienze attive, con una crescente attenzione alla promozione di stili di vita sani e di modifica di comportamenti a rischio ed uno sforzo comune a ridefinire i modelli organizzativi per mettere in relazione strutture e professionisti coinvolti.

Tuttavia si è rilevata una situazione estremamente variegata che ha reso necessaria la definizione, entro il 31 dicembre 2012, di Linee regionali di intervento finalizzate ad un'applicazione omogenea su tutto il territorio di percorsi strutturati di counselling post IMA/SCA, attivando, a tale scopo uno specifico sottogruppo coordinato da Clara Curcetti e costituito da Patrizia Beltrami, Manuela Colonna, Annamaria Ferrari, Roberta Gabusi, Luisa Parisini, Diletta Priami, Stefano Urbinati. In tale ottica, e nella previsione di un prolungamento della vigenza del Piano regionale della prevenzione, si ritiene di porsi come obiettivo al 31 dicembre 2013, che in ogni Azienda USL ci sia almeno un punto di offerta attiva di counselling coerente con le suddette linee regionali.

La raccolta, l'analisi e l'elaborazione delle informazioni pervenute consentono di illustrare le principali evidenze nel presente Report. Le esperienze e le informazioni raccolte sull'attività svolta nelle singole AUSL si configurano comunque come un work in progress.

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | EDUCAZIONE DEI PAZIENTI DIABETICI AD UN CORRETTO STILE DI VITA |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale U.O. Diabetologia dell'Ospedale Civile di Piacenza |
| Principi, scopo e fasi | <p><u>Premessa:</u> Il diabete mellito si associa ad un elevato rischio cardiovascolare che ha giustificato l'inserimento del paziente in una classe di rischio equivalente a chi ha avuto già un evento cardiovascolare. Le Linee Guida italiane e di altri paesi sulla terapia del paziente affetto da diabete mellito tipo 2 non insulino-dipendente prevedono come primo step l'educazione al paziente ad un corretto stile di vita. Anche nel diabete di tipo 1, che richiede fin dall'inizio della diagnosi la terapia insulinica, è fondamentale associare un corretto stile di vita.</p> <p>Il life style richiede un'educazione del paziente ad una corretta alimentazione ed un aumento dell'attività fisica. Gli studi che hanno confrontato gli effetti di una gestione dei pazienti diabetici con programma di cura intensa allo stile di vita confrontato alla terapia farmacologica (metformina) nel diabete tipo 2 di nuova diagnosi, hanno dimostrato la superiorità del primo tipo di trattamento. Anche nel diabetico noto l'attività fisica graduale e costante migliora il complesso glicometabolico ed i fattori di rischio associato (iperlipidemia ed eccesso ponderale).</p> <p><u>Intervento:</u> Il programma prevede un intervento di educazione dei pazienti diabetici ad un corretto stile di vita, attraverso un colloquio motivazionale con il medico diabetologo, a cui fa seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un'impostazione, nei diabetici di nuova diagnosi, o revisione, dei pazienti diabetici già noti, di una corretta alimentazione con un programma di dietoterapia con colloquio con la dietista e rinforzo motivazionale con revisione in media dopo 3 mesi; - un colloquio di motivazione sui benefici dell'attività fisica praticata in modo costante e di educazione ad una tecnica di passeggiata che stimoli la fitness cardiorespiratoria coinvolgendo nel passo gli arti superiori e inferiori (feet walking) con aiuto di un esperto in scienze motorie che mostra ai pazienti la tecnica. L'esperto è presente ad incontri mensili per addestrare i pazienti, che poi proseguono le passeggiate accompagnati da volontari dell'associazione diabetici e dal personale sanitario. <p>Nelle passeggiate in cui i pazienti vengono accompagnati nel percorso di feet walking dal personale sanitario, prima ed alla fine dell'attività fisica viene eseguito un controllo della glicemia capillare per valutare gli effetti della camminata sulla variabilità glicemica.</p> |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | PROMOZIONE MODIFICAZIONE STILI DI VITA POST IMA/SCA |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale U.O. Cardiologia dell'Ospedale Civile di Piacenza |
| Principi, scopo e fasi | <p>Il percorso prevede le seguenti fasi operative: all'atto della dimissione dopo evento acuto (IMA/SCA) sono previsti promozione della modificazione degli stili di vita secondo modelli sani e l'eventuale indirizzo in terapia riabilitativa dedicata presso U.O. Cardiologia P.O. della Val Tidone e Casa di Cura convenzionata S.Giacomo di Ponte dell'Olio (PC).</p> <p>Al follow-up dopo un mese sono previsti un rafforzamento della promozione degli stili di vita sani ed una valutazione della compliance terapeutica che vengono ripresi nel controllo a 6 mesi.</p> <p>In ogni fase del percorso il MMG viene coinvolto nella gestione del paziente attraverso l'utilizzo della lettera di dimissione secondo il format regionale, e con la lettera aziendale di controllo ambulatoriale alle visite a 6 mesi e successive.</p> |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | CENTRO ANTIFUMO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>Il Centro Antifumo è attivo nel Distretto di Parma presso il Polo Sanitario di Via Pintor, con utenza provinciale, ed è aperto un pomeriggio alla settimana in prossimità degli ambulatori specialistici di cardiologia.</p> <p>Il servizio è fruibile tramite richiesta del MMG e degli specialisti (cardiologi, diabetologi, ecc.) e prenotabile a CUP.</p> <p>Viene effettuata una presa in carico con valutazione clinica e funzionale, seguita da counselling psicologico ed il follow up viene effettuato con verifica clinica e strumentale dell'esito della terapia entro i 12 mesi.</p> |
| Figure professionali coinvolte | Un medico igienista, esperto di tabagismo, uno psicologo ed una unità infermieristica |
| Target popolazione | Adulti tabagisti, in modo particolare soggetti ad alto rischio cardiovascolare (es. diabetici ed ipertesi) e pazienti infartuati (prevenzione secondaria). |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | AMBULATORIO DIETETICA E COUNSELLING NUTRIZIONALE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>L'ambulatorio è ubicato nella sede del Dipartimento di Sanità Pubblica di Parma con utenza provinciale.</p> <p>Il servizio svolge attività di prevenzione primaria, in tema di miglioramento delle abitudini alimentari e prevede due percorsi: "optimal diet" e "obesity". L'accesso avviene con prenotazione telefonica (tramite numero verde) o attraverso il CUP ed è necessaria la richiesta del MMG o dello specialista.</p> <p>I pazienti vengono accolti con un colloquio preliminare, consegna del diario alimentare e viene effettuata l'anamnesi e la visita medica. I pazienti completano l'iter con sedute (individuali o di gruppo), per il counselling nutrizionale, follow up a 6/12 mesi; i pazienti obesi richiedono follow up più frequenti: 3, 6,12 mesi, associati ad una valutazione della terapia farmacologica.</p> <p>Sono stati attivati percorsi integrati per l'eventuale invio, quando necessario, al Centro Obesi o al Percorso di Chirurgia Bariatrica.</p> |
| Figure professionali coinvolte | Un medico igienista, esperto in igiene della nutrizione, un dietista, un assistente sanitario, un medico dello sport, uno psicologo esperto nel trattamento dei disturbi alimentari. |
| Target popolazione | Popolazione di età compresa tra i 18 ed i 50 anni. |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PROGETTO BABY NO SMOKE attivo dal 2008 |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>Lo scopo è di sensibilizzare le famiglie dei nuovi nati italiani e stranieri sui danni del fumo passivo e sui vantaggi del non fumare; sensibilizzare adolescenti e preadolescenti sui vantaggi di non iniziare a fumare e mantenersi liberi dal fumo; continuare a mantenere libere dal fumo le donne che hanno smesso di fumare in gravidanza.</p> <p>Viene rilevata, su un'apposita scheda, l'abitudine al fumo nelle madri dei nuovi nati, prima, durante la gravidanza e al 3° bilancio di salute del bambino. Viene distribuito materiale informativo, sensibilizzando sui danni del fumo passivo e sui vantaggi del non fumare.</p> |
| Figure professionali coinvolte | PLS, Ostetriche |
| Target popolazione | Mamme in gravidanza e subito dopo il parto, famiglie nuovi nati, preadolescenti ed adolescenti |

| | |
|--|---|
| Esperienza di counselling | PROGETTO SOVRAPPESO ED OBESITA' attivo dal 2011 |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>E' volto a valutare l'efficacia di un intervento di counselling nei bambini in sovrappeso.</p> <p>Lo scopo è di promuovere in età precoce una sana alimentazione e di gestire il bambino in sovrappeso; do sostenere, inoltre, la promozione dell'attività fisica nei bambini fin dalla scuola elementare, collaborando con gli organi competenti.</p> <p>Nel primo semestre 2011 è stata fatta la formazione a tutti i PLS sul colloquio motivazionale in collaborazione con Luoghi di Prevenzione. L'Unità di Epidemiologia aziendale ha selezionato tra i pazienti in sovrappeso (BMI compreso tra l'85° e il 95° percentile) quelli rientranti nella fascia di età 5-7 anni, che i PLS hanno sottoposto ad un questionario sulle abitudini alimentari. I bambini sono stati randomizzati in due gruppi: "trattati" (T) e "controlli" (C). Ai primi viene riservato l'intervento di counselling ogni 3 mesi, mentre ai secondi sono rivolte le usuali informazioni sulla prevenzione all'obesità che il PLS già comunemente fornisce una volta all'anno in occasione del bilancio di salute. I bambini obesi vengono, invece, indirizzati ai centri di riferimento di 2° livello (BMI>95° percentile).</p> <p>L'obiettivo è di valutare l'efficacia dell'intervento di counselling a un anno dalla presa in carico, in termini di variazione del valore di BMI, di modifica delle abitudini nutrizionali e/o di attività fisica.</p> |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | PLS, insegnanti, educatori attività motoria, unità di epidemiologia aziendale, SIAN, pediatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Reggio Emilia, Luoghi di Prevenzione |
| Target popolazione | Bambini sovrappeso e obesi |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | UNA MONTAGNA DI SPORT E SALUTE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | <p>Il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia), il Distretto (Centro di Medicina dello Sport, MMG, Pediatri) i dieci Comuni del Distretto montano, il Parco Nazionale dell’Appennino Tosco-Emiliano, il Dipartimento di Sanità Pubblica, hanno realizzato questo progetto con l’intento di creare una cultura volta a promuovere la pratica dell’attività fisica nelle varie fasce di età come prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari e non solo.</p> <p>Tutto ciò valorizzando la rete delle strutture sportive e ricreative esistenti sul territorio ed il patrimonio naturale e mettendo a sistema le strutture ed i professionisti che si occupano di prevenzione primaria e secondaria con i luoghi e le strutture nei quali diffondere le politiche favorevoli al cambiamento nello stile di vita per la promozione dell’attività fisica (scuole, percorsi nel Parco, percorsi nei Comuni a partire dal Comune di Castelnuovo Monti, palestre, società sportive, “Palestre sicure”).</p> <p><u>Obiettivi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - creare nuove politiche di salute pubblica utilizzando un approccio olistico ed ecologico alla persona; - rafforzare i processi di partecipazione dei cittadini creando delle azioni comunitarie integrate; - favorire la diffusione della pratica regolare di attività fisica e sportiva fra la popolazione complessiva, nell’ottica di una più generale cultura relativa all’adozione di corretti stili di vita; - sviluppare una rete integrata di professionisti che coinvolga MMG, PLS, Specialisti nelle varie discipline ed in particolare in quella cardiologica e riabilitativa, al fine di giungere alla prescrizione dell’attività fisica alla stregua di tutti gli altri trattamenti sanitari, con l’attiva partecipazione dei laureati in scienze motorie; - valorizzare le eccellenze legate ad un assetto ambientale naturale particolarmente favorevole rispetto alla pratica dell’attività fisica; - sviluppare le abilità individuali attraverso l’educazione e la formazione. <p><u>Azioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione ai MMG, ai PLS e agli Specialisti ambulatoriali sui benefici del movimento fisico come fattore fondamentale di prevenzione primaria e secondaria (anno 2010); - brochure per i MMG e PLS riportante: <ul style="list-style-type: none"> o quali attività, per quali destinatari; o i tempi e i modi del movimento fisico; o i luoghi del movimento fisico: le palestre, le strutture sportive e ricreative ed i percorsi naturali; o la prevenzione del rischio cardiovascolare. - convenzione con il Parco dell’Appennino Tosco-Emiliano e i dieci Comuni del Distretto per l’individuazione e la manutenzione di percorsi della salute; - presentazione dell’iniziativa al pubblico e coinvolgimento della |

