

DAL DIRE AL FARE : *come il counseling entra in ambulatorio*



24 marzo 2018
Ordine dei Medici di Reggio Emilia

Dr.ssa Maria Cristina Ferretti
Casa di Cura Villa Verde



SIPREC
società italiana
per la prevenzione
cardiovascolare

Mar 9 2018

Prevenzione cardiovascolare, dieci società scientifiche
scrivono documento di consenso



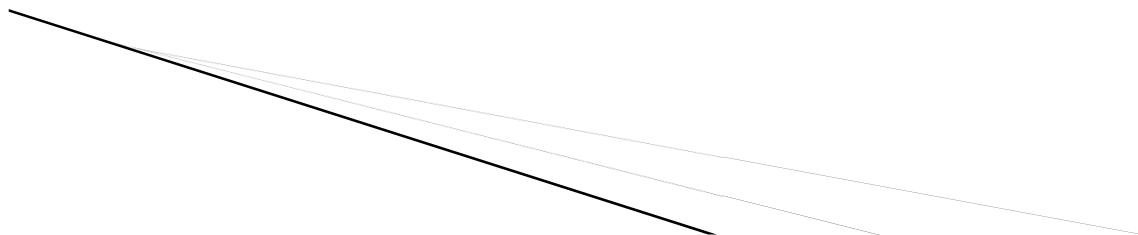
Massimo Volpe
Presidente

“Ritengo che l'unica strategia possibile... sia di investire fortemente nelle politiche di prevenzione delle malattie cardiovascolari” Massimo Volpe

Ai noti fattori di rischio ne va aggiunto uno emergente e sempre più impattante, la **sedentarietà** che interessa il 32% dei maschi e 42% delle femmine. L'attività fisica regolare va "prescritta" alla stessa stregua di un farmaco (dai 60 minuti al giorno nei ragazzi, ai 150 a settimana per gli adulti)

E all'orizzonte se ne profilano altri, quali un alterato **microbioma intestinale**, ancora però appannaggio del mondo della ricerca;

SIPREC (Società Italiana di Prevenzione Cardiovascolare), **SIMI** (Società Italiana di Medicina Interna), **SID** (Società Italiana di Diabetologia), **SIIA** (Società Italiana dell'Iipertensione Arteriosa), **SISA** (Società Italiana per lo studio dell'aterosclerosi), **SIF** (Società Italiana di Farmacologia), **CNR** (Consiglio Nazionale della Ricerca), **FMSI** (Federazione Medico Sportiva Italiana), **GICR-IACPR** (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa – Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and epidemiology), **SITI** (Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica).



linee guida

**Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle
malattie cardiovascolari nella pratica clinica
Sesta Task Force congiunta della Società Europea
di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie
Cardiovascolari nella Pratica Clinica
(costituita da rappresentanti di 10 società e da esperti invitati)
redatte con il contributo straordinario dell'Associazione
Europea per la Prevenzione e Riabilitazione
Cardiovascolare (EACPR)**

Autori/Membri della Task Force

Massimo F. Piepoli (Chairperson) (Italia), Arno W. Hoes (Co-Chairperson) (Olanda),
Stefan Agewall (Norvegia)¹, Christian Albus (Germania)⁹, Carlos Brotons (Spagna)¹⁰,
Alberico L. Catapano (Italia)³, Marie-Therese Cooney (Irlanda)¹, Ugo Corrà (Italia)¹,
Bernard Cosyns (Belgio)¹, Christi Deaton (UK)¹, Ian Graham (Irlanda)¹, Michael Stephen Hall (UK)⁷,
F.D. Richard Hobbs (UK)¹⁰, Maja-Lisa Løchen (Norvegia)¹, Herbert Löllgen (Germania)⁸,
Pedro Marques-Vidal (Svizzera)¹, Joep Perk (Svezia)¹, Eva Prescott (Danimarca)¹, Josep Redon (Spagna)⁵,
Dimitrios J. Richter (Grecia)¹, Naveed Sattar (UK)², Yvo Smulders (Olanda)¹, Monica Tiberi (Italia)¹,
H. Bart van der Worp (Olanda)⁶, Ineke van Dis (Olanda)⁴, W.M. Monique Verschuren (Olanda)¹

con il contributo di: Simone Binno (Italia)

