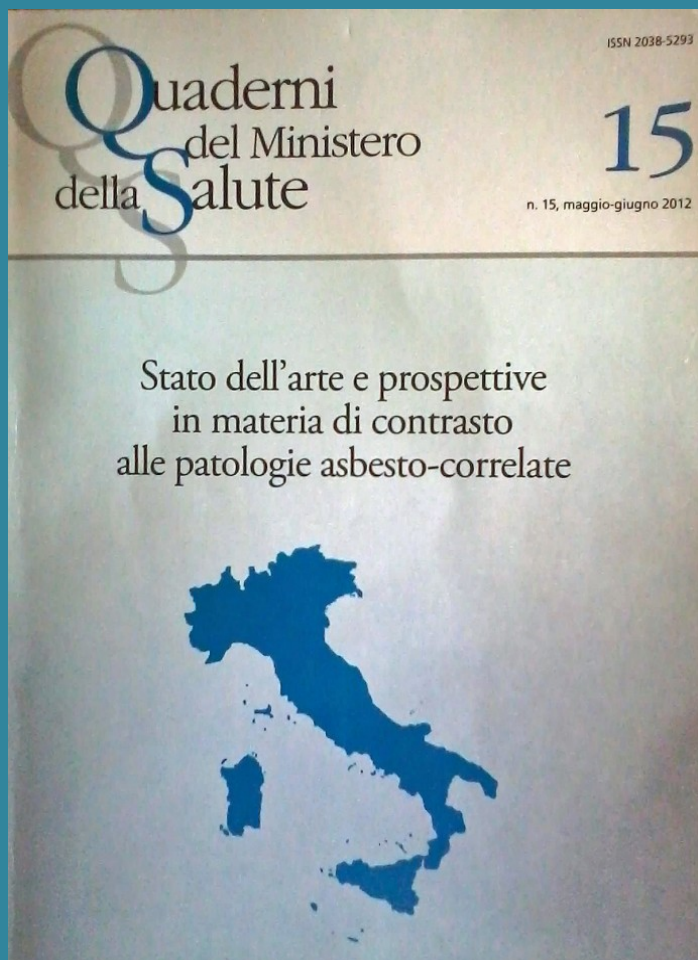


Comunicazione dei rischi e Counselling per soggetti con pregressa esposizione ad amianto. Roma 5-6 giugno 2014

Il Colloquio motivazionale breve nella promozione degli stili di vita salutari



Pasquale Valente
ASL ROMA G



Ex esposti ad amianto e counselling

*Gruppo di Studio Min.
Salute (2008)*

- **attività di counselling intesa alla persuasione a smettere di fumare**
- **fornitura di informazione adeguata per avviare le procedure intese ad un riconoscimento di malattia professionale**

*Piano Nazionale
Amianto (2013)*

“ occorre definire le migliori procedure per portare corretti messaggi di prevenzione alla popolazione generale, e ai soggetti e alle popolazioni più specificamente interessate”.

Ex esposti : sinergia fumo e amianto

La realizzazione di interventi di counselling, che mirano a favorire l'adozione di stili di vita salutari ed in particolare a promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo potrebbe avere effetti positivi sulla salute degli ex esposti

(Gruppo di studio regione Toscana, 2013)