| | |
|--|---|
| | popolazione; - monitoraggio del progetto e delle azioni di miglioramento; - misurazione dei benefici sulla popolazione. |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | MMG, PdLS, Centro di Medicina sportiva “Danilo Parmeggiani”, Dipartimento di Sanità Pubblica, Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti, Dipartimento e Programma Cure Primarie, Comuni del Distretto, Parco Appennino Tosco-Emiliano, Società Sportive e Palestre, Scuole |
| Popolazione target | Popolazione nelle varie età |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | TENDE DEL CUORE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | L’Associazione di volontariato per la lotta alle malattie cardiovascolari “Il cuore della montagna”, in collaborazione con il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti e il Centro di Medicina dello Sport del Distretto, organizza nelle domeniche durante l’estate incontri nelle piazze dei paesi della montagna definite “Tende del Cuore”. Durante queste giornate vengono misurati i seguenti parametri: pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia, viene effettuata la valutazione del rischio cardiovascolare della singola persona, indicati alla popolazione i fattori di rischio cardiovascolare, fornito materiale educativo. |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | CONOSCO MEGLIO IL MIO CUORE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | Ogni settimana, due ore dell’attività lavorativa dei Medici e degli Infermieri del Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti sono dedicate all’educazione dei pazienti ricoverati, in merito alla patologia cardiovascolare nei suoi diversi aspetti, alle terapie cardiovascolari farmacologiche e non (bypass, PTCA), ai fattori di rischio cardiovascolare. Dietista e psicologo sono inoltre a disposizione dei pazienti per approfondire ulteriori problematiche insorte. |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | DOTTORE HO AVUTO UN INFARTO E ADESSO? |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | Il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti ha, nei suoi programmi, giornate di “Riabilitazione Estensiva” con richiami a 3, 6, 12 mesi dall’evento ischemico acuto, al fine di garantire la continuità terapeutica ed il controllo dei fattori di rischio in prevenzione secondaria e la possibilità di un counselling telefonico da parte del personale infermieristico, come ulteriore strumento di educazione e “protezione-sicurezza” per i pazienti stessi. |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PERCHE’ NELLA VITA CI VUOLE DELC...UORE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | L’Associazione di Volontariato “Il Cuore della Montagna”, in collaborazione con il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti, il Centro di Medicina dello Sport del Distretto, gli infermieri del 118 ed il Centro di Coordinamento Scolastico del Distretto Montano CCQS, organizza, per gli studenti delle classi quarte e quinte delle Scuole Secondarie Superiori del Distretto, periodiche lezioni in cui vengono descritti i vari aspetti della malattia cardiovascolare, i relativi fattori di rischio, e, per quanto riguarda gli interventi di primo soccorso, vengono effettuati “Corsi di Rianimazione BLS”, con rilascio di attestato di partecipazione. |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | IL CUORE DELL’OCA..... |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | L’Associazione di Volontariato “Il Cuore della Montagna”, in collaborazione con il Centro di Coordinamento scolastico CCQS, il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell’Ospedale di Castelnuovo Monti e il Centro di Medicina dello Sport del Distretto, organizza, per gli studenti del quinto anno delle Scuole di Primo grado, incontri di educazione riguardo la patologia cardiovascolare ed i suoi fattori di rischio. Viene fornito agli studenti “Il gioco dell’oca” in cui vengono indicati, nelle varie caselle del gioco, i principali fattori di rischio (fumo, sedentarietà, sovrappeso, alimentazione scorretta, ecc), i comportamenti corretti premianti, che fanno avanzare di casella: (il movimento fisico, corretti comportamenti alimentari, ecc). In tal modo gli stessi studenti diventano consapevoli e “promotori di salute” presso i propri familiari. |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | PREVENIRE E' CURARE.... |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CASTELNUOVO MONTI) |
| Principi, scopo e fasi | Il Centro di Riabilitazione Cardiologica dell'Ospedale di Castenuovo Monti in collaborazione con il Distretto ha in progetto la realizzazione di un ambulatorio per l'identificazione e la valutazione, presa in carico e controllo nel tempo dei risultati e dell'evoluzione dello stato di salute dei soggetti ad elevato rischio cardiovascolare. |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | “COUNSELLING ATTIVO” PER LA PREVENZIONE SECONDARIA DELLA MALATTIE CARDIOVASCOLARI NEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CORREGGIO) |
| Principi, scopo e fasi | Migliorare l'empowerment del paziente per una maggiore efficacia degli interventi clinici. Il progetto prevede: <ul style="list-style-type: none"> - la chiamata attiva del paziente per un colloquio “motivazionale” durante il quale vengono date le principali informazioni relativamente ai corretti stili di vita da assumere (dieta, attività motoria, ecc) e vengono forniti strumenti ed informazioni relativi all'auto-monitoraggio di eventuali parametri clinici (peso, diuresi, pressione arteriosa, diario dei farmaci assunti, numero di “passi” eseguiti nelle singole giornate, ecc); - ai controlli successivi, la valutazione insieme all'utente delle schede di auto-monitoraggio e di eventuali difficoltà riscontrate. Ai pazienti individuati come “meno compilanti” viene proposta la partecipazione a gruppi di auto-aiuto (massimo 10 persone), in cui viene fatta formazione/educazione da parte di un MMG e un infermiere. Si prevede un incontro settimanale per un totale di 8 incontri. |
| Figure professionali coinvolte | MMG e Infermieri |
| Target popolazione | Il progetto attualmente vede coinvolta la popolazione di riferimento di uno dei due NCP. Si prevede di estendere il progetto entro la fine del 2011 anche all'altro NCP. Utenti con diabete, scompenso cardiaco, ipertensione severa |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | INIZIATIVE DI INFORMAZIONE RELATIVAMENTE AL TEMA DELLA SALUTE (PREVENZIONE PRIMARIA: ASSUNZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI CORREGGIO) |
| Principi, scopo e fasi | Annualmente vengono organizzati in collaborazione con associazioni di cittadini (AUSER) e con la Croce Rossa locale, iniziative di informazione relativamente al tema della salute (prevenzione primaria: assunzione di corretti stili di vita), Il singolo “pacchetto” prevede 3-4 interventi di 2 ore, di cui 1-2 interventi dedicati al tema delle malattie cardiovascolari. |
| Figure professionali coinvolte | MMG, specialisti, farmacisti, infermieri |
| Target popolazione | Popolazione residente nel territorio |

| | |
|--|--|
| Esperienza di counselling | ESPERIENZA REALIZZATA NEL 2010 NEL COMUNE DI BORETTO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI GUASTALLA) Comune di Boretto |
| Principi, scopo e fasi | L'Amministrazione comunale di Boretto, ha istituito una Consulta Medica, con l'obiettivo di svolgere attività consultiva e propositiva in materia di valorizzazione e tutela della salute dei cittadini. La Consulta medica, costituita dai sanitari volontari residenti nel comune di Boretto che vede la partecipazione quale invitato permanente del Direttore di Distretto, ha organizzato nell'anno 2010 una serie di incontri pubblici, su diversi temi di rilevanza sanitaria; tra questi in data 12/06/2010 un'iniziativa che aveva come titolo “a tu per tu con gli amici del cuore” e in data 11/12/2010 un'altra iniziativa dal titolo “a tu per tu con gli amici del diabete”. In entrambe le giornate è stata fatta attività di counselling, di educazione sanitaria e attività di prelievi ematici per la rilevazione dei valori glicemici e di colesterolo ai cittadini partecipanti. |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | In entrambi gli eventi erano coinvolti i MMG del paese, la cardiologia e la diabetologia dell'Ospedale di Guastalla, la Direzione del Distretto, infermieri volontari legati alle Associazioni di volontariato “Amici del Cuore” e “Amici del diabete”, il Comune di Boretto e l'Associazione Consulta Medica. |
| Target popolazione | Adulti e anziani. |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE SECONDARIA, PROGETTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA RIVOLTO AI PAZIENTI ARRUOLATI NEL PERCORSO SCOMPENSO CARDIACO, IN GESTIONE INTEGRATA FRA SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI REGGIO EMILIA) |
| Principi, scopo e fasi | <p><u>Scopo:</u> L'intervento educativo ha lo scopo di fornire al paziente e al caregiver/familiare le strategie necessarie a promuovere l'attenzione alle proprie cure e ad assumere un ruolo attivo nella gestione della malattia. Le finalità del progetto sono: fornire elementi di conoscenza della malattia e delle modalità di gestione; dare indicazioni sulla terapia e verificarne l'aderenza; dare informazioni sui provvedimenti non farmacologici (dieta, abolizione fumo, attività fisica...) atti a consolidare e modificare lo stile di vita; educare il paziente all'autogestione del diuretico e all'autoanalisi di alcuni parametri (diuresi, peso, PA...); educare il paziente e i familiari a riconoscere i sintomi e i segni che indicano un peggioramento della malattia; fornire informazioni dettagliate del percorso da seguire in caso di instabilità clinica; favorire la gestione integrata del paziente scompensato; mantenere le relazioni fra MMG e cardiologo.</p> <p><u>Fasi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> § visita cardiologica - arruolamento (mail al medico curante e al Dipartimento di Cure Primarie) § colloquio con l'infermiere (10 min) in cui al paziente viene consegnato il documento "una fermata prenotata" e il diario giornaliero, viene indirizzato al medico curante con il referto specialistico, viene spiegato che entrerà in un percorso di cura integrato ed informato sul progetto di educazione terapeutica § l'infermiere programma una sessione di counselling della durata di 40 minuti in cui potrà venire coinvolto un familiare o il care giver (soprattutto se il paziente non collabora in modo efficace) § incontro del "team educativo" – diagnosi educativa e definizione degli obiettivi educazionali individuali. Compilazione della cartella educativa § attività di gruppo: due incontri di 2,30 h ciascuno con massimo 10 persone (compresi familiare o care giver) nei quali vengono affrontate le seguenti tematiche: inquadramento generale delle problematiche della malattia (specialista), terapia farmacologica (specialista), dieta (IP/MMG), stili di vita (IP/MMG), modalità per riconoscere precocemente sintomi di aggravamento della malattia (specialista/MMG). Il secondo incontro è a circa un mese dopo il primo § incontro del team educativo – rendiconto educativo, valutazione e raggiungimento degli obiettivi. Invio sintesi del rendiconto del percorso educativo al MMG per e-mail § monitoraggio e controllo: follow-up telefonico da parte dell'infermiere con scheda dopo 1 mese e successivamente ogni 6 mesi per rilevare eventuale modifica di segni e sintomi della malattia, aderenza agli stili di vita consigliati, capacità di autocura, ricoveri intercorsi. In caso di instabilità l'infermiere avverte il MMG che valuterà se inviare il |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>paziente al 2° livello</p> <p>§ sedute rinforzo: se necessario rinforzo counselling con invito o con visita domiciliare dell'infermiere (in base alle condizioni cliniche del paziente).</p> |
| Figure professionali coinvolte | Infermieri formati, cardiologi territoriali, MMG |
| Target popolazione | Pazienti arruolati nel percorso scompenso cardiaco |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | PROGETTO BIBBIANO DI PREVENZIONE DI COMUNITÀ E PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI MONTECCHIO EMILIA) Comune di Bibbiano |
| Principi, scopo e fasi | <p>Gli interventi volti alla prevenzione e modificazione di stili di vita richiedono tempi lunghi, strategie e strumenti adatti ai diversi target di popolazione per combinare le iniziative volte al singolo individuo (e in particolare a quelli ad alto rischio) con strategie di comunità che coinvolgano il più possibile in un lavoro sinergico tutte le risorse presenti nel territorio. Il Progetto Bibbiano è nato nel 2009 con l'obiettivo di mettere in rete tutte le azioni di prevenzione che già si attuavano, coordinarle e promuoverle facendo leva sui MMG e sui PLS, coinvolgendo tutte le realtà del paese: scuole, attività produttive, società sportive, Centro Diurno, Centri Sociali, Associazioni, parrocchie.</p> <p>Interventi specifici fatti a Bibbiano, dal 2009 al 2011, soprattutto di carattere informativo ed educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scuola primaria (pubblica e privata parificata): COLORIAMO LA TAVOLA volta ad incentivare nei bambini il consumo di frutta e verdura; - scuola media: interventi sull'alimentazione, fumo e alcool in collaborazione con luoghi di prevenzione; - adulti: serate nei circoli sociali su alimentazione, attività fisica in collaborazione con GEB (Gruppo Escursionisti Bibbianesi associato al CAI); - popolazione generale: informazioni su cartellonistica nelle sale d'attesa dei MMG e PLS, servizi sociali, URP del Comune, sito web del Comune, farmacie (compresi messaggi su monitor); - AVIS e CROCE ARANCIONE: hanno partecipato con azioni di sensibilizzazione dei volontari e dei donatori sugli stili di vita salutari, in particolare su fumo e alimentazione; - pazienti nella fascia di età 35-69 anni che afferiscono agli ambulatori dei MMG: oltre al calcolo del rischio cardiovascolare individuale, i MMG fanno interventi di counselling utilizzando materiale informativo specifico. <p>Nel corso del 2010 sono stati coinvolti in modo diretto gruppi di giovani che organizzano serate per i loro coetanei in luoghi di aggregazione, in cui, per quella sera, si consumavano solo bevande analcoliche. Le due serate sono state fatte presso i CIRCOLI ANSPI di Bibbiano e di Barco (entrambi</p> |

| | |
|---|--|
| | gestiti da gruppi di giovani), usando materiale informatico elaborato da “Luoghi di prevenzione”. Entrambe le serate hanno visto un interesse notevole in chi ha partecipato. Risulta importante lavorare con i giovani sensibili al problema della prevenzione per arrivare ai coetanei. A questo proposito è molto interessante la disponibilità del gruppo degli sbandieratori al Parco La Manara (circolo ARCI). |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte: | MMG, PLS, scuole, attività produttive, società sportive, Centro Diurno, Centri Sociali, Associazioni, parrocchie, AVIS e Croce Arancione, Comune di Bibbiano, luoghi di prevenzione |
| Target popolazione | Popolazione del Comune di Bibbiano, bambini, persone di età 35-69 anni che accedono all’ambulatorio dei MMG, giovani di Bibbiano e Barco |