Revisori del Documento

Guy De Backer (Coordinatore CPG) (Belgio), Marco Roffi (Coordinatore CPG) (Svizzera), Victor Aboyans (Francia)¹, Norbert Bachl (Austria)⁸,
Héctor Bueno (Spagna)¹, Scipione Carerj (Italia)¹, Leslie Cho (USA)¹, John Cox (Irlanda)¹⁰, Johan De Sutter (Belgio)¹, Günther Egidi (Germania)¹,
Miles Fisher (UK)², Donna Fitzsimons (UK)¹, Oscar H. Franco (Olanda)¹, Maxime Guenoun (Francia)¹, Catriona Jennings (UK)¹,
Borut Jug (Slovenia)⁴, Paulus Kirchhof (UK/Germania)¹, Kornelia Kotseva (UK)¹, Gregory Y.H. Lip (UK)¹, François Mach (Svizzera)¹,
Giuseppe Mancini (Italia)⁵, Franz Martin Bermudo (Spagna)⁷, Alessandro Mezzani (Italia)¹, Alexander Niessner (Austria)¹,
Piotr Ponikowski (Polonia)¹, Bernhard Rauch (Germania)¹, Lars Rydén (Svezia)¹, Adrienne Stauder (Ungheria)⁹, Guillaume Turc (Francia)⁶,
Olov Wiklund (Svezia)³, Stephan Windecker (Svizzera)¹, Jose Luis Zamorano (Spagna)¹

Società

¹European Society of Cardiology (ESC), ²European Association for the Study of Diabetes (EASD),
³European Atherosclerosis Society (EAS), ⁴European Heart Network (EHN), ⁵European Society of Hypertension (ESH),
⁶European Stroke Organisation (ESO), ⁷International Diabetes Federation European Region (IDF Europe), ⁸International Federation
of Sport Medicine (FIMS), ⁹International Society of Behavioural Medicine (ISBM), ¹⁰WONCA Europe
G Ital Cardiol 2017;18(7-8):547-612

Parole chiave. Alimentazione; Attività fisica; Contesti clinici; Cure primarie; Diabete; Fattori psicosociali; Fumo; Gestione del rischio; Linee guida; Lipidi;
Popolazione; Pressione arteriosa; Prevenzione; Riabilitazione; Stakeholder; Stile di vita sano; Valutazione del rischio.