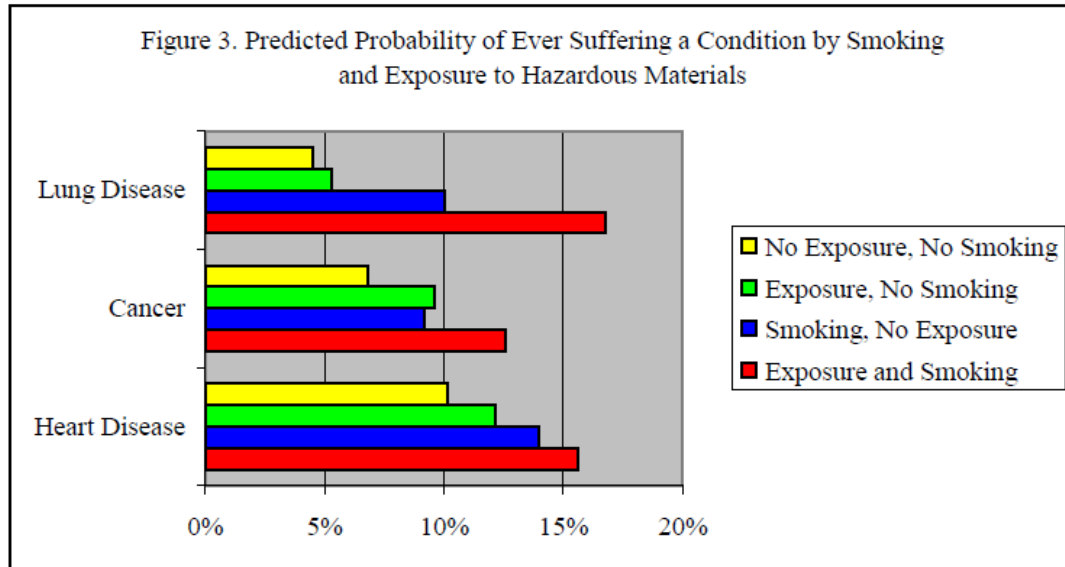
TUMORE POLMONARE, FUMO, ASBESTO

Tassi per 100.000		FUMO	
		SI	NO
Asbesto	Si	935.8	199.5
	No	500.5	28.6

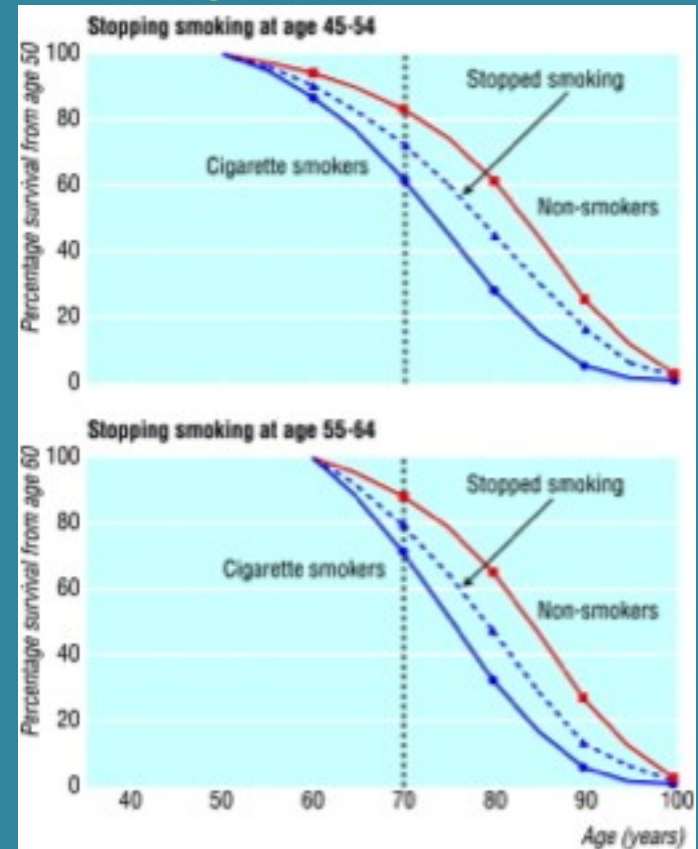
Rischio relativo		FUMO	
		SI	NO
Asbesto	Si	32.7	7.0
	No	17.5	1.0

Pearce N. Analytical implications of epidemiological concepts of interaction. Int J Epidemiol. 1989 Dec;18(4):976-80.

rischio



sopravvivenza



Doll et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, BMJ 2004

Ex esposti: rischio e coping

Rischio

- Alta percezione della gravità del rischio
- Media percezione della suscettibilità individuale
- Scarsa capacità di comparazione dei rischi

Coping

- Possibilità di controllo scarsa
- Autoefficacia bassa
- Ambivalenza alta
- Emozioni reattive
- Richiesta di aiuto / Rimozione

Obiettivo dell'intervento è ascoltare, informare correttamente, attivare negli ex esposti capacità e risorse per definire scelte di obiettivi per la salute possibili e realizzabili

counselling

“ Se aiutiamo il cliente a comprendere se stesso in relazione ad una data situazione, la decisione di cambiare verrà da lui”.

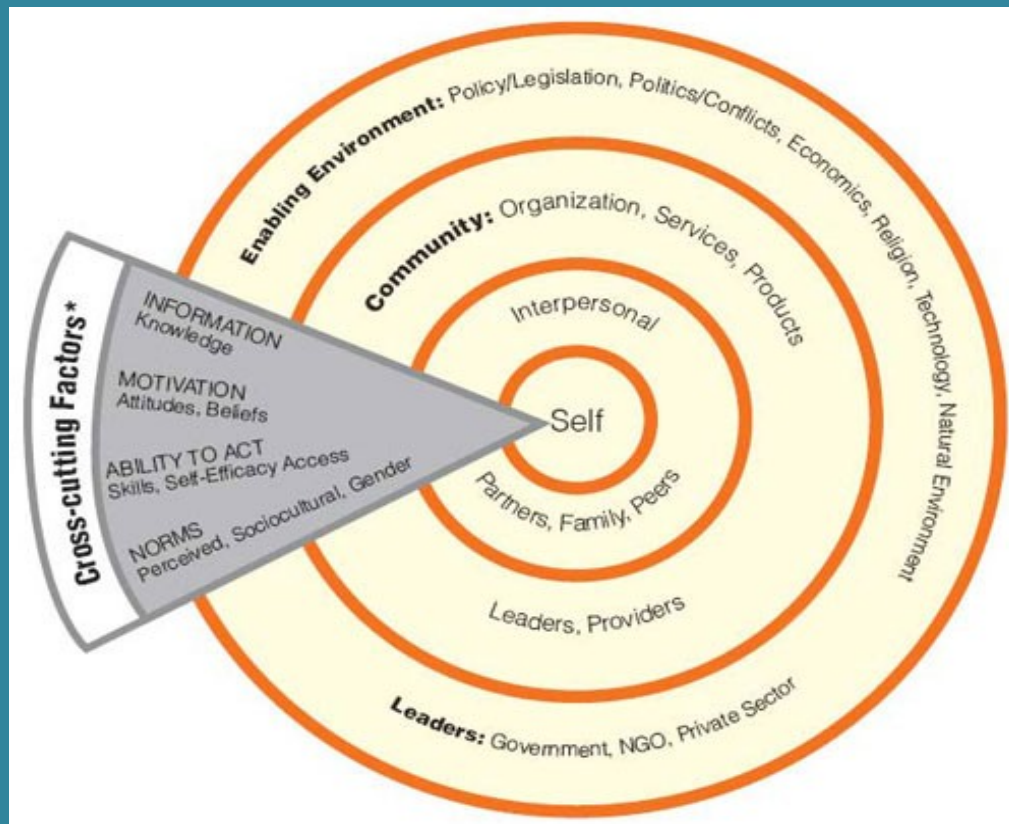
C. R. Rogers

« Il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counsellor". Il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida » (O M S, 1989).



Il counselling motivazionale è centrato sul cliente, orientato per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento di comportamento” (Miller e Rollnick, 1994)

MILLER W.R, ROLLNICK S (1994): Motivational Interviewing, NY, The Guilford Press.
Trad. it.: Il colloquio motivazionale. Erickson. Trento.