| | |
|--|--|
| Esperienza di counselling | PREVENZIONE PRIMARIA DI EVENTI CARDIOVASCOLARI |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI SCANDIANO) |
| Principi, scopo e fasi | <p>Lo scopo è la prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari attraverso l’utilizzo del calcolo del rischio e un counselling breve a tutti gli assistiti in carico ai MMG del Distretto; mentre un counselling vero e proprio viene effettuato nei confronti dei forti fumatori per l’inserimento nei gruppi di disassuefazione.</p> <p>I MMG hanno a disposizione materiale informativo e sono stati formati all’utilizzo del calcolo del rischio cardiovascolare con il programma cuore.exe, strumento utile per proporre in modo opportunistico il “counselling breve” agli assistiti che entrano in contatto con loro, anche per altri motivi non inerenti le malattie cardiovascolari.</p> <p>L’attività di counselling vera e propria vede impegnati tutti i MMG e gli specialisti pneumologi, nel proporre a forti fumatori l’inserimento nei gruppi di disassuefazione al fumo condotti da psicologi in collaborazione con la Lega Tumori.</p> <p>Da anni vengono inviati i soggetti motivati ad un colloquio con uno psicologo e ad una eventuale partecipazione alle sedute di gruppo tenuto nella sede del MCP di Scandiano.</p> |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | MMG, pneumologi, psicologi, Lega tumori |
| Target popolazione | Tutti gli assistiti in carico ai MMG del Distretto di Scandiano |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PREVENZIONE SECONDARIA DI EVENTI CARDIOVASCOLARI |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza distrettuale (DISTRETTO DI SCANDIANO) |
| Principi, scopo e fasi | Sono state condivise tra MMG e specialisti cardiologi dell’Ospedale di Scandiano alcune avvertenze verbali e scritte, da dare ai pazienti alla dimissione dopo IMA o SCA e da scrivere nella lettera di dimissione. Questo consente di continuare l’opera di prevenzione da parte del MMG anche nel post-ricovero. A questo proposito, i NCP del Distretto di Scandiano hanno anche lavorato sui “Profili di Cura”, cercando di migliorare la terapia sia farmacologica che non, mettendo a punto progetti riguardanti l’IMA e lo scompenso cardiaco finalizzati alla prevenzione di nuovi episodi e di nuovi ricoveri. |
| Figure professionali coinvolte | MMG, cardiologi ospedalieri |
| Target popolazione | Pazienti dimessi dopo IMA/SCA |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PERCORSO DI COUNSELLING STRUTTURATO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale Ospedale di Guastalla – U.O. Cardiologia |
| Principi, scopo e fasi | L’attività di counselling strutturato viene eseguita dal personale infermieristico durante il ricovero ad alla dimissione per quanto riguarda informazione circa i fattori di rischio cardiovascolare e la loro correzione, le modifiche dello stile di vita, l’importanza dello svolgimento di attività fisica e la consuetudine tabagica. Inoltre, tutti i pazienti dimessi vengono rivalutati entro un mese nell’ambulatorio divisionale. Nell’ambito di tale follow-up, oltre alla valutazione della presenza di problematiche “aperte” ed alla stesura di un percorso diagnostico terapeutico, vengono rafforzati i concetti di prevenzione secondaria, sia dal medico che dall’infermiere presente in ambulatorio. |
| Figure professionali coinvolte | Cardiologo, infermiere |
| Target popolazione | Pazienti dimessi dalla Cardiologia |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO CARDIACO, CHE PREVEDE DUE LIVELLI: - AMBULATORIO CUP (6 VISITE/SETT) - AMBULATORIO AD AGENDA INTERNA (6-8 VISITE/SETT) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale Ospedale di Guastalla |
| Principi, scopo e fasi | <p>i) <u>All'ambulatorio CUP (6 visite/sett)</u> afferiscono pazienti con alta probabilità di avere disfunzione ventricolare sx sulla base dei segni, sintomi e fattori di rischio (pazienti inviati dal MMG secondo protocolli concordati): lo scopo di tale ambulatorio è di seguire una valutazione completa del paziente con associata indagine ecocardiografica al fine di raggiungere una diagnosi nell'ambito della visita.</p> <p>Se il sospetto diagnostico di disfunzione ventricolare sx viene confermato, il paziente viene arruolato nel percorso scompenso aziendale.</p> <p>L'arruolamento avviene attraverso un colloquio con il paziente ed un familiare (se possibile) nell'ambito del quale viene spiegata la malattia e l'iter diagnostico terapeutico che verrà concordato con il MMG.</p> <p>L'infermiere spiega l'importanza dell'automonitoraggio di parametri (peso corporeo, pressione arteriosa, comparsa di edemi, sintomi cui dare importanza...). Tali informazioni sono contenute anche in una brochure dedicata e consegnata al paziente.</p> <p>ii) <u>All'ambulatorio ad agenda interna (6-8 visite/sett)</u> afferiscono i pazienti che presentano quadri clinici complessi da un punto di vista della gestione delle comorbidità e/o con questioni cliniche "aperte" (valutazione di cardiocirurgia "estrema", terapia non farmacologica dello scompenso, potenziali candidati a trapianto cardiaco, pazienti con destabilizzazione emodinamiche frequenti ...).</p> <p>Viene sempre eseguito counselling "mirato" sulla problematica del paziente. I pazienti che afferiscono a questo ambulatorio arrivano ad avere un alto grado di conoscenza della loro malattia e delle possibilità di autogestione, grazie al riferimento medico ed infermieristico costante ed alla presa in carico della struttura ospedaliera, con un programma di follow up personalizzato.</p> |
| Figure professionali coinvolte | <p>i) Cardiologo, infermiere</p> <p>ii) 1 medico ed 1 infermiere</p> |
| Target popolazione | <p>i) Pazienti con alta probabilità di avere disfunzione ventricolare sx che se confermata entrano nel percorso scompenso.</p> <p>ii) Pazienti che presentano quadri clinici complessi</p> |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PERCORSO DI COUNSELLING STRUTTURATO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale Ospedale di Correggio - Cardiologia |
| Principi, scopo e fasi | Vengono dedicate 4 ore settimanali alla diagnosi e alla terapia di: ipertensione arteriosa, dislipidemie, sindrome metabolica, fumo di sigaretta. I pazienti sono inviati dal MMG. Assieme alla diagnosi strumentale viene dato al paziente materiale illustrativo, per consentire l'automonitoraggio e l'applicazione di corretti stili di vita. Il counselling breve viene fatto dal cardiologo incaricato del follow-up del paziente e ha modo quindi di sviluppare in modo dinamico la funzione di counselor. A partire dal 2005, dopo l'implementazione del Registro per lo scompenso e l'arruolamento dei pazienti, l'attività di counselling è stata estesa al paziente con insufficienza cardiaca. In questo setting le figure che applicano il counselling sono due: il cardiologo che abilita il paziente all'inserimento nel registro scompenso e il personale infermieristico del servizio addestrato per il colloquio motivazionale prima della dimissione dai reparti e per il follow-up ambulatoriale. |
| Figure professionali coinvolte | Cardiologo, infermiere, MMG |
| Target popolazione | Pazienti che accedono all'ambulatorio cardiologico per diagnosi e terapia |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | MATERIALE INFORMATIVO PER PAZIENTI RICOVERATI PER SCA E DISTRIBUITO CON UN INTERVENTO DI COUNSELLING BREVE INFERMIERISTICO DURANTE LA PERMANENZA NELL'AREA DEGENZA MONITORATA (ADM) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale Ospedale di Montecchio |
| Principi, scopo e fasi | L'obiettivo è rendere consapevole il paziente della patologia riscontrata, trasmettere durante il ricovero a lui (e/o ai familiari) le informazioni inerenti la patologia cardiaca, i fattori di rischio cardiovascolari, e fornire le istruzioni sulla terapia alla dimissione, sulla gestione dei sintomi d'allarme di un attacco cardiaco e sulle attività che potrà svolgere nelle successive 4-6 settimane o i motivi per non svolgerle, oltre ai consigli per una dieta a basso contenuto di grassi di origine animale. Durante la permanenza in ADM l'infermiera distribuisce il depliant informativo sull'educazione alla salute in ambito cardiovascolare, spiega i fattori di rischio e la terapia, il depliant pone tre domande chiave da barrare (ho ricevuto o non ho ricevuto un'educazione sanitaria cardiaca, conosco o non conosco i sintomi di allarme di un attacco cardiaco e so cosa fare se si verificano, ho ricevuto o non ho ricevuto un'istruzione sulla terapia, sulle attività che potrò svolgere e consigli su una dieta a basso contenuto di grassi) e viene firmato dall'infermiera e dal paziente. Costituisce anche l'occasione per un eventuale ulteriore confronto con il personale per chiarire dubbi o avere altre informazioni. Alla dimissione viene presentato e allegato alla lettera di dimissione un |

| | |
|--------------------------------|--|
| | depliant che contiene raccomandazioni dietetiche e comportamentali per il paziente che ha avuto una sindrome coronarica acuta. Inoltre, anche per il paziente dimesso dopo scompenso cardiaco, viene consegnato e allegato alla lettera di dimissione uno specifico depliant sui comportamenti da tenere a casa. |
| Figure professionali coinvolte | Personale medico e infermieristico |
| Target popolazione | Pazienti ricoverati per SCA |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | COUNSELLING NEL PROGETTO TAO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto di Sassuolo |
| Principi, scopo e fasi | Far conoscere obiettivi, protocolli terapeutici e complicanze della TAO; empowerment sulla gestione della terapia compresi dieta e attività fisica alla presa in carico e periodicamente durante il follow-up |
| Figure professionali coinvolte | MMG aderenti al progetto (90% dei MMG del Distretto) |
| Target popolazione | Pazienti in TAO stabilizzata. N.B.: la TAO non stabilizzata è trattata presso il Nuovo Ospedale di Sassuolo con counselling |

| | |
|--|---|
| Esperienza di counselling | COUNSELLING MULTIDISCIPLINARE PER IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DELLA STEATOSI EPATICA NON ALCOLICA E DELLE MALATTIE AD ESSA CORRELATE (Epatopatie croniche dimetaboliche, NASH e malattie cardiovascolari) – Finanziato dalla Comunità Europea nell’ambito del VII programma quadro Health (vedi allegato n. 1) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto, Poliambulatori di Carpi e Campogalliano – Azienda USL – Centro Studi Fegato (coordinatore dott. Stefano Bellentani – gastroenterologo convenzionato specialista) |
| Principi, scopo e fasi | La steatosi epatica non-alcolica (NAFLD) è una patologia emergente strettamente correlata alle malattie metaboliche (diabete, obesità, dislipidemia) e alle malattie cardiovascolari. Non esistono per ora trattamenti farmacologici, mentre è stato dimostrato che la dieta personalizzata, l’attività fisica aerobica costante e la psicoterapia comportamentale possono migliorare e portare a guarigione questa malattia e prevenire le possibili conseguenze (steatoepatite, cirrosi, epatocarcinoma, malattie cardiovascolari). L’obiettivo di questo studio è quello di sviluppare un team multiprofessionale composto da dietisti/nutrizionisti, medici internisti, psicologi comportamentali, e specialisti in scienze dello sport (personal trainer) che inducano, nell’arco di un anno, un cambiamento duraturo dello stile di vita dei pazienti con NAFLD, e un miglioramento o la guarigione della steatosi. Finora sono stati arruolati 30 pazienti e i risultati a 3 e 6 mesi sono ottimi. |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | Associazione di volontariato “Amici del Fegato - ONLUS”, dietisti/nutrizionisti, psicologi, MMG del Distretto, Servizi di Diabetologia di Carpi, personale universitario (Cattedra di Scienze Tecniche-Dietetiche e Centro dello Sport dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Cattedra di Gastroenterologia e Dipartimento di Medicina Metabolica) |
| Target popolazione | Popolazione adulta-anziana, prevalentemente maschile solitamente in sovrappeso od obesa o con malattie metaboliche |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | CONVERSATION MAP (vedi allegato n. 2) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto Carpi, Servizio Diabetologico |
| Principi, scopo e fasi | Strumento didattico interattivo per coinvolgere con incontri a piccoli gruppi di pazienti diabetici, ad alto rischio cardiovascolare, a completa gestione infermieristica, sui seguenti temi: convivere con il diabete, cos'è il diabete, dieta equilibrata ed attività fisica, iniziare la terapia insulinica. |
| Figure professionali coinvolte | Infermieri, Servizio Diabetologico |
| Target popolazione | Gruppi di pazienti diabetici, adolescenti, adulti, anziani |

| | |
|--|---|
| Esperienza di counselling | FITWALKING (vedi allegato n. 3) |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto Carpi, Servizio Diabetologico |
| Principi, scopo e fasi | L'Associazione Diabetici Carpi (A.diCa) ha implementato un programma di counselling motorio attraverso il training di gruppo, denominato Fitwalking, per i pazienti ad alto rischio cardiovascolare con passeggiate educative autogestite sull'attività fisica e misurazione della glicemia prima e dopo l'incontro |
| Figure professionali e strutture/ organizzazioni coinvolte | Volontari A.di Ca; MMG del Distretto, Servizio di Diabetologia di Carpi |
| Target popolazione | Pazienti diabetici ed individui ad alto rischio cardiovascolare adulti e anziani |

| | |
|--|--|
| Esperienza di counselling | ESPERIENZE DI SUPPORTO EDUCAZIONALE PER ORIENTARE, SOSTENERE E SVILUPPARE LE POTENZIALITÀ DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA, PROMUOVENDO ATTEGGIAMENTI ATTIVI E DI APPRENDIMENTO SUL CORRETTO STILE DI VITA QUALE PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>Le esperienze maggiormente strutturate sono a gestione infermieristica e rivolte a pazienti adulti dimessi dopo il ricovero per sindrome coronarica acuta o per scompenso cardiaco. Gli ambiti interessati sono tutte le UU.OO. di Cardiologia (Ospedale Bellaria, Maggiore e Bentivoglio) e l'U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale di Porretta Terme dove è attiva un'offerta di counselling da parte dell'équipe infermieristica delle UU.OO. ospedaliere e territoriali dei NCP di riferimento.</p> <p>Il personale infermieristico interessato ha seguito un corso di formazione finalizzato alla conoscenza della malattia, delle tecniche per effettuare un colloquio motivazionale breve, per promuovere modificazioni dello stile di vita che il soggetto deve attuare e della identificazione dei sintomi "sentinella" che il paziente deve monitorare.</p> <p>Il progetto prevede che entro 15 gg. dalla dimissione i pazienti ed i loro care-givers siano convocati nell'ambulatorio ospedaliero per effettuare, con un infermiere, l'intervento educativo previsto. Il follow-up continua a 30 e 90 giorni dalla dimissione nell'ambulatorio ospedaliero e, nei casi in cui necessiti ulteriore supporto, al fine di garantire un'aderenza del paziente alle raccomandazioni date, viene proseguito dagli infermieri attivi sul territorio che effettuano sedute di rinforzo e restano punto di riferimento nell'ambito del NCP.</p> <p>Una recente esperienza è in corso nell'ambito del PDTA Scompenso Cardiaco con un intervento infermieristico ambulatoriale e/o domiciliare di monitoraggio dello stato clinico e di continuo supporto educativo al paziente e al care-giver.</p> |
| Figure professionali e strutture coinvolte | UU.OO. di Cardiologia, U.O. di Medicina Interna, NCP |
| Target popolazione | Pazienti adulti post IMA-SCA o scompenso cardiaco |

| | |
|--|--|
| Esperienza di counselling | VICINO AL CUORE – Anno 2006 |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Comune di Castel del Rio |
| Principi, scopo e fasi | <p><u>Obiettivo:</u> Il progetto “Vicino al cuore” a Castel del Rio è una iniziativa di sanità pubblica che ha l’obiettivo di conoscere e migliorare la situazione di salute di una popolazione riguardo al rischio di insorgenza di patologie cardiovascolari, utilizzando strumenti validati a livello nazionale dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie per la prevenzione del rischio cardiovascolare: le carte e il punteggio del rischio cardiovascolare.</p> <p>La scelta del Comune di Castel del Rio è dovuta alla sua caratteristica di piccolo Comune nel quale i cittadini sono per la quasi totalità assistiti da un unico medico di medicina generale.</p> <p>Questa caratteristica ha consentito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendere il progetto facilmente organizzabile e meno costoso, - ottenere dati relativi ad una popolazione relativamente omogenea che potrà essere monitorata nel tempo e confrontata con adeguate popolazioni di riferimento relativamente all’andamento delle patologie cardiovascolari che si intendono prevenire e ai fattori di rischio che ne influenzano il verificarsi. <p><u>Risultati:</u> Hanno partecipato 351 persone di età compresa tra 40 e 69 anni; nel contesto della rilevazione e della conseguente determinazione di rischio cardiovascolare, è stato effettuato un intervento educativo individuale sugli stili di vita più adeguati per la sua prevenzione a cura dei medici di base e – per i soggetti a più elevato punteggio – dal cardiologo ospedaliero, comprensivo di eventuali interventi diagnostici e terapeutici.</p> |
| Figure professionali e strutture coinvolte | Distretto – Dipartimento di Cure Primarie – MMG Dipartimento di Sanità pubblica: Area Igiene e sanità pubblica Presidio Ospedaliero: Cardiologia (consulenza scientifica) – Laboratorio analisi Associazioni di volontariato |
| Target popolazione | Soggetti di fascia di età compresa tra i 40 e i 69 anni. <u>Criteri di esclusione:</u> <ul style="list-style-type: none"> - eventi cardiovascolari in atto o anamnestici al momento del reclutamento - pazienti ipertesi in trattamento - donne in gravidanza |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | LA PRESA IN CARICO, LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E LA TEMPESTIVITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI PER I PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto Sud Est 1) NCP Casa della Salute di Portomaggiore 2) Ospedale del Delta Ambulatorio dello scompenso |
| Principi, scopo e fasi | <p>Studi dimostrano che gli assistiti con scompenso cardiaco a cui sono stati realizzati interventi di supporto all'autocura, possiedono maggiori conoscenze, presentano una maggiore compliance al trattamento, utilizzano meno i servizi specialistici con una significativa diminuzione dell'ospedalizzazione.</p> <p>Gli interventi di counselling consistono nel valorizzare e potenziare la sensibilizzazione del paziente e della famiglia alla patologica, alla educazione alimentare e sanitarie, alla ottimizzazione della terapia farmacologica, al riconoscimento precoce dei sintomi di instabilizzazione.</p> <p><u>Fasi:</u></p> <p>Il MMG individua i soggetti a rischio e collabora nelle iniziative di educazione sanitaria, terapeutica e comportamentale dei pazienti.</p> <p>Lo specialista congiuntamente con l'infermiere valuta il paziente.</p> <p>Attraverso la cartella l'infermiere identifica quali sono le aree educative da approfondire.</p> <p>Le attività educative sono rivolte ad offrire ai pazienti tutti gli strumenti di conoscenza e competenza per un reale coinvolgimento nel processo assistenziale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sapere come e quando consultare il medico, 2) conoscere la malattia e fissare gli obiettivi, 3) assumere correttamente i farmaci, 4) effettuare gli esami ed i controlli raccomandati, 5) sapere come mantenere la malattia sotto controllo, 6) modificare gli stili di vita per ridurre i rischi, 7) far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli, 8) effettuare le visite specialistiche ed i follow-up |
| Figure professionali coinvolte | MMG, specialista cardiologo, infermiere |
| Target popolazione | Adulti ed i care giver |