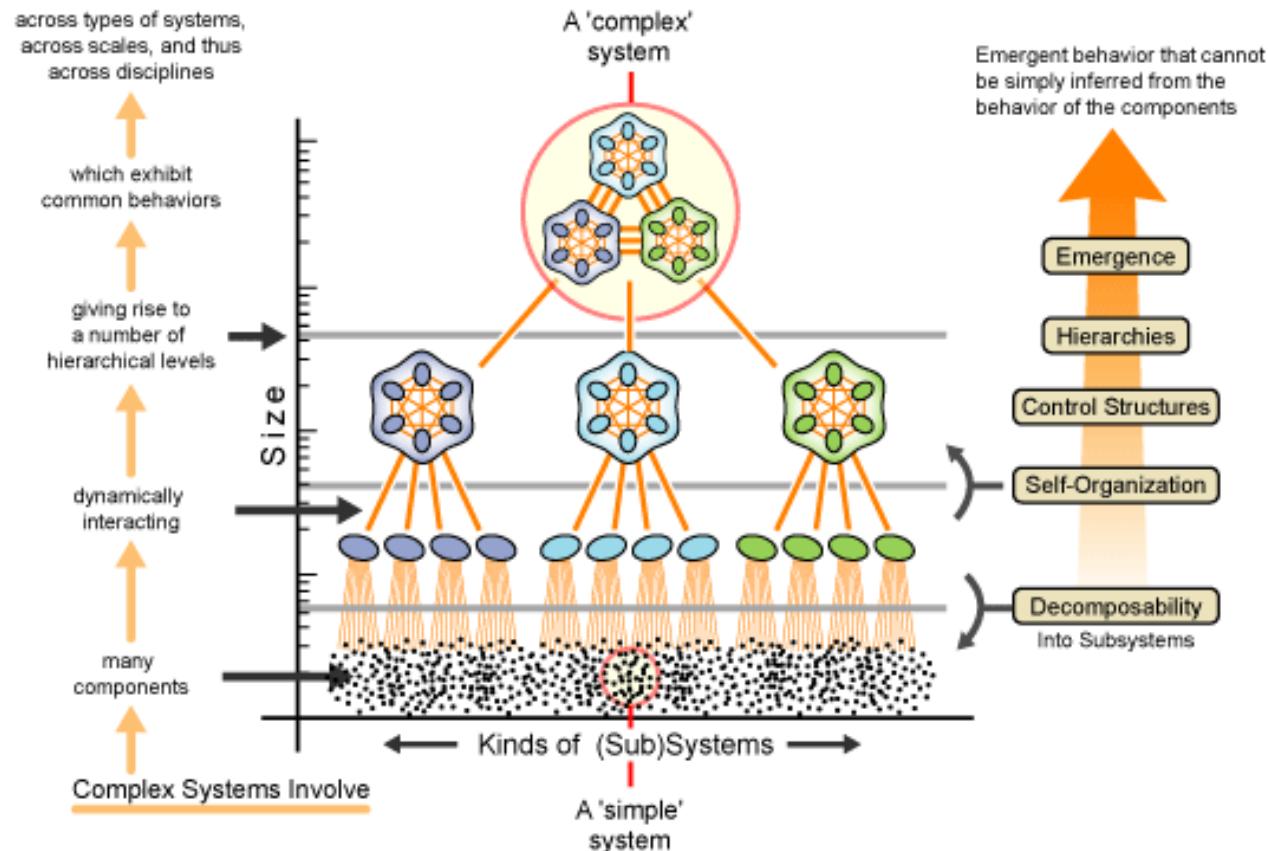




“Un sistema é un **complesso di elementi interdipendenti, legati cioè tra loro da relazioni tali che se uno viene modificato, lo sono anche gli altri e di conseguenza, tutto l'insieme viene trasformato** “

(L. von Bertalanffy. General system theory. 1968)

Characteristics of Complex Systems



Emergenza

Autonomia

Totalità

Retroazione

Equifinalità

Adattamento

Autorganizzazione

Interazione dinamica

Gerarchie funzionali

Elementi

Un sistema adattativo complesso è aperto , scambia materia, energia e informazione attraverso la rete di informazioni in cui é inserito. **Può utilizzare ogni variazione nell'ambiente per apprendere, evolvere rispondere efficacemente.**

This monograph, *Theory at a Glance: Application to Health Promotion and Health Behavior (Second Edition)*, describes influential theories of health-related behaviors, processes of shaping behavior, and the effects of community and environmental factors on behavior. It complements existing resources that offer tools, techniques, and model programs for practice, such as *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide*,ⁱ and the Web portal, Cancer Control PLANET (Plan, Link, Act, Network with Evidence-based Tools).ⁱⁱ *Theory at a Glance* makes health behavior theory accessible and provides tools to solve problems and assess the effectiveness of health promotion programs. (For the purposes of this monograph, *health promotion* is broadly defined as the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. Thus, the focus goes beyond traditional primary and secondary prevention programs.)

Part 1. Foundations of Theory in Health Promotion and Health Behavior describes ways that theories and models can be useful in health behavior/health promotion practice and provides basic definitions.

Part 2. Theories and Applications presents an ecological perspective on health behavior/health promotion programs. It describes eight theories and models that explain individual, interpersonal, and community behavior and offers approaches to solving problems. A brief description of each theory is followed by definitions of key concepts and examples or case studies. The section also explores the use of new communication technologies.

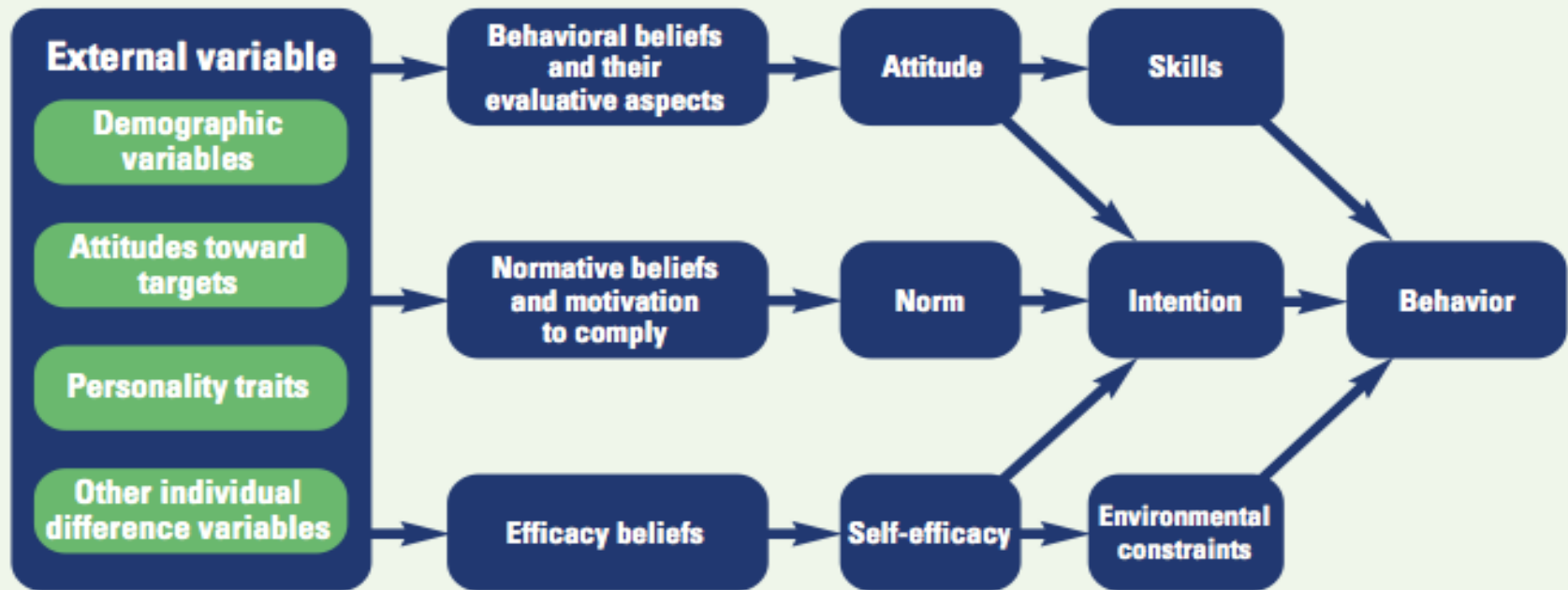
Part 3. Putting Theory and Practice Together explains how theory can be used in health behavior/health promotion program planning, implementation, and evaluation. Two comprehensive planning models, PRECEDE-PROCEED and social marketing, are reviewed.

Figure 2. A Multilevel Approach to Epidemiology




Source: Smedley BD, Syme SL (eds.), Institute of Medicine. Promoting Health: Strategies from Social and Behavioral Research. Washington, D.C.; National Academies Press, 2000.

Figure 5. An Integrative Model



Le relazioni tra comportamento, cognizione e contesto sono reciproche e circolari e a seconda della teoria di riferimento (Teorie cognitive: Health Belief Model di Becker & Maiman 1974, teorie comportamentali: Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska, 1982) e teorie ambientali) vengono considerati centrali alcuni aspetti piuttosto che altri. (Ragazzoni et al., 2014)

Figure 10. Using Theory to Plan Multilevel Interventions

<i>Change Strategies</i>	<i>Examples of Strategies</i>	<i>Ecological Level</i>	<i>Useful Theories</i>
 <p>Change People's Behavior</p> <p>Change the Environment</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educational sessions • Interactive kiosks • Print brochures • Social marketing campaigns 	Individual	<p>Stages of Change</p> <p>Precaution Adoption Process</p> <p>Health Belief Model</p> <p>Theory of Planned Behavior</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mentoring programs • Lay health advising 	Interpersonal	Social Cognitive Theory
	<ul style="list-style-type: none"> • Media advocacy campaigns • Advocating changes to company policy 	Community	<p>Communication Theory</p> <p>Diffusion of Innovations</p> <p>Community Organizing</p>



Motivazione

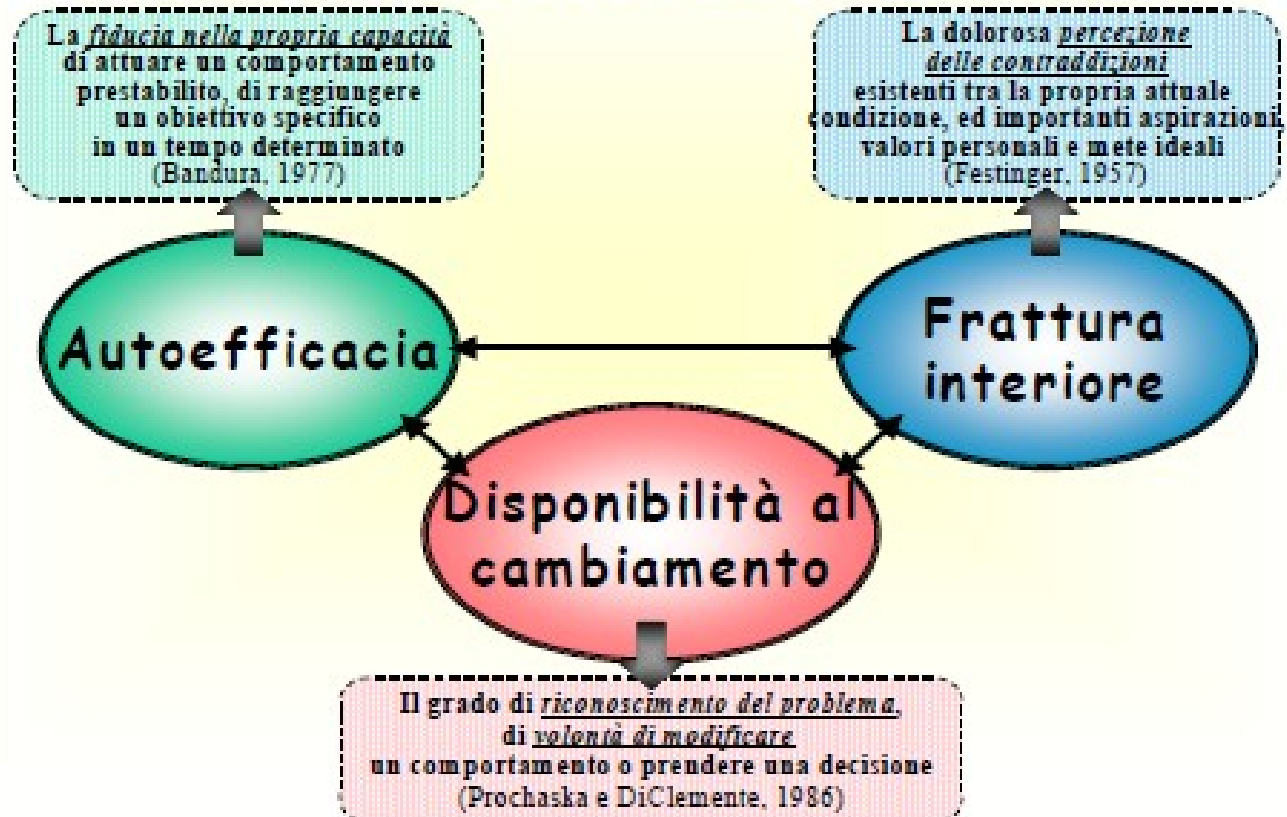
- *stato psichico di desiderio (conscio o inconscio) che attiva e dirige l'organismo verso una meta;*
- *condizione dinamica che può fluttuare nel tempo;*
- *condizionabile da informazioni, atteggiamenti e credenze ;*
- *modificabile dal contesto ambientale e dalle relazioni sociali.*