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | LA PRESA IN CARICO, LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER I PAZIENTI CON DIABETE MELLITO |
| Ambito professionale/ Area territoriale | Distretto Centro Nord, Sud Est, Ovest 1) Centro Antidiabetico Bondeno/Cento, Copparo, Codigoro/Delta, Argenta/Portomaggiore 2) NCP Copparo Ambulatorio H12 3) NCP di Pontelagoscuro |
| Principi, scopo e fasi | Studi dimostrano che gli assistiti con diabete a cui sono stati realizzati interventi di supporto all'autocura, possiedono maggiori conoscenze, presentano una maggiore compliance al trattamento, utilizzano meno i servizi specialistici con una significativa diminuzione dell'ospedalizzazione. <u>Fasi:</u> Il MMG individua i soggetti a rischio e collabora nelle iniziative di educazione sanitaria, terapeutica e comportamentale dei pazienti. Lo specialista congiuntamente con l'infermiere valuta il paziente. Nell'ambito del percorso assistenziale sono previsti degli incontri singoli ed a gruppi di pazienti che attraverso lo strumento delle "Mappe concettuali" vanno ad approfondire alcuni temi correlati alla patologia diabetica (stile di vita, piede....). Tali attività sono rivolte ad offrire ai pazienti tutti gli strumenti di conoscenza e competenza per un reale coinvolgimento nel processo assistenziale: 1) sapere come e quando consultare il medico, 2) conoscere la malattia e fissare gli obiettivi, 3) assumere correttamente i farmaci, 4) effettuare gli esami ed i controlli raccomandati, 5) sapere come mantenere la malattia sotto controllo, 6) modificare gli stili di vita per ridurre i rischi, 7) far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli, 8) effettuare le visite specialistiche ed i follow-up |
| Figure professionali coinvolte | MMG, specialista diabetologo, infermiere, dietista |
| Target popolazione | Adulti ed i care giver |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PERCORSO FORMATIVO MULTIDISCIPLINARE RELATIVO ALLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE NELL'OTTICA DEL CHRONIC CARE MODEL (CCM) – Biennio 2010-2011 |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale L'esperienza pilota si sta implementando presso gli ambiti territoriali di Russi (distretto di Ravenna), di Bagnacavallo (distretto di Lugo) e di Granaloro (distretto di Faenza). |
| Principi, scopo e fasi | Nel biennio 2010-2011 percorso formativo multidisciplinare, con MMG, Infermieri e assistenti sociali, relativo alla gestione delle patologie croniche nell'ottica del Chronic Care Model (CCM). Il percorso formativo ha previsto anche la formazione tecnico-operativa sull'utilizzo delle tecnologie (es: ECG, spirometro, ecc) presso gli ambulatori medico-infermieristici decentrati. Il gruppo multiprofessionale, che ha visto la partecipazione anche dei cardiologi ospedalieri, ha elaborato strumenti che riguardano i percorsi assistenziali per la gestione extraospedaliera del paziente con scompenso cardiaco (SC) e ipertensione, con elaborazione della cartella integrata MMG-infermieristica, e relativo set di indicatori per il monitoraggio della presa in carico. L'esperienza pilota si sta implementando presso gli ambiti territoriali di Russi (distretto di Ravenna), di Bagnacavallo (distretto di Lugo) e di Granaloro (distretto di Faenza). All'interno degli ambulatori infermieristici vengono svolte le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> - educazione sanitaria, fornendo indicazioni e contenuti di specifiche attività formative, rivolte al paziente e ai suoi familiari, sulla patologia e sulle terapie impostate, fornendo anche alcuni principi di autogestione (self-management) - rilevazione di parametri vitali - attività di prevenzione, singola o di gruppo, rispetto ai fattori di rischio (fumo, alcool, alimentazione, ecc) - verifica dell'assunzione dei farmaci e della compliance terapeutica del paziente - risoluzione autonoma di eventi clinici minori avvalendosi di protocolli operativi condivisi tra tutti i professionisti. |
| Figure professionali coinvolte | MMG, Infermieri e assistenti sociali, cardiologi ospedalieri |
| Target popolazione | Gli interventi sono rivolti alla popolazione affetta da patologia cronica. |

N.B. Partecipazione allo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) i cui risultati vengono periodicamente pubblicati sul sito aziendale e diffusi ai MMG tramite il sistema SOLE

| | |
|---|--|
| Esperienza di counselling | ATTIVITA' /STUDI/ESPERIENZE DI COUNSELLING |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>Nel territorio dell'Azienda USL di Forlì sono state realizzate le seguenti esperienze aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corsi di Formazione Aziendale rivolti ai MMG delle tre valli (Modigliana, Predappio, Tredozio) avente come obiettivo la diagnosi delle dislipidemie famigliari, il riconoscimento del paziente ad alto rischio cardiovascolare e la somministrazione della carta del rischio cardiovascolare con associato il counselling verso il paziente affetto da patologia specifica. - Cartella infermieristica per la presa in carico da parte dell'ADI del paziente con scompenso cardiaco che comprende una parte rivolta ai famigliari e ai pazienti per trasmettere loro competenze di autonomia gestionale, corretti stili di vita, e la valutazione dell'aderenza agli stili di vita e alla terapia. - Programmazione nell'ambito del Chronic Care Model di creazione di ambulatori per la valutazione del rischio cardiovascolare come da PRP 2010-2012, con individuazione del NCP di Forlimpopoli e Bertinoro, per l'esperienza pilota (attività di formazione per il counselling degli infermieri e MMG individuati) |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | PREVENZIONE SECONDARIA DI EVENTI CORONARICI DOPO RICOVERO PER SINDROME CORONARICA ACUTA: PROGETTO DI COUNSELLING STRUTTURATO A GESTIONE INFERMIERISTICA |
| Ambito professionale/ Area territoriale | U.O. Cardiologia ed UTIC |
| Principi, scopo e fasi | <p>Le malattie cardiovascolari rappresentano uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Negli ultimi anni, il trattamento della fase acuta di queste patologie ha registrato progressi molto significativi che si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti.</p> <p>Tuttavia, per evitare che irrisultati di tali interventi vengono vanificati, è necessario garantire, anche dopo la fase acuta, una continuità terapeutica e assistenziale. Infatti il rischio di recidive entro il primo anno dall'evento è molto alto e diviene fondamentale mettere in campo tutte le strategie atte ad evitare che la patologia cardiovascolare si ripresenti.</p> <p>In questo contesto, si colloca questo progetto che, attraverso iniziative di counselling, si propone di migliorare la conoscenza e la consapevolezza della malattia coronarica supportando i pazienti e i loro familiari/care giver nel post evento ischemico, con l'obiettivo di ottenere una riduzione delle recidive attraverso la correzione dei comportamenti, una maggiore attenzione allo stile di vita da adottare ed una maggiore aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica.</p> <p>Il progetto prevede incontri strutturati con tutti i pazienti (l'invito è esteso anche ai familiari/care giver) dimessi con diagnosi di SCA (IMA e Angina instabile) e un'attività di teleconsulto gestiti da un infermiere dedicato.</p> <p><u>Fasi:</u></p> <p>Al momento della dimissione, l'equipe assistenziale della U.O. di Cardiologia e UTIC presenta l'infermiere di riferimento al paziente. L'infermiere concorda col paziente e i familiari/care giver la data del colloquio (non oltre due settimane dalla dimissione) e fornisce loro il recapito telefonico dell'ambulatorio per eventuali comunicazione e/o necessità.</p> <p>Durante l'incontro l'infermiere si avvale dell'ausilio di diapositive, per fornire informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sui fattori di rischio modificabili (fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso ed obesità, iperglicemia, inattività fisica) - sull'importanza di seguire un corretto stile di vita (alimentazione, movimento, fumo, alcol e droghe) - sulla terapia relativamente all'assunzione corretta e costante - sui controlli periodici da eseguire - sull'importanza di partecipare al progetto di follow-up del paziente attraverso il sistema di teleconsulto periodico. <p>In quella sede, l'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acquisisce il consenso al teleconsulto che avverrà a 3 – 6 – 12 mesi dal primo incontro e consegna la check list con le domande che verranno somministrate durante il colloquio telefonico e le indicazioni relative |

| | |
|--|---|
| | <p>agli esami da eseguire prima del consulto</p> <ul style="list-style-type: none"> - inserire i dati nel data base - si assicura che il paziente ricordi la data del controllo cardiologico programmato ad un mese dalla dimissione e che si sia recato dal proprio medico curante per la continuazione della terapia. <p>Qualora l'infermiere, durante i colloqui telefonici, rilevi una mancata adesione alla terapia e/o raccomandazioni, avverrà una restituzione delle informazioni al medico cardiologo e al medico curante.</p> |
| Figure professionali e strutture coinvolte | Infermiere counselor, équipe medico-infermieristica della U.O di Cardiologia e UTIC, MMG |
| Target popolazione | Il progetto si rivolge a tutti i pazienti dimessi dopo Sindrome coronaria acuta (IMA e angina instabile) e ai loro familiari/care giver |

| | |
|---|---|
| Esperienza di counselling | ESPERIENZE NELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI |
| Ambito professionale/ Area territoriale | A valenza aziendale |
| Principi, scopo e fasi | <p>Il progetto sulla riduzione del rischio cardiovascolare si sta realizzando all'interno dell'Azienda USL di Rimini dove si sono sviluppate alcune iniziative a livello locale:</p> <p>Il MMG è al centro dell'azione preventiva: attraverso questa figura si è potuti arrivare ai cittadini più a rischio per impostare azioni di educazione sanitaria, counselling personale, di terapia farmacologica ipolipemizzante, di modifica dei comportamenti alimentari e degli stili di vita, rivolto ad un target di popolazione adulta. Anche sul versante dell'età pediatrica sono stati rivolti interventi di educazione alimentare per la prevenzione dell'obesità infantile, con la collaborazione diretta dei PdLS e delle dietiste che pur lavorando nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione e Sanità pubblica, si interfacciano con la pediatria di comunità per un'efficace azione di controllo sulle scuole e sulle mense scolastiche.</p> <p>Prosegue la sensibilizzazione dei medici all'utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare per la valutazione del rischio globale, anche per la valutazione della prescrivibilità SSN dei farmaci ipolipemizzanti secondo la nota AIFA 13.. Nell'ambito del progetto di informatizzazione dell'attività del MMG con l'adozione dei software di cartella clinica "Doctor 2001", che ha reso possibile la creazione delle reti informatiche verticali e orizzontali necessarie allo sviluppo dei NCP, sono stati inseriti gli algoritmi per il calcolo del rischio cardiovascolare proposti dall'ISS.</p> <p>Negli ambulatori dei MMG e dei PLS continua ad essere utilizzato il libretto dello sportivo che ha lo scopo di eliminare le certificazioni superflue e di semplificare per gli utenti le procedure medico-legali. Un'altra iniziativa importante è l'applicazione della normativa regionale che inserisce nei LEA il rilascio della certificazione di idoneità sportiva agonistica e non agonistica ai minori di 18 anni per i disabili di ogni età.</p> <p>Nell'ambito della promozione dell'attività fisica è stato recentemente istituito un servizio di avviamento all'esercizio fisico dosato e somministrato contestualmente ad un programma di educazione alimentare personalizzata. Il progetto è stato realizzato all'interno delle attività dell'UO Medicina Interna 2 di Rimini in collaborazione con altri Enti (Polisportiva di Riccione, Fondazione Rizzoli di Bologna, Università di Bologna, Università Rimini) ed è rivolto soprattutto a pazienti con Diatete tipo 2 e affetti da sindrome metabolica. Nell'ambito di questo servizio, a cui si accede attraverso la prescrizione dei MMG, inizialmente viene fatta una valutazione clinica del paziente a cui segue una prescrizione personalizzata dell'attività fisica che viene poi somministrata in palestra sotto il controllo di laureati in Scienze Motorie. Accanto a questo tipo di attività viene svolta anche in'indagine dietologica e la somministrazione della dieta viene controllata attraverso la valutazione periodica di un diario alimentare. La</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>collaborazione dei MMG per la realizzazione di quest'attività è fondamentale per l'individuazione dei pazienti candidati e per l'invio al centro.</p> <p>Campagna per la prevenzione dell'abitudine tabagica e nello stesso tempo anche un'azione di disassuefazione del fumo con l'istituzione di un servizio nell'ambito dell'UO Dipendenze Patologiche che si occupa specificamente di questo, attraverso il lavoro di medici e psicoterapeuti. Il servizio è attivo da alcuni anni e svolge un'azione terapeutica di disassuefazione al fumo con interventi di counselling, di psicoterapia singola e di gruppo e con il supporto della terapia farmacologica. La stessa attività, all'interno dello stesso centro, viene svolta nell'ambito delle problematiche relative alla dipendenza da alcol. Il servizio opera all'interno del SERT, ma agisce in stretta collaborazione anche con i MMG.</p> <p>Accanto a questo è stata svolta un'azione di informazione-formazione nei confronti dei MMG per aumentarne la sensibilità preventiva e clinica sull'argomento, promuovendo l'azione di comunicazione al paziente sui danni del fumo e l'attività di counselling con i pazienti che intendono iniziare la disassuefazione. A tale scopo sono stati organizzati alcuni momenti formativi per gruppi ristretti di MMG particolarmente interessati sull'argomento nell'ambito del Centro Antifumo.</p> <p>E' stato organizzato un eventi di formazione obbligatoria (ECM) per i MMG sulla prevenzione cardiovascolare primaria per definire e condividere il target di popolazione a cui rivolgere le azioni più importanti sotto il profilo farmacologico (statine, trattamento antiaggregante ...) per il counselling sulla disassuefazione al fumo, per l'interfaccia MMG-Centro Antifumo Aziendale, per la correzione degli stili di vita.</p> |
|--|--|

Sottoprogetto n.6 del Progetto Europeo denominato FLIP (Codice identificativo n. 241762)

Titolo:

Trattamento multidisciplinare della steatosi epatica non-alcolica: sviluppo e valutazione di un nuovo intervento volto alla modifica dello stile di vita, basato sulla dieta, l'attività fisica, la terapia comportamentale personalizzate e sulla educazione "web-based" (via Internet).