La motivazione è un buon elemento predittivo di esiti (Di Clemente et al., 1999)



**La motivazione riguarda un comportamento specifico.
E' variabile. E' interattiva. Può essere influenzata
sia da fattori intrinseci che da fattori estrinseci**

I "tre fattori" della motivazione al cambiamento



Colloquio motivazionale breve

- stile di counselling, introdotto da Rollnick e coll. nel 1992, breve (5-10 min max), da svolgersi nella consultazione medica, in situazioni opportunistiche
- pazienti CVS, tumori, ipertesi, dislipidemici, diabetici, tabagismo, alcolismo, dieta, attività fisica

L'efficacia varia in funzione di:

- qualità della relazione di aiuto
- stadi del cambiamento
- fattori della motivazione (frattura interiore, disponibilità al cambiamento, autoefficacia)

ASK : identificare sistematicamente i comportamenti non salutari
ADVISE: consigliare un cambio di comportamento
ASSESS: valutare la motivazione al cambiamento
ASSIST: aiutare concretamente in modo personalizzato a cambiare
ARRANGE: programmare un follow-up

ASK

ADVISE

ASSESS

ASSIST

ARRANGE

Ministero della Salute
Istituto Superiore di Sanità

Linee guida cliniche
per promuovere
la cessazione
dell'abitudine al fumo

Aggiornamento 2008

Guida breve per la realizzazione degli interventi

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga





Ministero Salute – ISS: Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (2008).

Raccomandazioni molto forti: prove di efficacia basate su revisioni sistematiche o su studi controllati randomizzati.

- Domandare a tutti i soggetti, indipendentemente dal motivo della visita, se sono fumatori.
- Raccomandare a tutti i soggetti fumatori di smettere di fumare, fornendo consigli chiari, forti e personalizzati.
- Fornire materiale cartaceo di supporto (manuali, opuscoli).
- Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino dipendenti al test di Fagerström (punteggio 5).
- Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale.

Raccomandazioni abbastanza forti: prove di efficacia basate su studi controllati non randomizzati o studi osservazionali.

- Riportare in cartella, per ogni assistito, la condizione di fumatore, non fumatore, ex fumatore.
- Valutare il livello di dipendenza attraverso il test di Fagerström.

Raccomandazioni deboli: prove di efficacia basate solo su parere di esperti.

- Identificare i fumatori motivati a smettere.
- Se il soggetto indica chiaramente che non desidera provare a smettere in questo momento fornire un intervento per motivarlo.
- Con i soggetti desiderosi di smettere definire una data per smettere, possibilmente entro le due settimane.
- Prevedere contatti per il follow up che potranno essere tenuti anche per telefono.
- I soggetti che hanno ripreso a fumare vanno valutati per vedere se sono disponibili ad altri tentativi.

Test di valutazione della motivazione**Punteggio****Quanto è importante per lei smettere completamente di fumare?**

disperatamente importante 4

molto importante 3

abbastanza importante 2

non molto importante 1

Quanto è determinato a smettere di fumare?

estremamente determinato 4

molto determinato 3

abbastanza determinato 2

non del tutto determinato 1

Perché desidera smettere di fumare?

perché la mia salute ne sta già soffrendo 5

perché sono preoccupato della mia salute futura 4

perché fumare costa troppo 3

perché spinto da altri 2

per la salute della mia famiglia 1

Quanto alte ritiene siano le probabilità di riuscire a smettere di fumare?

estremamente alte 6

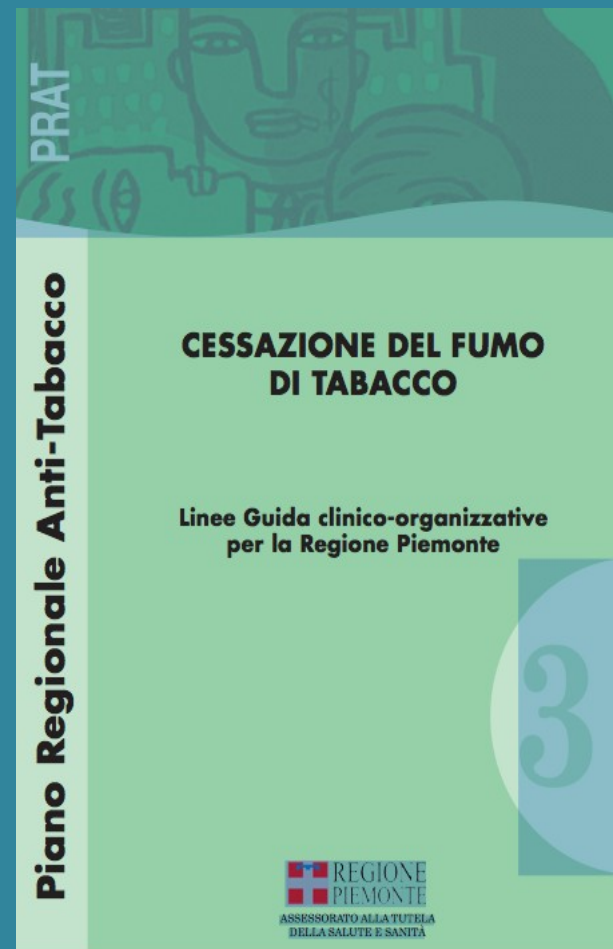
molto alte 5

abbastanza alte 4

non molto alte 3

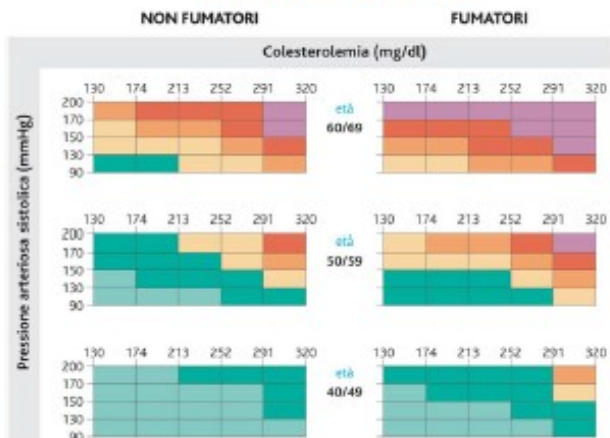
basse 2

molto basse 1

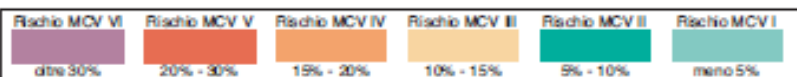
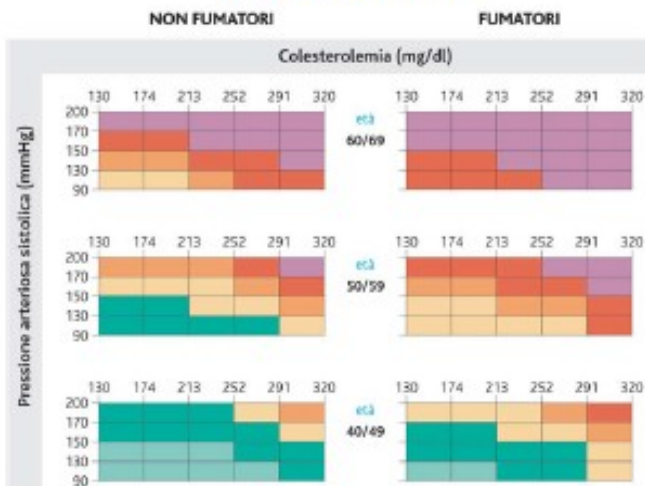
Punteggio totale

Carta del rischio cardiovascolare

UOMINI SENZA DIABETE



UOMINI CON DIABETE



Rischio Assoluto di BPCO nella popolazione maschile

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati.

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione	molto basso	molto basso	molto basso	basso	lieve
Esposizione ambientale	molto basso	molto basso	molto basso	lieve	moderato
Esposizione lavorativa	molto basso	molto basso	molto basso	lieve	moderato
Entrambe le esposizioni	molto basso	molto basso	basso	moderato	alto
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione	molto basso	molto basso	basso	lieve	moderato
Esposizione ambientale	molto basso	molto basso	lieve	moderato	alto
Esposizione lavorativa	molto basso	basso	lieve	moderato	alto
Entrambe le esposizioni	basso	lieve	lieve	alto	molto alto
Fumatori					
Nessuna esposizione	molto basso	molto basso	basso	moderato	alto
Esposizione ambientale	molto basso	basso	lieve	moderato	alto
Esposizione lavorativa	basso	basso	lieve	alto	molto alto
Entrambe le esposizioni	basso	lieve	moderato	alto	molto alto

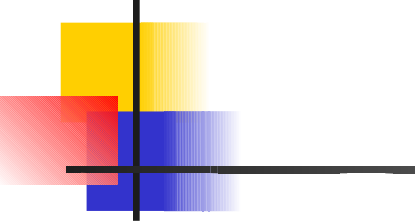
Livelli di rischio - in percentuale





Informazione

- **è un prerequisito per la prevenzione e quindi per la salute**
- **deve far conoscere qualcosa**
- **deve avere l'obiettivo del cambiamento dei comportamenti dannosi**
- **deve produrre equilibrio, competenza, completezza, obiettività**
- **deve basarsi su ipotesi, verifiche, fatti e dati**
- **deve esortare all'apertura a nuove idee e ad un rigoroso esame di qualsiasi proposta**

- 
- **Informazioni accurate, supportate dai migliori dati scientifici disponibili.**
 - **Messaggio coerente con gli scopi.**
 - **Chiarezza, semplicità e comprensibilità.**
 - **Rilevanza sul piano pratico e psicologico per chi lo riceve.**
 - **Credibile, in quanto emesso da una fonte degna di fiducia.**
 - **In grado di raggiungere effettivamente il destinatario.**

GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH



World Health
Organization



3. Benefici dell'attività fisica:

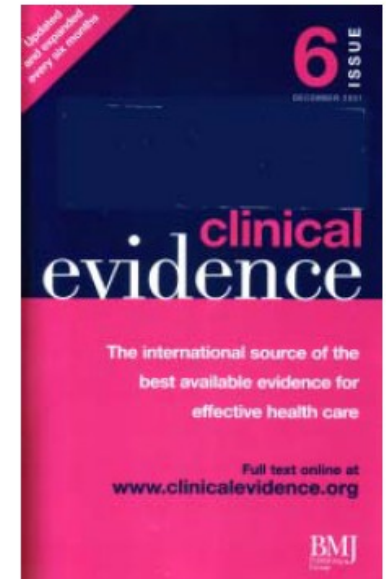
- longevità: ↑↑↑
- colesterolo HDL: ↑↑
- sensibilità all'insulina: ↑↑
- densità ossea: ↑↑
- attività della vita quotidiana negli anziani: ↑↑
- funzione immunitaria: ↑↑

- coronaropatie: ↓↓↓
- diabete mellito tipo II: ↓↓↓
- pressione sanguigna: ↓↓
- grasso corporeo: ↓↓
- grasso viscerale: ↓↓
- cancro al colon: ↓↓
- cancro alla mammella: ↓
- artrosi: ↓

↑↑↑↑ forti evidenze scientifiche a sostegno di una relazione positiva o negativa tra attività fisica e la variabile considerata;

↑↑ validi evidenze scientifiche;

↑ moderate evidenze scientifiche



La prevenzione delle coronaropatie

Domanda: l'attività fisica riduce il rischio di incidenti cardiovascolari nella popolazione asintomatica?