Premessa generale

La steatosi epatica non alcolica (presenza di steatosi epatica con introito di alcol inferiore a 20g/die e nessuna altra causa di epatopatia), presente nel 25% della popolazione, è attualmente considerata una manifestazione precoce della sindrome metabolica (SM). La NAFLD è solitamente associata a insulino-resistenza, obesità, aumento della circonferenza vita (WC), scarsa attività fisica: tutti aspetti co-presenti nel rischio cardiovascolare. La NAFLD comprende un vasto spettro di condizioni e può evolvere dalla semplice steatosi (cosiddetto "fegato grasso") alla steatoepatite (NASH) nel 10-15% dei casi, riconosciuta alla biopsia epatica. La NASH, presente nel 3-4% della popolazione generale, presenta un rischio aumentato di fibrosi (30-40%), cirrosi criptogenetica ed infine di carcinoma epatocellulare (HCC)(Falck-Ytter et al., 2001). Mentre l'incidenza dell'epatopatia cronica ad eziologia virale è in progressiva diminuzione, in quella della NASH continua ad aumentare, e diventerà la più diffusa epatopatia cronica nei Paesi Occidentali, per la crescente prevalenza di obesità e diabete, anche nella popolazione pediatrica. La maggior parte dei pazienti hanno disordini metabolici multipli (obesità, diabete e altre caratteristiche della sindrome metabolica), e l'origine dell'epatopatia è direttamente collegata con questa sindrome. Questo pone una significativa sfida ai sistemi sanitari e in particolare alle Unità di Epatologia, a causa dell'elevato numero di casi di NAFLD che si prevede richiederanno un trattamento nei prossimi anni. Alcuni farmaci si sono dimostrati efficaci nel ridurre la steatosi epatica, e anche la necro-infiammazione e la fibrosi spesso migliorano sotto terapia. Gli insulino-sensibilizzanti (metformina e glitazoni) sono probabilmente le molecole più efficaci. Entrambi sono stati testati in studi pilota e controllati e i risultati complessivi hanno dimostrato che il trattamento a lungo termine è normalmente associato ad una riduzione dei livelli di transaminasi e ad un miglioramento del quadro istologico (Neuschwander-Tetri et al., 2003; Promrat et al., 2004; Bugianesi et al., 2005; Belfort et al., 2006). In ogni caso il follow up a lungo termine con ripetute biopsie ha dimostrato che la sospensione della terapia è invariabilmente seguita da un rapido peggioramento dell'epatopatia che ritorna presto alle condizioni pre-trattamento (Lutchman et al., 2007). La progressione della malattia è in gran parte legata ad un errato stile di vita e, in assenza di uno stabile e permanente cambiamento comportamentale, essa si ripresenta in occasione di una terapia non continuativa. Tutto ciò è ben dimostrato nei soggetti sottoposti a trapianto epatico a seguito della progressione della NASH a cirrosi criptogenetica avanzata, in cui la malattia compare anche dopo l'intervento (Angelico et al., 2003).

Lo stile di vita sedentario è un fattore di rischio sia per NAFLD/NASH che per la Sindrome metabolica, ed è stato recentemente associato ad astenia (Newton et al., 2008), che sembra essere un sintomo piuttosto specifico della NAFLD.

I benefici effetti di un cambiamento dello stile di vita nella terapia dei disordini metabolici è avvalorato da numerosi studi effettuati in soggetti con alterazioni glicometaboliche, lipidiche, ipertensione (Pan et al., 1997; Tuomilehto et al., 2001; Knowler et al., 2002 Writing group of the PREMIER Collaborative Research Group, 2003). Gli studi a lungo termine sono anch'essi indicativi di come i programmi di educazione dedicati al cambiamento dello stile di vita siano più efficaci della terapia farmacologica (Lindstrom et al., 2006) ed i risultati siano di maggior durata (Li et al., 2008). Finora, non esistono programmi di gestione dello stile di vita nella

NAFLD. A causa della prevalenza della NAFLD nella popolazione generale, nuove strategie dovrebbero essere sviluppate a livello di popolazione per affrontare un così gran numero di pazienti. Inoltre i medici sono scarsamente preparati per promuovere, fare counselling e supportare le modificazioni delle abitudini nella popolazione e si rende necessario un approccio multidisciplinare.

Solo alcuni studi hanno finora testato l'efficacia degli interventi comportamentali nella NAFLD con programmi di terapia comportamentale adeguati. Nella maggior parte dei casi l'intervento è limitato ad un breve counselling o ad una prescrizione dietetica la cui efficacia è difficilmente valutabile (Bellentani et al., 2008). L'approccio cognitivo-comportamentale, già utilizzato nei soggetti obesi per ridurre il peso corporeo, risulta centrale nella cura dei pazienti con NAFLD/NASH, poiché essi necessitano di essere coinvolti individualmente, sia nella definizione che nella pianificazione degli interventi terapeutici, concordando con i medici gli obiettivi realisticamente perseguibili. Huang et al hanno per primi segnalato l'efficacia del trattamento comportamentale nella NAFLD (Huang et al., 2005), in gran parte limitato all'approccio nutrizionale, e più di recente Krasnoff et al (Krasnoff et al., 2008) hanno dimostrato come i pazienti con NASH siano caratterizzati da un minore benessere fisico, il che suggerisce come gli interventi sullo stile di vita atti a promuovere una alimentazione corretta e l'attività fisica possano essere di beneficio nel ridurre i fattori di rischio associati e la progressione di malattia. Di recente, hanno destato un forte interesse i vantaggi offerti dalle nuove tecnologie (programmi web-based), sia applicati in interventi di gruppo, sia in associazione con interventi frontali, per raggiungere un'ampia parte di popolazione e per dare supporto ai pazienti che si propongono di modificare il loro stile di vita (Underbakke et al., 2006; Verheijden et al., 2007). Tali programmi richiedono un sistema esperto individualizzato per essere efficaci nella comunità e nella pratica clinica. I potenziali fruitori devono essere adeguatamente motivati. Inoltre vari aspetti tecnici dell'intervento stesso vanno presi in considerazione (attrition, arruolamento) (Verheijden et al., 2007).

Progetto di studio

Fase 1 - Raccolta dati

WP1 - Psicologia delle modificazioni comportamentali in soggetti con malattia steatosica epatica

Premessa

Uno stile di vita non corretto è il terreno comune di sviluppo della NAFLD. Ogni tentativo di contrastare l'epatopatia (ridurre la componente lipidica del fegato) inizia con le modificazioni comportamentali. C'è un ampio consenso sul fatto che la motivazione al cambiamento è un aspetto importante nella modificazione comportamentale volta alla promozione della salute; di conseguenza vi è un crescente interesse circa il modo di "misurare" la motivazione del cliente o paziente. La psicologia delle modificazioni comportamentali è stata ampiamente analizzata e la motivazione al cambiamento è un parametro essenziale per considerare il successo del trattamento. La fase di cambiamento e/o la valutazione qualitativa e quantitativa della disponibilità al cambiamento devono essere prese in considerazione quando si consideri la terapia delle "malattie del benessere".

Scopo

Finora il ruolo della motivazione e della disponibilità al cambiamento non sono mai state prese in considerazione nella terapia della NAFLD. Gli effetti della fase di modificazione (Prochaska Transtheoretical model) sulla adesione alle raccomandazioni inerenti lo stile di vita sono sconosciuti.

Obiettivi

Obiettivo primario: Standardizzare le procedure per la valutazione della motivazione al cambiamento

Obiettivo secondario: Correlare la fase di cambiamento e la motivazione con i risultati della terapia

Studio 1: Standardizzazione delle procedure di motivazione al cambiamento nella NAFLD

Obiettivo: 1) standardizzare le procedure per la valutazione quantitativa della motivazione al cambiamento tra differenti gruppi che partecipavano al FP7 (validazione cross-culturale di vari questionari)

Disegno

Molti strumenti di valutazione motivazionale utilizzati nella pratica clinica si riferiscono al concetto di Readiness to Change (RTC) come descritto da Prochaska e Di Clemente nel Transtheoretical Model (TTM). La valutazione del RTC è solitamente eseguita classificando una persona in una particolare fase e/o registrando le fasi del profilo di cambiamento. La scala di valutazione del cambiamento dell'Università di Rhode Island (URICA), il questionario RTC (RTCQ) e lo Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) sono i questionari più utilizzati nella valutazione RTC, la maggior parte dei quali valuta un insieme di costrutti motivazionali (come le fasi di cambiamento, l'equilibrio decisionale, l'autoefficacia, la disponibilità, gli obiettivi e il craving), sono spesso focalizzati su un singolo costrutto e raramente hanno misurato più di una dimensione. Purtroppo la struttura della motivazione è complessa e coinvolge più dimensioni. Ci sono aspetti specifici che descrivono i fattori associati con il movimento attraverso le fasi, tra queste discrepanze (considerate come una percezione dolorosa della contraddizione tra quello che si è e quello che si vorrebbe essere) e l'autoefficacia (secondo Bandura: le aspettative imparare sulla probabilità di successo in determinate situazioni) sembrano svolgere un importante ruolo nel RTC.

Alla luce di queste considerazioni, verranno utilizzati due strumenti di valutazione:

1. **MAC (Motivation for Change):** un questionario autocompilativo basato su un molto promettente modello 3D utilizzato (fasi di cambiamento, autoefficacia e discrepanza) in maniera integrata; (Spiller V et al. 2006, "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A Questionnaire", *Alcohol & Alcoholism Vol.41 pp. 616-62*)
2. **CQ (Change Questionnaire):** un questionario di 12 voci che utilizza una scala di Likert 0-10 (basata su una sofisticata analisi psicolinguistica) e che considera tre fattori: impegno, importanza e capacità (factors that mirror the 3D model above and other questionnaire) che comprendono dimensioni semantiche che sono cross culturali.

WP2 - Nutrizione e malattia epatica steatosica

Premessa

La dieta europea si sta modificando in modo tale da includere un sempre maggiore apporto energetico, cibi ad alto indice glicemico e lipidico. Questo, unitamente alla riduzione dell'attività fisica e al declino correlato all'invecchiamento delle funzioni fisiologiche ed endocrino/metaboliche comporta una perdita di massa muscolare e un aumento di massa grassa, che portano a NAFLD/NASH, obesità, diabete mellito di tipo 2 e malattie cardiovascolari, cause maggiori di morbilità e mortalità. L'eccessivo apporto di cibo (ovvero l'alto consumo di grassi saturi e zuccheri raffinati) e la scarsa attività fisica sono stati rilevati nella NAFLD. (Musso et al., 2003; Cortez-Pinto et al., 2006).

I modelli dietetici e l'introito di macronutrienti sono stati misurati in pazienti con steatosi epatica non complicata e NASH, in particolare l'eccessivo apporto di carboidrati e la lipotossicità degli acidi grassi a catena lunga; tuttavia manca un consenso (Cave et al., 2007, Musso et al., 2003, Solga et al., 2004). Studi recenti sull'apporto dietetico di pazienti NAFLD selezionati hanno prodotto risultati contraddittori: uno di questi ha segnalato diete ricche in colesterolo e

grassi saturi e al contempo povere di grassi polinsaturi, fibre, vitamine C ed E (Musso et al., 2003), mentre un altro ha evidenziato l'associazione tra un più elevato apporto di carboidrati e un aumento degli indici di glicemia (Solga et al., 2004).

Un altro studio suggerisce come la qualità e la combinazione dell'apporto glucidico e lipidico abbia un impatto più rilevante rispetto al solo introito dell'uno o dell'altro; un aumentato apporto lipidico con una eccessiva presenza di grassi n-6 può svolgere un ruolo nella necro-infiammazione e fornisce ulteriori motivi per la dietoterapia personalizzata (Cortez-Pinto et al., 2006).

Finora il modello dietetico e l'apporto di nutrienti nella NASH resta quindi poco valutato e controverso. Le modificazioni stabili nelle abitudini di vita, basate su una dieta ipocalorica e a basso contenuto di carboidrati e su un incremento dell'attività fisica aerobica svolta quotidianamente, non solo contrasta la NAFLD, ma riduce anche il grado di fibrosi nella NASH. Il tradizionale modello di raccomandazioni generiche sullo stile di vita e la prescrizione dietetica risultano inefficaci a causa della insufficiente motivazione del paziente, in particolare a lungo termine.

Scopo

Ad oggi, il preciso contributo della dieta nella NAFLD è controverso e vari studi hanno prodotto risultati contraddittori (importanza primaria dell'eccesso lipidico vs. eccesso glucidico nello sviluppo e progressione della malattia). Per contro c'è un'ampia evidenza che la restrizione dietetica (indipendentemente dal tipo di dieta) riduce la steatosi epatica.

Obiettivi

Obiettivi primario: standardizzare le procedure per la valutazione dell'apporto dietetico nella NAFLD in più centri

Obiettivi secondario: valutazione quantitativa del cibo e apporto di nutrienti in un'ampia coorte attraverso studi condotti in diversi paesi (e in adeguati controlli)

Studio 1: standardizzazione delle procedure di apporto di cibo nella NAFLD

Obiettivo: standardizzare le procedure per la valutazione quantitativa dell'apporto di cibo tra vari gruppi che partecipavano al FP7 (la dieta è il trigger dello squilibrio metabolico che conduce alla NAFLD e all'evoluzione in NASH).

Disegno: In una prima fase dello studio un incontro per preparare i dietisti di ogni unità europea e per standardizzare i metodi sarebbe auspicabile.

L'unica opzione possibile per valutare l'apporto di cibo di individui provenienti da vari paesi è un questionario sulle abitudini alimentari abituali (FFQ). Una registrazione alimentare a 3 o 7 giorni è difficile da organizzare per l'ampio reclutamento di pazienti e un questionario basato sul recall di 24 ore richiederebbe del personale dietetico specifico con alti costi.

L'European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Project (Pisani et al. 1997) ha sviluppato e validato un FFQ per tutti i paesi partecipanti allo studio (Francia, Spagna, Italia, Svezia e Inghilterra). I questionari EPIC sono stati completamente validati anche per la stima dell'apporto di alcol (Sieri et al., 2002), particolarmente importante per questo studio della NAFLD. Il limite di questo approccio è che non permette una valutazione veramente quantitativa, ma solo semiquantitativa, dell'apporto di nutrienti. In ogni caso, una classificazione di nutrienti in categorie di introito (per esempio in quintili) è generalmente possibile, e ciò dovrebbe essere facilmente correlato con la presenza di NASH e con il grado di infiammazione e fibrosi alla biopsia epatica. I dietisti preparati in ogni unità operativa europea raccoglieranno i dati per valutare il consumo abituale di un numero fisso di prodotti alimentari (109 in Italia) attraverso il questionario EPIC precedentemente validato. Per ogni specifico prodotto alimentare verrà indicato il quantitativo di "porzione" comunemente utilizzato e ai soggetti verrà richiesto quanto spesso consumano tale unità (mai, quotidianamente,

settimanalmente, mensilmente) in media nel corso dell'ultimo anno. Si vuole sottolineare che le domande saranno riferite ad una dieta della durata di un anno e non sugli ultimi mesi, specialmente in termini di modifiche stagionali della dieta. La dimensione delle porzioni è mostrata tramite fotografie colorate e indicata dalle lettere. Tutti i dati sono poi convertiti in un apporto nutritivo giornaliero tramite un apposito software (Ds Mediguop MI - in Italia) e un database informatico scaturito dalle tabelle di composizione alimentare standard nazionale (In Italia: <http://www.inran.it>).

In coorti selezionate i dietisti raccoglieranno ed elaboreranno a 7-day dairy food al fine di confrontare e correlare i dati sul consumo di cibo con quelli ottenuti dal questionario FFQ.

Studio2: Valutazione dell'introito di cibo nella NAFLD e correlazione con il reperto istologico

Obiettivo: indagare la correlazione tra apporto dietetico e NAFLD e comprendere quale componente della dieta funga da trigger dello squilibrio metabolico e dell'evoluzione da NAFLD a NASH.

Metodi:

- 1) valutazione dell'apporto di cibo (vd. sopra)
- 2) dimensione del campione: da decidere (idealmente, tutti i soggetti che partecipano a diversi studi entro i tempi previsti per l'esecuzione del FP7)
- 3) dati aggiuntivi:
 - a) L'attività fisica sarà valutata dall' Arm Band SWA (SenseWear Pro2 Armband, BodyMedia Inc, Pittsburgh, PA, USA) e dal SM-29N (SM-29N Metabolic Cart, Yorbe Linda CA, USA), dopo 12 ore di veloce e almeno 24 ore libere da attività fisica "strutturata". I dati raccolti con Arm Band saranno confrontati con un questionario standardizzato di attività fisica.
 - b) Misure antropometriche (BMI, WC, HC, plicometria) e pressione arteriosa (PA). Tutte le misure antropometriche saranno raccolte da uno stesso operatore secondo il manuale di riferimento della standardizzazione antropometrica. Il peso (Wt) sarà rilevato con l'approssimazione di 100g e l'altezza con l'approssimazione di 0, 1cm utilizzando una bilancia elettronica con incorporato uno stadiometro (Tanita, Tokyo, Japan). Il BMI sarà calcolato come kg/m^2 . Le pliche cutanee e la circonferenza vita saranno misurate con un plicometro e una fascetta metrica rispettivamente (Holtain, Crymich, UK). Lo spessore delle pliche cutanee (bicipitale, tricipitale, sottoscapolare, sovrailiaca, della coscia media e del polpaccio) saranno misurate con l'approssimazione di un millimetro utilizzando il plicometro sul lato destro del corpo. Le circonferenze (braccio, vita, fianchi, coscia media e polpaccio) saranno misurate con l'approssimazione di un millimetro utilizzando un metro di plastica. Le misure delle pliche cutanee e delle circonferenze saranno ripetute tre volte e verrà considerata la media.
 - c) Resting Energy Expenditure (REE) sarà valutato al mattino (07:00-10:00 am), usando Sensor Medics Vmax metabolic cart with a ventilated canopy. All'arrivo in laboratorio l'Arm Band (SWA) è posto sul muscolo tricipite a livello dell'arto superiore di ogni paziente. Allo stesso tempo ai soggetti verrà chiesto di restare fermi in posizione supina per circa 30-40 minuti in una stanza isolata con una temperatura compresa tra 21 e 24° C, dopo di che la stima del REE sarà effettuata con i soggetti sempre in posizione supina. Il criterio per un valido REE è 15 minuti di steady state, determinato come una variazione <5% del quoziente respiratorio/minuto e consumo di ossigeno/minuto. Il consumo di ossigeno e la produzione di anidride carbonica saranno utilizzati per calcolare il REE secondo la formula di Weir. Il SWA fornirà anche un insieme di parametri (accelerometro, flusso di calore, risposta galvanica della cute) e caratteristiche epidemiologiche (sesso, età, altezza, peso) inseriti in un apposito algoritmo per il calcolo della spesa energetica. Come raccomandato dal costruttore, il SWA sarà indossato

sull'arto superiore destro all'altezza del tricipite tra l'acromion e l'olecrano. Una volta in laboratorio, il bracciale è posto sul braccio del paziente che lo indossa da seduto almeno 10 minuti prima della raccolta dei dati per permettere alla temperatura cutanea di acclimatarsi. In questo studio il dispendio energetico durante ogni test era stimato applicando un algoritmo proprietario generalizzato (Innerview Research Software Version 6.1) sviluppato dal costruttore.

- d) L'analisi della bioimpedenzometria verrà misurata utilizzando un impedenziometro eight-polar tactile-electrode (In Body 3.0, Biospace, Seoul, Korea). La resistenza corporea delle braccia, del tronco e delle gambe sarà misurata in soggetti a digiuno a frequenze di 5, 50, 250 e 500 kHz: due di questi sono a contatto con il palmo e il pollice di ciascuna mano e gli altri due con il tallone e la parte anteriore della pianta di ciascun piede. I soggetti stanno con le piante dei piedi a contatti con gli elettrodi e afferrano gli elettrodi delle mani. Le misurazioni saranno eseguite nel pomeriggio a temperatura ambiente (21 °C) dopo almeno 12 ore di riposo e a digiuno dalla notte precedente.
- e) Eco addome (valutazione del fegato e del tratto biliare, misura del grasso viscerale ed epatico) e misura del Doppler Power Index (DPI) per stimare il grasso epatico.
- f) Esami ematochimici (test di funzionalità epatica e renale, assetto lipidico ed endocrino)
- g) Valutazione della glicemia e dell'insulinemia a digiuno per il calcolo dell'HOMA-R e test da carico di glucosio a 30 e 90 minuti per valutare la sensibilità insulinica postcarico (OGIS).
- h) Misura dell'elastometria epatica con Fibroscan al fine di individuare la presenza di fibrosi e confrontarla con il reperto istologico
- i) Marker circolatori e ormonali. Verranno valutati i livelli plasmatici/sierici di: Inibitore-1 dell'attivatore del plasminogeno, Proteina C Reattiva, Binding Protein 4, binding protein 4 degli acidi grassi, Endocannabinoidi, TNF-alfa, IL6, IL10, Leptina, Adiponectina, Retinol Visfatin, Resistina, ormoni tiroidei, estrogeni, androgeni, ACTH, GH, IGF1. In aggiunta, verranno valutati i livelli di NEFA sierici, il loro profilo e i retinoli. Biomarkers, ormoni e acidi grassi verranno dosati tramite ELISA, RIA e/o GS-HPLC.

Valutazioni economiche: per le due alternative terapeutiche (vedi sopra) avremo risorse e costi diversi. L'analisi economica sarà condotta dal National Health Service viewpoint, considerando solo i costi diretti, come i ricoveri ospedalieri, le visite, gli esami di laboratorio e strumentali, i farmaci e altre terapie. Si applicherà una analisi per la minimizzazione dei costi. Considerando l'impiego delle risorse derivante dall'implementazione di questo approccio per il National Health System, verrà valutata anche l'analisi dell'incidenza sul bilancio che comprende i costi dei nuovi interventi.

Fase 2 - Sviluppo del progetto operativo

Studio 1 Valutare e indirizzare le esigenze educative dei soggetti con steatosi epatica non alcolica

Disegno dello studio: questa attività di lavoro valuterà e guiderà le esigenze di apprendimento dei soggetti con steatosi epatica non alcolica e i loro responsabili del progetto di cura.

Questa fase dello studio inizierà con un consulto e una pianificazione con gruppi di lavoro paralleli from the clinical care team e con specialisti. Il gruppo responsabile del progetto di cura si comporrà di tre sottogruppi distinti che verranno coinvolti separatamente: epatologi, responsabili nella cura della NAFLD (infermieri, dietisti, specialisti di attività fisica, specialisti nella psicologia del cambiamento) ed opererà attraverso la metodologia dei focus groups.

Versione: 1

Data: 27//2009

Finora i responsabili del progetto di cura della NAFLD non hanno approfondito le modalità con cui l'attività fisica si inserisce nella cura della NAFLD né il modo di informare efficacemente i pazienti in proposito. Questo programma di training sarà rivolto a tali problematiche nella forma di materiale multimediale a disposizione dei diabetologi: si produrrà un DVD contenente testi, video e strumenti di e-learning. I destinatari sono gli specialisti nella cura della NAFLD: medici, infermieri e trainers.

Il DVD conterrà le informazioni circa gli effetti dell'attività fisica sul controllo glicemico, sul contenuto lipidico epatico e sulle modalità per rendere i pazienti affetti da NAFLD più attivi dal punto di vista fisico.

Il programma inizierà con il delineare l'importanza dell'attività fisica dal punto di vista della terapia rivolta ai pazienti con NAFLD. Verrà mostrato graficamente come i livelli glicemici e lipidici postprandiali siano alterati nei pazienti con NAFLD. Sarà altresì discusso il concetto di flessibilità metabolica. All'inizio della sezione dedicata all'attività fisica verrà sottolineata la differenza tra attività fisica ed esercizio. Saranno delineate le diverse forme di attività fisica ed esercizio e la loro capacità di influenzare il metabolismo nella NAFLD. Prima di descrivere le modalità di arruolamento di un soggetto nel counselling per l'attività fisica, verranno brevemente delineati gli aspetti psicologici delle modifiche comportamentali. Verranno proiettati dei video esemplificativi per un counselling efficace sull'attività fisica e per una corretta applicazione della teoria psicologica. Il programma di training si concluderà mostrando alcuni esempi su come collaborare con soggetti che presentano varie ed effettive difficoltà di reclutamento in un processo di incremento dell'attività fisica.

Studio 2 Validazione cross culturale dell'intervento di tipo comportamentale nella NAFLD

Obiettivo: al momento, l'esatto contributo della terapia comportamentale è ignoto. Pochissimi studi hanno applicato i concetti della psicologia comportamentale nel trattamento della NAFLD e mancano programmi sistematizzati. Al fine di fornire a tutti i gruppi coinvolti nel Progetto FP7 approvato e responsabili del reclutamento dei pazienti per uno studio osservazionale clinico di terapia comportamentale, sarà necessario sviluppare un programma completo e tradurlo in diverse lingue e in impostazioni culturali.

Disegno: utilizzo di dati raccolti durante i focus di gruppo. Sviluppo di un programma strutturato che fornisca il materiale utile agli operatori per affrontare le necessità ed i bisogni della popolazione NAFLD.

Fase 3- Trial Clinici

Studio 1 - Studio osservazionale sull'intervento sullo stile di vita in persone affette da NAFLD

Disegno dello studio ed arruolamento dei pazienti

Studio prospettico osservazionale in aperto con analisi dell'esito dei trattamenti. I controlli sono pazienti affetti da NAFLD, di età compresa tra i 18 ed i 75 anni, trattati con una terapia convenzionale, ed i casi sono rappresentati da pazienti affetti da NAFLD, di età compresa tra i 18 ed i 75 anni, trattati con l'intervento multidisciplinare e una terapia cognitivo comportamentale. Consecutivamente sono stati selezionati alcuni pazienti ambulatoriali affetti da NAFLD, sia non trattati sia trattati farmacologicamente, nella stessa unità operative durante il primo anno di questo progetto nei quali verrà effettuata un'ultrasonografia epatica (us) per l'identificazione del fegato grasso, in accordo con i criteri standardizzati.

Tutti i pazienti si attengono ad un regime dietetico regolare, con un introito di alcol inferiore ai 20 gr/die, e la negatività a tutte le altre cause conosciute di steatosi epatica non è stata considerata.

Studio 2- Intervento web-based sulla NAFLD

Premessa:

Gli interventi comportamentali e la modificazioni delle abitudini di vita delle persone al fine di promuovere uno stile di vita più salutare presentano vari problemi relativi in rapporto alla dimostrazione delle loro efficacia nel medio e lungo termine (Eysenbach, 2005; Christensen & Mackinnon, 2006). Messaggi standardizzati ed impersonali usati nelle campagne di promozione della salute sono stati criticati anche per il loro scarso effetto sulla modifica dello stile di vita, mentre nell'obesità hanno dimostrato produrre risultati migliori che in altre aree mediche (Verheijden et al., 2007).

L'interesse degli psicologi si è progressivamente spostato verso un tipo più calibrato di intervento, con particolare attenzione alle aspettative dei pazienti, alle loro motivazioni e difficoltà. Questo li ha permesso di ottenere migliori risultati clinici confrontati con quelli delle campagne di promozione della salute, ma ha implicato maggiori costi in termini di risorse economiche ed umane ed ha rimarcato la difficoltà di mantenere il cambiamento dello stile di vita dopo la fine del trattamento. Molti studi di confronto tra l'intervento standardizzato sullo stile di vita ed un approccio basato su internet ne hanno provato l'efficacia anche con sperimentazioni nel breve periodo (McConnon et al., 2007; Hunter et al., 2008; Svetkey et al., 2008)(Winett et al., 2005). L'intervento basato su internet è molto lontano dall'essere caratterizzato da un punto di vista informativo/educazionale e si sottolinea fortemente il problema dei fattori interpersonali (per esempio il supporto sociale).

Una recente ricerca sta tentando di enucleare i fattori che favoriscono il mantenimento a lungo termine dei cambiamenti comportamentali; una delle più promettenti teorie è la Teoria Sociale Cognitiva (SCT) che offre un contributo unico tramite i suoi costrutti di modellamento, di empowerment personale e di autoefficacia suggerendo che la percezione individuale di far fronte alle abilità ed al controllo delle situazioni sono elementi determinanti del cambiamento comportamentale. (Bandura, 2001). La teoria social cognitiva identifica le dinamiche interrelazionali del self con competenze comportamentali e l'ambiente come fattore chiave coinvolto nel mantenimento a lungo termine del cambiamento comportamentale. Questa nuova dinamica di approccio per la regolazione del sé sottolinea il ruolo delle influenze sociali che sono parte dell'ambiente individuale e forse fornisce un supporto continuo e aiuta a superare le barriere individuali che impediscono il cambiamento.

OBIETTIVO: Sviluppo ed applicazione di un intervento basato su web su una larga scala di soggetti affetti da NAFLD.