Risposta: la pratica di attività fisica riduce il rischio di incidenti cardiaci mortali e non. Nella popolazione fisicamente attiva - che pratica attività fisica moderata tutti i giorni o quasi - si evidenzia una riduzione del 30-50% del rischio relativo di malattie coronariche rispetto alla popolazione sedentaria, a parità di altri fattori di rischio.

Guida alla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento

NIEbP
Network Italiano
Evidence based Prevention

Lg

LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica

LINEA GUIDA PREVENZIONE



Gli anziani dovrebbero svolgere attività fisica aerobica intensità moderata per >30 min x 5 gg /sett. O vigorosa per >20 min x 2 gg/sett.

La promozione dell'attività fisica nel paziente in sovrappeso ed obeso nelle Cure Primarie:


un'esperienza di counseling condotta nell'Azienda Sanitaria di Cesena (2002-2003)

Promoting physical activity in overweight and obese patients: counseling in primary care from Italy

(Cesena, 2002-2003)

Tabella 1 Stadi del Cambiamento

	Attività Fisica passata	Attività Fisica presente	Intenzioni future
Precontemplazione	No	No	No
Contemplazione	No	No	Si
Azione /Mantenimento	No/Si	Si	Si

 ~~generale tra maggio 2002 ed aprile 2003.~~ L'intervento (3-5 minuti) è stato condotto durante la visita routinaria, basandosi sul modello transteoretico del cambiamento di Prochaska-DiClemente. Le misure rilevate sono state: aumento dell'attività fisica, cambiamento del livello motivazionale riferito a questa, BMI e circonferenza addominale; il follow-up mediano è risultato di 9 mesi.

Il 71% dei pazienti sottoposti a counseling ha aderito al progetto (103 pz.); in questi si è rilevato un significativo cambiamento dello stato motivazionale (gli attivi sono passati dal 19.8% al 34%) ed un incremento dell'attività fisica praticata nel 64% dei casi; sono diminuiti significativamente BMI e circonferenza addominale.



L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE
DI NUTRIZIONE
E LE ABILITÀ DI COUNSELLING

Linee di indirizzo

helping people assess their weight and decide on a realistic healthy target weight (people should usually aim to lose 5–10% of their original weight)

Classification	BMI (kg/m ²)
Healthy weight	18.5–24.9
Overweight	25–29.9
Obesity I	30–34.9
Obesity II	35–39.9
Obesity III	40 or more

Issue date: December 2006

Obesity

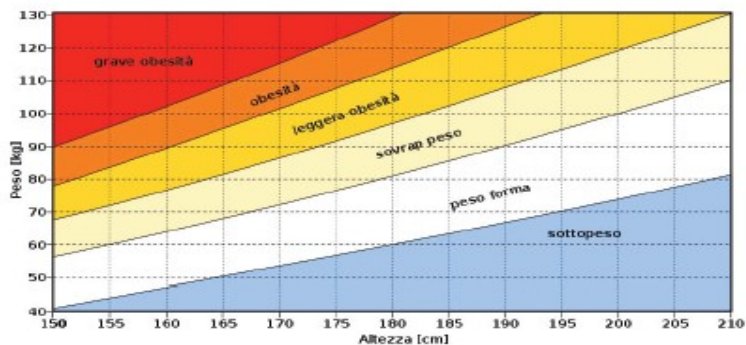
guidance on the prevention,
identification, assessment and
management of overweight and obesity
in adults and children

Sibutramine (Reductil): marketing authorisation suspended
On 21 January 2010, the MHRA announced the suspension of the marketing authorisation for the obesity drug sibutramine (Reductil). This follows a review by the European Medicines Agency which found that the cardiovascular risks of sibutramine outweigh its benefits. Emerging evidence suggests that there is an increased risk of non-fatal heart attacks and strokes with this medicine.
The MHRA advises that:
• Prescribers should not issue any new prescriptions for sibutramine (Reductil) and should review the treatment of patients taking the drug.
• Pharmacists should stop dispensing Reductil and should advise patients to make an appointment to see their doctor at the next convenient time.
• People who are currently taking Reductil should make a routine appointment with their doctor to discuss alternative measures to lose weight, including use of diet and exercise regimens. Patients may stop treatment before their appointment if they wish.
NICE clinical guideline 43 recommended sibutramine for the treatment of obesity in certain circumstances. These recommendations have now been withdrawn and healthcare professionals should follow the MHRA advice.

MANTIENITI IN FORMA!

Sovrappeso e obesità sono fattori di rischio per infarto, ictus, diabete, tumori e mortalità precoce in genere.

Incrocia il tuo peso e la tua altezza e verifica se sei sovrappeso.



MANTIENITI IN FORMA!

Ecco la frequenza consigliata di consumo dei vari alimenti:



Varietà, proporzione, moderazione!

Diet, Nutrition, and Avoidable Cancer

Walter C. Willett

Departments of Epidemiology and Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts

In a 1981 review, Doll and Peto estimated that approximately 35% of cancer deaths in the United States were potentially avoidable by the modification of diet but that this percentage might be as low as 10% or as high as 70%. Since that time, the epidemiologic literature on diet and cancer has grown greatly, as has understanding of the mechanisms of carcinogenesis. In general, this expanded literature has not provided reason to alter the Doll and Peto estimate substantially. For colon cancer, evidence has accumulated that some of the international differences that were attributed to diet are probably due to physical activity. For breast cancer, the concept that fat intake per se is the primary reason for differences in rates among countries has not been supported by prospective studies. Although several lines of evidence suggest that caloric restriction and slow growth rates may contribute importantly to the low rates of breast cancer found outside Western countries, this may not translate directly to practical means of prevention. In contrast to breast cancer, more recent data have supported a causative role for red meat in the development of colon and prostate cancers, although perhaps not entirely due to its fat content. Whereas earlier thinking about nutrition and cancer emphasized the adverse effects of fat and other components in the diet, the most compelling evidence of the last decade has indicated the importance of protective factors, largely unidentified, in fruits and vegetables. Considering the more recent evidence, it is roughly estimated that about 32% of cancer may be avoidable by changes in diet; however, it now seems unlikely that less than 20% or more than 42% of cancer deaths would be avoidable by dietary change. — *Environ Health Perspect* 103(Suppl 8):165-170 (1995)

Key words: diet, nutrition, cancer, fat, fiber

Table 5. Cancer deaths avoidable by dietary change, 1994.