DISEGNO DELLO STUDIO: Seguendo un counselling individuale, tutti i soggetti identificati come affetti da NAFLD saranno provvisti di una password per entrare in un programma specifico per la promozione della salute

Metodi: L'obiettivo di questo intervento è guidare il paziente attraverso vari gradi di percezione di autoefficacia, con particolare attenzione alle fasi di cambiamento in relazione all'attività fisica e all'introito alimentare (Johnson et al., 2008), permettendo ai pazienti di modificare le proprie abitudini verso uno stile di vita più salutare.

L'intervento web-based aiuterà i pazienti a calcolare il proprio apporto energetico e li guiderà attraverso un progressivo utilizzo delle proprie capacità, improntato ad un miglioramento dello stile di vita. Ogni sezione si conclude con una serie di test volti a misurare il proprio grado di consapevolezza e di adesione agli step precedenti. Al completamento di questa sezione

informativa/formativa del programma, il paziente è guidato verso una specifica area destinata a creare il giusto clima di supporto per le modificazioni comportamentali, e a promuovere le dinamiche di reciproco aiuto. Questa sezione è volta a ridurre le probabilità di abbandono, piuttosto frequente da parte dei pazienti al termine del periodo di cura, che rischia di vanificare i risultati positivi ottenuti in precedenza; al contrario, i soggetti dovrebbero essere coinvolti e sentirsi ancora parte di una comunità creata all'interno dell'ospedale e nella quale i loro progressi possono ancora essere monitorizzati da parte dei medici. Le comunità web possono essere preziose per tenere in reciproco contatto i soggetti e creare un comune senso di partecipazione. La comunità web è diretta da un medico e da uno psicologo con specifiche competenze in questo campo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Falck-Ytter Y, Younossi ZM, Marchesini G, McCullough AJ. Clinical features and natural history of nonalcoholic steatosis syndromes. *Seminars in liver disease* 2001;21(1):17-26.
2. Belfort R, Harrison SA, Brown K, Darland C, Finch J, Hardies J, et al. A placebo-controlled trial of pioglitazone in subjects with nonalcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2006 Nov 30;355(22):2297-2307.
3. Bugianesi E, Gentilcore E, Manini R, Natale S, Vanni E, Villanova N, et al. A randomized controlled trial of metformin versus vitamin E or prescriptive diet in nonalcoholic fatty liver disease. *Am J Gastroenterol* 2005 May;100(5):1082-1090.
4. Neuschwander-Tetri BA, Brunt EM, Wehmeier KR, Oliver D, Bacon BR. Improved nonalcoholic steatohepatitis after 48 weeks of treatment with the PPAR-gamma ligand rosiglitazone. *Hepatology* 2003 Oct;38(4):1008-1017.
5. Promrat K, Lutchman G, Uwaifo GI, Freedman RJ, Soza A, Heller T, et al. A pilot study of pioglitazone treatment for nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2004 Jan;39(1):188-196.
6. Lutchman G, Modi A, Kleiner DE, Promrat K, Heller T, Ghany M, et al. The effects of discontinuing pioglitazone in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2007 Aug;46(2):424-429.
7. Angelico F, Del Ben M, Francioso S, Hurtova M, Battista S, Palmieri GP, et al. Recurrence of insulin resistant metabolic syndrome following liver transplantation. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003 Jan;15(1):99-102.
8. Newton JL, Jones DE, Henderson E, Kane L, Wilton K, Burt AD, et al. Fatigue in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is significant and associates with inactivity and excessive daytime sleepiness but not with liver disease severity or insulin resistance. *Gut* 2008 Jun;57(6):807-813.
9. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.
10. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997;20(4):537-544.
11. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344(18):1343-1350.
12. Writing group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA* 2003 Apr 23;289(16):2083-2093.
13. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006 Nov 11;368(9548):1673-1679.
14. Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *Lancet* 2008 May 24;371(9626):1783-1789.

15. Bellentani S, Dalle Grave R, Suppini A, Marchesini G. Behavior therapy in nonalcoholic fatty liver disease: The need for a multidisciplinary approach. *Hepatology* 2008 Feb;47(2):746-754.
16. Huang MA, Greenson JK, Chao C, Anderson L, Peterman D, Jacobson J, et al. One-year intense nutritional counseling results in histological improvement in patients with non-alcoholic steatohepatitis: a pilot study. *Am J Gastroenterol* 2005 May;100(5):1072-1081.
17. Krasnoff JB, Painter PL, Wallace JP, Bass NM, Merriman RB. Health-related fitness and physical activity in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2008 Apr;47(4):1158-1166.
18. Underbakke G, McBride PE, Spencer E. Web-based resources for medical nutrition education. *Am J Clin Nutr* 2006 Apr;83(4):951S-955S.
19. Verheijden MW, Jans MP, Hildebrandt VH, Hopman-Rock M. Rates and determinants of repeated participation in a web-based behavior change program for healthy body weight and healthy lifestyle. *J Med Internet Res* 2007;9(1):e1.
20. Rothert K, Strecher VJ, Doyle LA, Caplan WM, Joyce JS, Jimison HB, et al. Web-based weight management programs in an integrated health care setting: a randomized, controlled trial. *Obesity (Silver Spring, Md)* 2006 Feb;14(2):266-272.
21. Brouwer W, Oenema A, Crutzen R, de Nooijer J, de Vries NK, Brug J. An exploration of factors related to dissemination of and exposure to internet-delivered behavior change interventions aimed at adults: a Delphi study approach. *J Med Internet Res* 2008;10(2):e10.
22. Spiller V, Zavan V, Guelfi GP. Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire. *Alcohol Alcohol* 2006 Nov-Dec;41(6):616-623.
23. Musso G, Gambino R, De Michieli F, Cassader M, Rizzetto M, Durazzo M, et al. Dietary habits and their relations to insulin resistance and postprandial lipemia in nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2003 Apr;37(4):909-916.
24. Cortez-Pinto H, Jesus L, Barros H, Lopes C, Moura MC, Camilo ME. How different is the dietary pattern in non-alcoholic steatohepatitis patients? *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* 2006 Oct;25(5):816-823.
25. Cave M, Deaciuc I, Mendez C, Song Z, Joshi-Barve S, Barve S, et al. Nonalcoholic fatty liver disease: predisposing factors and the role of nutrition. *J Nutr Biochem* 2007 Mar;18(3):184-195.
26. Solga S, Alkhuraishe AR, Clark JM, Torbenson M, Greenwald A, Diehl AM, et al. Dietary composition and nonalcoholic fatty liver disease. *Dig Dis Sci* 2004 Oct;49(10):1578-1583.
27. Pisani P, Faggiano F, Krogh V, Palli D, Vineis P, Berrino F. Relative validity and reproducibility of a food frequency dietary questionnaire for use in the Italian EPIC centres. *Int J Epidemiol* 1997;26 Suppl 1:S152-160.
28. Sieri S, Agudo A, Kesse E, Klipstein-Grobusch K, San-Jose B, Welch AA, et al. Patterns of alcohol consumption in 10 European countries participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project. *Public Health Nutr* 2002 Dec;5(6B):1287-1296.
29. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from plasma fasting glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia* 1985 Jul;28(7):412-419.
30. Mari A, Pacini G, Murphy E, Ludvik B, Nolan JJ. A model-based method for assessing insulin sensitivity from the oral glucose tolerance test. *Diabetes Care* 2001 Mar;24(3):539-548.
31. Castera L, Vergniol J, Foucher J, Le Bail B, Chanteloup E, Haaser M, et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2005 Feb;128(2):343-350.
32. Eysenbach G. The law of attrition. *J Med Internet Res* 2005;7(1):e11.
33. Christensen H, Mackinnon A. The law of attrition revisited. *J Med Internet Res* 2006;8(3):e20; author reply e21.
34. Hunter CM, Peterson AL, Alvarez LM, Poston WC, Brundige AR, Haddock CK, et al. Weight management using the internet a randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine* 2008 Feb;34(2):119-126.

35. McConnon A, Kirk SF, Cockroft JE, Harvey EL, Greenwood DC, Thomas JD, et al. The Internet for weight control in an obese sample: results of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2007;7:206.
36. Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, Appel LJ, Hollis JF, Loria CM, et al. Comparison of strategies for sustaining weight loss: the weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA* 2008 Mar 12;299(10):1139-1148.
37. Winett RA, Tate DF, Anderson ES, Wojcik JR, Winett SG. Long-term weight gain prevention: a theoretically based Internet approach. *Prev Med* 2005 Aug;41(2):629-641.
38. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.
39. Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO, Johnson JL, Dymont SJ, Wright JA, et al. Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Prev Med* 2008 Mar;46(3):238-246.

Conversation Map[®]: educazione terapeutica strutturata sullo stile di vita

La diabetologia di Carpi ha implementato il programma "Diabetes conversations" dell'International Diabetes Federation-Europa, caratterizzato dall'uso della Conversation Map[®], strumento didattico interattivo per coinvolgere gruppi di pazienti su: convivere con il diabete, cos'è il diabete, dieta equilibrata ed attività fisica, iniziare la terapia insulinica. Dopo almeno 3 mesi dalla fine del percorso, i dati clinici dei 63 partecipanti dei primi 10 gruppi sono migliorati: età (media±dev std) 61,7±10,2 anni, donne 56%, T1DM 18,5%. La glicemia si è ridotta da 152,9±55,2 a 138,2±38,9 mg/dl (P<0.05), l'HbA1c da 8,2±1,2 a 7,8±1,4% (P<0.01), il BMI da 27,6±15,1 a 25,5±15,5 kg/m² (P<0.02). La parte più interessante, tuttavia, dell'impatto del programma educativo è data dalle narrazioni dei pazienti, espresse per iscritto. Ad esempio, V. Uomo anni 67: "Devo elogiare chi ha avuto l'idea di un corso sul diabete usando un sistema didattico moderno per far conoscere la malattia in modo semplice e scientificamente comprensibile. Ho imparato a conoscere meglio questa subdola patologia più da questi incontri che in dieci anni di malattia." In conclusione, la Conversation Map[®] è utile perché: a) contribuisce a migliorare il compenso glicometabolico; b) educa approfonditamente più pazienti su tutte le tematiche correlate al diabete; c) affida alle infermiere un ruolo centrale e attiva nell'educazione del paziente; d) favorisce il raccordo fra saperi e comportamenti in una logica di monitoraggio continuo; e) coinvolge anche i volontari di associazioni di diabetici come facilitatori degli incontri (puntualizzazione delle domande sul proprio modo di reagire/convivere con la malattia ecc.); f) migliora la comunicazione medico/infermiere-paziente.

Tabelle.

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti

| Variabili | N = 63 |
|---|---------------|
| Età, anni (media±dev std) | 61,7±10,2 |
| Durata diabete, anni (media±dev std) | 12,1±3,2 |
| Donne, % | 56,5 |
| Diabete tipo 1 | 18,5% |
| Terapia del diabete: | |
| Insulina + Ipoglicemizzanti orali | 40,7% |
| Ipoglicemizzanti orali | 22,2% |
| Insulina da sola | 18,5% |
| Analogo GLP 1 | 3,7% |

Tabella 2. Risultati

| Variabili | Prima | Dopo | Delta | P* |
|--------------------------------|--------------|-------------|--------------|-----------|
| Altezza (cm) | 165,3±9,2 | | | |
| Peso (kg) | 80,8±16,3 | 79,2±16,3 | -2,2±13,4 | <0.05 |
| BMI (Kg/m²) | 27,6±15,1 | 25,5±14,9 | -0,7±4,5 | <0.02 |
| Circonferenza Vita (cm) | 98,9±14,4 | 98,8±15,5 | -0,09±5,8 | <0.01 |
| Glicemia (mg/dL) | 152,9±55,2 | 138,2±38,9 | -16,9±57,6 | <0.05 |
| HbA1c (%) | 8,2±1,2 | 7,8±1,4 | -0,5±1,5 | <0.01 |

*Significatività di P calcolata mediante test t di Student per dati appaiati

Le variabili sono state rilevate prima e dopo almeno 3 mesi dalla fine del gruppo educativo

Progetto Fitwalking: l'arte del camminare per la salute

Il fitwalking è "l'arte del camminare" e fa parte del grande "pianeta WALK-IN".

E' una forma di praticare il cammino che ne evidenzia tutte le potenzialità e va oltre il semplice camminare.

Il termine inglese significa letteralmente "camminare per la forma fisica"; è il denominatore comune per tutte le attività di cammino che escono dalla normale locomozione quotidiana e diventano attività sportiva, per il tempo libero, per il divertimento, per il fitness, per la salute, per il benessere.

"L'arte del fitwalking" sta proprio nella scoperta che non è sufficiente camminare per fare al meglio la passeggiata, il trekking, lo sport, il tour culturale e turistico o l'attività salutistica, ma è necessario camminare bene, ossia camminare osservando una corretta meccanica del movimento, acquisita conoscendo e praticando la tecnica del fitwalking.

Il fitwalking è quindi anche una filosofia che accompagna la vita quotidiana, per renderla più viva, più equilibrata e ritmata.

E' un modo di vivere che permette di entrare nel quotidiano al passo giusto, al ritmo corretto, in equilibrio assoluto tra noi e ciò che ci circonda. Se si pensa alla frenesia della vita di ogni giorno ben si capisce l'importanza di inserire nella nostra giornata un momento in cui tutto rallenta e dove il rapporto tra tempo e spazio prende una dimensione assolutamente diversa e si conquista un'efficienza fisica nuova e un senso di libertà assoluta. La libertà di muoversi dove si vuole ed alla velocità desiderata, di lasciare vagare i pensieri, di soffermarsi a scrutare l'orizzonte o di tirare dritto con passo deciso e sicuro.

Fare fitwalking con regolarità è un po' come tornare indietro nel tempo, quando camminare era l'unica vera forma di locomozione che permettesse a tutti di muoversi per lunghi tragitti o di spostarsi per brevi tratti e compiere le normali azioni del vivere quotidiano.

Le tre grandi categorie del Fitwalking

Il pianeta WALK-IN ha nel fitwalking una specifica situazione che si unisce, ma nello stesso tempo si distingue, dal normale camminare, dal farlo per turismo, per arte, per cultura, ambientalismo o amore per la natura. Ecco perché il fitwalking l suo interno si caratterizza in 3 categorie, o famiglie, che, per comodità, includono tutti i diversi modi di intendere il fitwalking, e nelle quali ognuno potrà individuare la più corrispondente alle sue mire ed esigenze di camminatore.

Life Style

In questa famiglia si trovano coloro che guardano al fitwalking principalmente come momento di svago. Sono le persone che amano passeggiare, muoversi a piedi in luoghi e situazioni varie. Non hanno mire particolari sotto l'aspetto prestativo ma sono attratti dalla filosofia di vita legata al camminare.

Performer Style

Il performer style coinvolge invece gli appassionati del fitwalking che aggiungono alle motivazioni del life style un interesse per gli aspetti di fitness. Amano affinare al meglio la tecnica di cammino e praticare il fitwalking quale attività motoria di tipo allenante. Pur in presenza di uno spirito sportivo non sono agonisti ad ogni costo, ma ricercano il miglioramento delle proprie capacità fisiche, dell'efficienza di camminatori veloci e resistenti. Chi pratica il performer style è attento al lato del benessere fitness (forma fisica) dell'attività, con particolare rilevanza verso gli aspetti estetici e

fisici (dimagrimento, tonicità muscolare, rilassatezza psicologica, efficienza fisica in genere). Pratica volentieri anche il fitwalking indoor (camminando sul tapis roulant) e ama misurare a volte il proprio grado di preparazione ed efficienza.

Sport Style

Lo Sport Style coinvolge soggetti sportivi. Appassionati che amano il confronto della performance fatta sia in allenamento sia in gara. Si preparano specificatamente, partecipano regolarmente ad eventi o affrontano sfide personali (tipo lunghe camminate con obiettivi di tempo) allenandosi quotidianamente. Sono persone che hanno trovato nel fitwalking un tipo di sport adatto al loro attuale livello fisico, senza dover rinunciare alla voglia di misurarsi con se stessi e con gli altri.

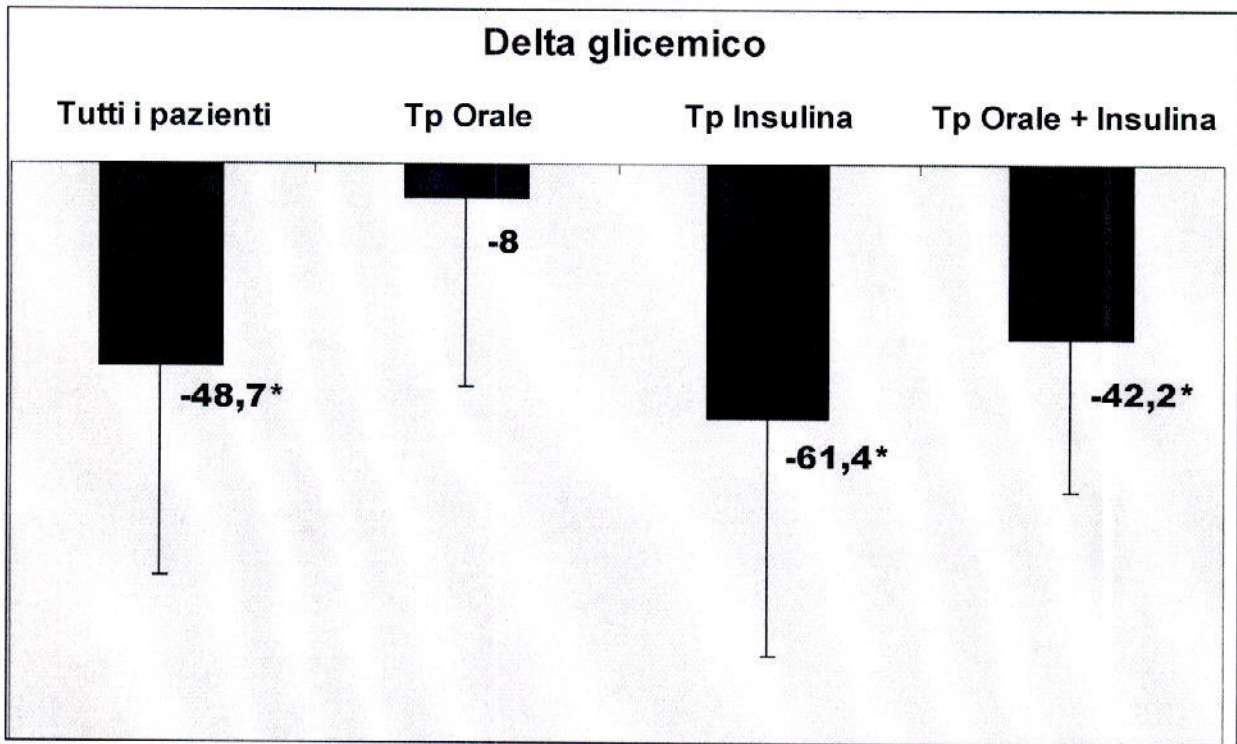
Risultati del Fitwalking autogestito per i pazienti ad alto rischio cardiovascolare di A.Di.Ca. Carpi

L'associazione A.Di.Ca. di Carpi ha implementato un programma di Fitwalking per i pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Sono stati realizzati i primi 8 incontri di gruppo che si svolgono a cadenza bi-settimanale della durata di 90 minuti ciascuno.

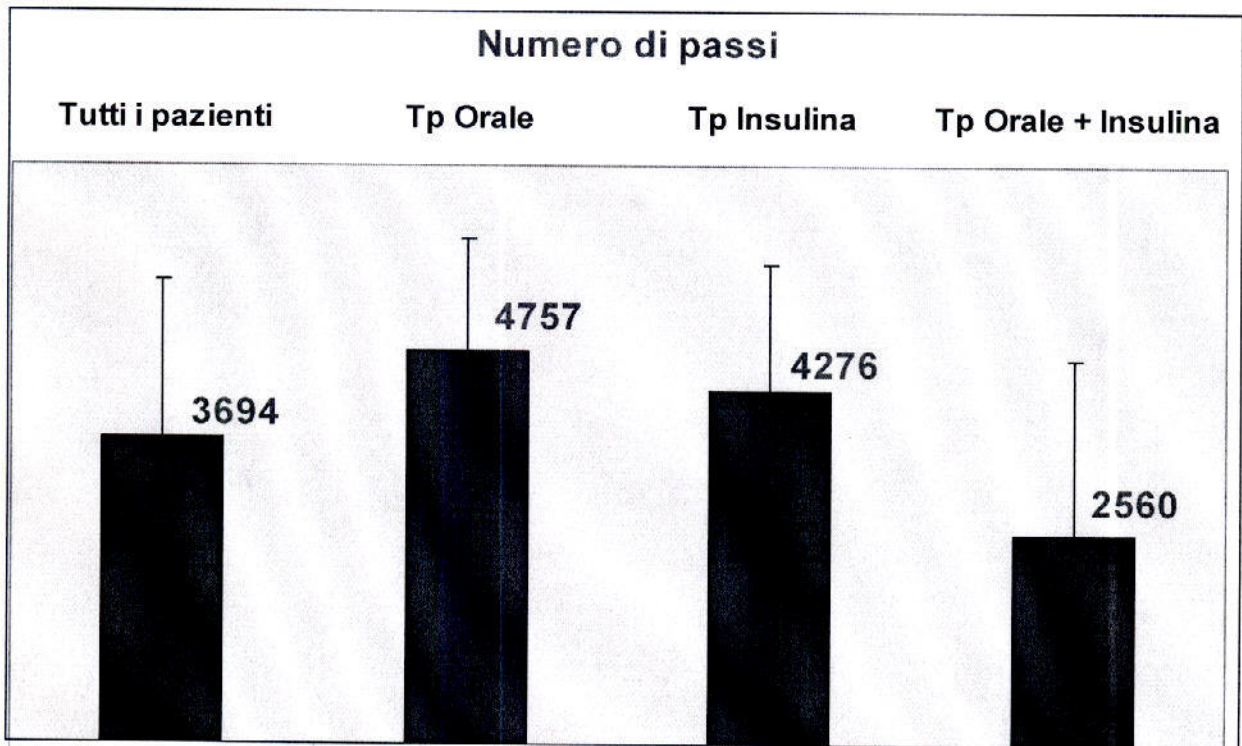
Sono riportati di seguito i risultati metabolici, di performance fisica e di gradimento dei partecipanti.

| N = 40 (medie ± dev. Std.) | Glicemia Pre mg/dl | Glicemia Post mg/dl | Differenza Dopo-Prima (delta glicemico) | Durata in passi N° | Gradimento (1=nessuno, 10=max) |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|--|
| Tutti i pazienti | 181.7 ± 64.2 | 133.0 ± 53.0 | - 48.7 ± 51.0* | 3694 ± 1921 | 8.7 ± 0.9 |
| Terapia Orale | 139.0 ± 27.3 | 131.0 ± 21.7 | - 8.0 ± 45.7 | 4757 ± 1361 | 8.75 ± 0.5 |
| Terapia Insulinica | 198 ± 81.6 | 136.5 ± 64.4 | -61.4 ± 57.5* | 4276 ± 1520 | 8.5 ± 0.9 |
| Terapia Orale + Insulina | 170.7 ± 27.1 | 128.5 ± 42.1 | -42.2 ± 35.8* | 2560 ± 2110 | 9.1 ± 0.8 |

*P<0.001



*P<0.001



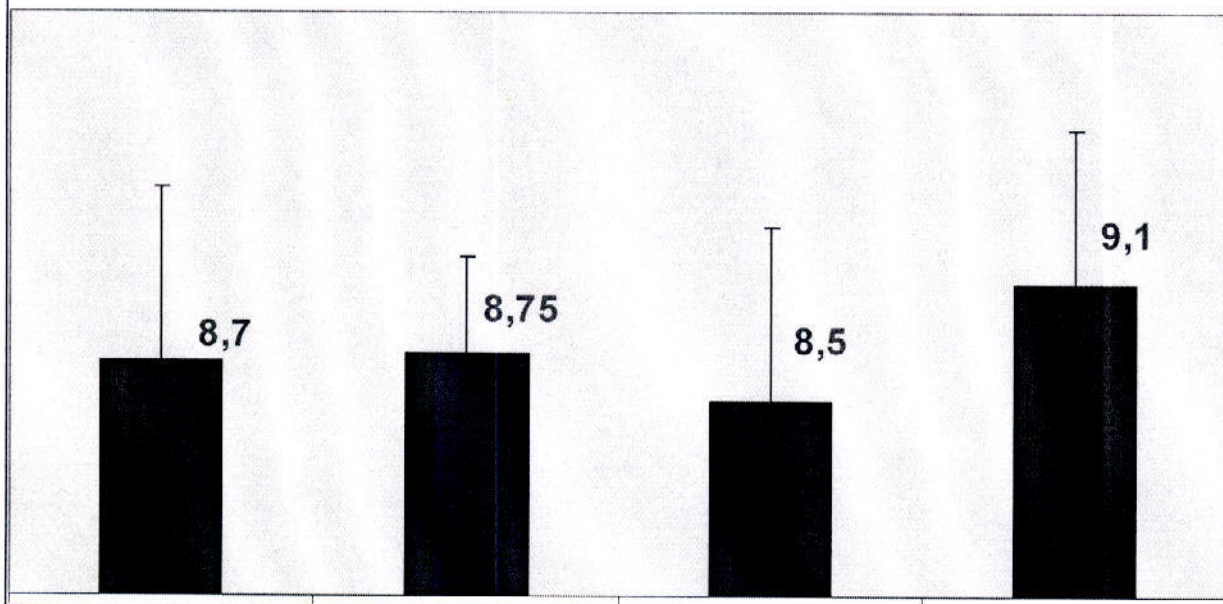
Gradimento (1=min, 10=max)

Tutti i pazienti

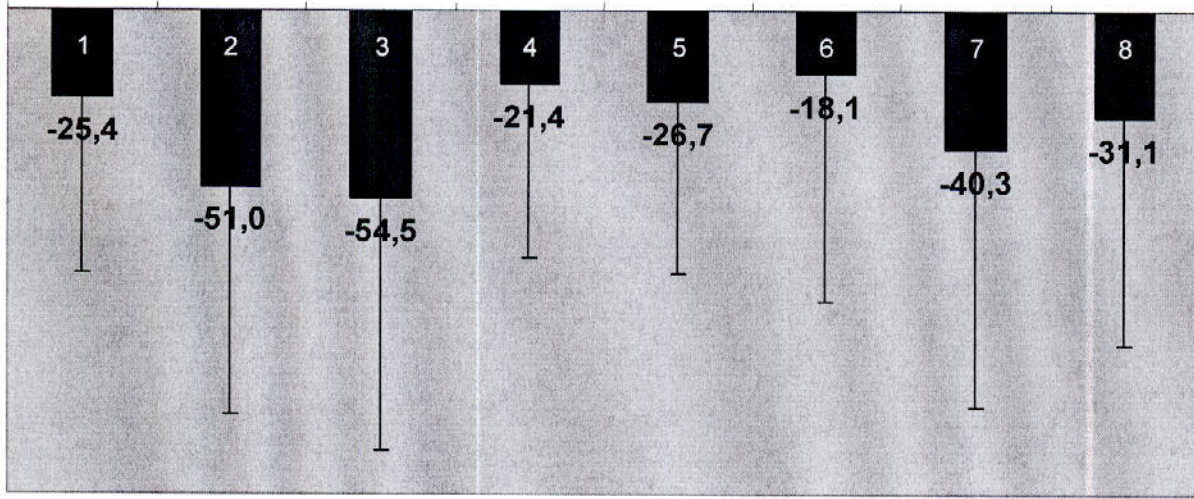
Tp Orale

Tp Insulina

Tp Orale + Insulina

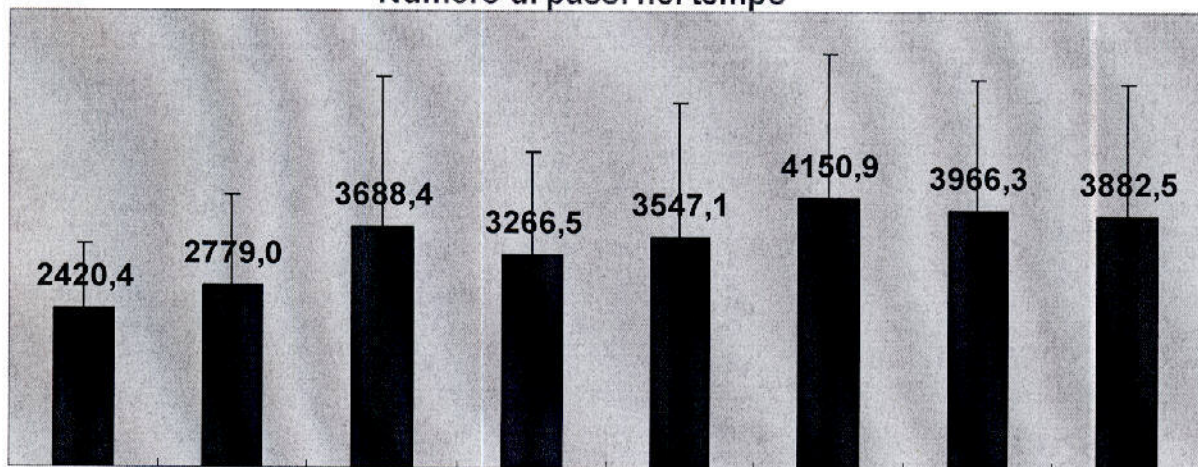


Delta glicemico nel tempo



Fitwalking in gruppo

Numero di passi nel tempo



Fitwalking in gruppo