Type of cancer	Deaths, ^a %	Percent avoidable		
		Doll-Peto	Current	Range
Lung	28	20	20	10-30
Colon/rectum	11	90	70	50-80
Breast	8	50	50	20-80
Prostate	7	(with other)	75	20-80
Pancreas	5	50	50	10-50
Stomach	5	35	35	30-70
Endometrium	1	50	50	50-80
Gall bladder	1	50	50	50-80
Larynx, bladder, cervix, mouth, pharynx, esophagus	6	20	20	10-30
Other types	28	10	10	—
Overall estimate		35	32	20-42

^aPercent estimated deaths, 1993.

Misurare la motivazione al cambiamento

Readiness To Change Questionnaire (Rollnick S. et al, 1992) Versione italiana ad opera di Guelfi, Spiller e Scaglia: MAC (versioni applicative per eroina, alcol, fumo. Quindi EMME 3AL e EMME 3 AF

TITOLO VALUTARE LA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO VERSO ABITUDINI ALIMENTARI CORRETTE E UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA.
Studio Multicentrico di validazione di due set di strumenti.

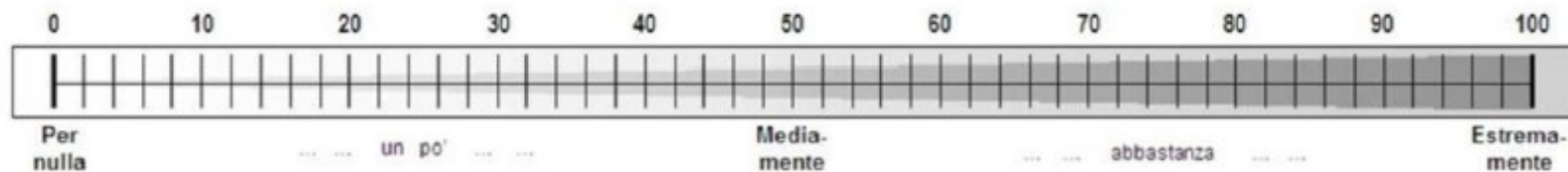
AUTORI Vanzo A.(1), Meneghini S.(1), Scaglia M.(2), Spiller V.(3); Stano A. e Boldrin M.(4); D'Amato A., Foà D., Giaretta G., Scremin S.(1); Dalle Carbonare G, Ranieri R. (5), Levorato S., Tumino M.(6); Pavan P., Pressendo O.(7); Cortese G., Cibin M., Del Sole A.M. (8); Turcato P.(9); Senesi G.(10), Chioffi L. (11); Galesso R., Vio P. (12).

- il **questionario MAC2 R**, costituito da 18 frasi a cui si risponde secondo una scala Likert a 7 livelli (da 0 – *Per niente vero*, a 6 – *Del tutto vero*) come indicato nell’esempio. Il questionario è finalizzato alla valutazione di 9 fattori (2 item per fattore): Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento, Importanza, Frattura Interiore, Tentazione, Autoefficacia.

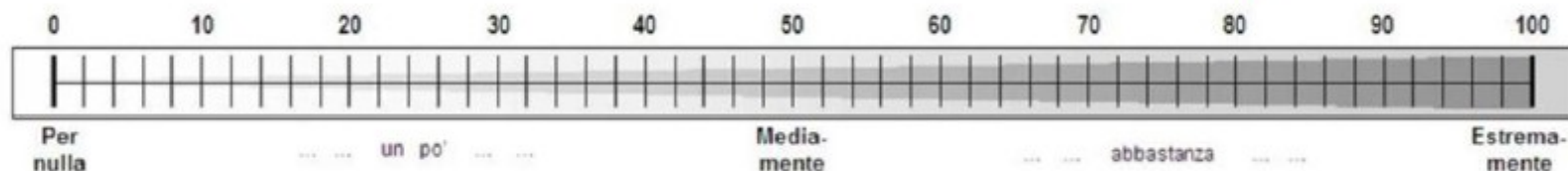
0	1	2	3	4	5	6
Per niente vero	Pochissimo vero	Poco vero	A metà vero	Abbastanza vero	In gran parte vero	Del tutto vero

3

- il **test dei Ritratti**, contenente brevi descrizioni di ipotetiche persone che rappresentano le stesse 9 specifiche componenti motivazionali: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento, Auto Efficacia, Tentazione, Frattura Interiore, Importanza. Il soggetto è invitato a segnare su una scala analogica centesimale il grado di somiglianza con la situazione proposta.



- il **set di scale VMC¹**, costituito da 6 domande a cui si risponde indicando un punteggio da 0 a 100 su scala analogica centesimale. Il set di scale valuta i costrutti di: Frattura Interiore, Auto Efficacia, Disponibilità al cambiamento, Stabilizzazione del cambiamento, Tentazione, Importanza.



GLI STADI DEL CAMBIAMENTO: STORIA, TEORIA ED APPLICAZIONI

Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska



ISBN: 978-88-96525-18-1

IL “COUNSELLING MOTIVAZIONALE BREVE” NELLA
PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE:
LO STRUMENTO E I SETTING “OPPORTUNISTICI”

Colloquio motivazionale per disassuefazione dal fumo di sigaretta e promozione di sani stili di vita

Setting: sportello/ambulatorio SPRESAL

Target: Ex esposti ad amianto e cancerogeni

Operatori: Infermieri, Ass Sanitari, Psicologi, Medici

Azioni:

- 1) Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari
- 2) Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio e valutazione motivazione
- 3) Fornire materiale informativo, colloquio motivazionale
- 4) Inviare a / informare su servizi presenti sul territorio

Domande chiavi:

- E' soddisfatto della sua forma fisica?
- E del suo modo di mangiare?
- C'è qualcosa che cambierebbe? Dadove inizierebbe?
- Fuma? Ha mai pensato di smettere di fumare?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?