1. C'è la prevenzione delle malattie cardiovascolari?	549
1.1 Definizione e razionale	549
1.2 Elaborazione delle linee guida della Sesta task force congiunta	550
2. Chi può trarre beneficio dagli interventi preventivi?	550
Quando e come valutare il rischio e definire le priorità	551
2.1 Stima del rischio cardiovascolare globale	551
2.2 Quando valutare il rischio cardiovascolare globale?	552
2.3 Come stimare il rischio cardiovascolare globale?	553
2.3.1 Rischio cardiovascolare a 10 anni	553
2.3.2 L'età in funzione del rischio cardiovascolare	556
2.3.3 Stima del rischio cardiovascolare a 10 anni vs lifetime	556
2.3.4 Paesi a basso rischio e paesi a rischio elevato o molto elevato	559
2.3.4.1 Che cosa si intende per paesi a basso rischio?	559
2.3.4.2 Che cosa si intende per paesi ad alto o altissimo rischio?	560
2.3.5 Come si utilizzano le carte per la stima del rischio	560
2.3.6 Fattori che possono influenzare la stima del rischio cardiovascolare globale	561
2.3.7 Categorie di rischio: priorità	561
2.3.8 Livelli target dei fattori di rischio	561
2.3.9 Conclusioni	561
2.4 Altri marcatori di rischio	562
2.4.1 Storia familiare/epigenetica	562
2.4.1.1 Storia familiare	562
2.4.1.2 Marcatori genetici	563
2.4.1.3 Epigenetica	563
2.4.2 Fattori di rischio psicosociali	563
2.4.3 Biomarcatori circolanti e urinari	564
2.4.4 Determinazione del danno vascolare predinamico	565
2.4.4.1 Calcio coronario	565
2.4.4.2 Ultrasonografia carotidea	565
2.4.4.3 Rigidità arteriosa	566
2.4.4.4 Indice caviglia-braccio	566
2.4.4.5 Ecocardiografia	566
2.4.5 Altre condizioni cliniche che incidono sul rischio cardiovascolare	566
2.4.5.1 Insufficienza renale cronica	566
2.4.5.2 Stato infettivo	567
2.4.5.3 Periodontite	567
2.4.5.4 Pazienti oncologici in trattamento	567
2.4.5.5 Malattie autoimmuni	568
2.4.5.6 Sindrome delle apnee ostruttive del sonno	569
2.4.5.7 Disfunzione erettile	569
2.5 Particolari categorie di soggetti	569
2.5.1 Soggetti di età <50 anni	569
2.5.1.1 Valutazione del rischio cardiovascolare nei soggetti di età <50 anni	570
2.5.1.2 Gestione del rischio cardiovascolare nei soggetti di età <50 anni	570
2.5.2 Soggetti anziani	570
2.5.2.1 Ipertensione arteriosa	570
2.5.2.2 Diabete mellito	570
2.5.2.3 Iperlipidemia	570
2.5.3 Condizioni specifiche delle donne	571
2.5.3.1 Condizioni di natura ostetrica	571
2.5.3.2 Condizioni di natura non ostetrica	571
2.5.4 Minoranze etniche	571
3a. Come intervenire a livello individuale: interventi sui fattori di rischio	572
3a.1 Modifiche comportamentali	572
3a.2 Fattori di rischio psicosociali	573
3a.3 Sedentarietà e attività fisica	575
3a.3.1 Introduzione	575
3a.3.2 Prescrizione dell'attività fisica	575
3a.3.2.1 Attività fisica aerobica	575
3a.3.2.2 Forza muscolare/attività fisica di resistenza	576
3a.3.2.3 Attività fisica neuromotoria	576
3a.3.2.4 Fasi e progressione dell'attività fisica	577
3a.3.3 Valutazione del rischio	577
3a.4 Interventi per la cessazione del fumo	577
3a.4.1 Introduzione	577
3a.4.2 Dose e tipo	578
3a.4.3 Fumo passivo	578
3a.4.4 Meccanismi mediante i quali il fumo di tabacco determina un aumento del rischio	578
3a.4.5 Cessazione del fumo	578
3a.4.6 Trattamenti farmacologici basati sull'evidenza	579
3a.4.7 Sigarette elettroniche	579
3a.4.8 Altri interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo	579
3a.5 Alimentazione	580
3a.5.1 Introduzione	580
3a.5.2 Acidi grassi	580
3a.5.3 Minerali	580
3a.5.4 Vitamine	581
3a.5.5 Fibre	581
3a.5.6 Alimenti e gruppi di alimenti	581
3a.5.6.1 Frutta e verdura	581
3a.5.6.2 Noci	581
3a.5.6.3 Pesce	581
3a.5.6.4 Bevande alcoliche	581
3a.5.6.5 Bevande analcoliche e zuccherate	582
3a.5.7 Alimenti funzionali	582
3a.5.8 Modelli alimentari	582
3a.6 Peso corporeo	582
3a.6.1 Introduzione	582
3a.6.2 Quale indice di obesità è il miglior predittore di rischio cardiovascolare?	583
3a.6.3 Esiste l'"obesità metabolicamente sana"?	583
3a.6.4 Il paradosso dell'obesità in pazienti con coronaropatia accertata	583
3a.6.5 Obiettivi terapeutici e modalità di trattamento	583
3a.7 Controllo dei livelli lipidici	583
3a.7.1 Introduzione	584
3a.7.2 Colesterolo totale e colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità	584
3a.7.3 Apolipoproteina B	584
3a.7.4 Trigliceridi	584
3a.7.5 Colesterolo legato alle lipoproteine ad alta densità	584
3a.7.6 Lipoproteina(a)	585
3a.7.7 Rapporto apolipoproteina B/apolipoproteina A1	585
3a.7.8 Calcolo dei parametri correlati al profilo lipidico	585
3a.7.8.1 Colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità	585
3a.7.8.2 Colesterolo non legato alle lipoproteine ad alta densità (misura accurata anche in condizioni di non digiuno)	585
3a.7.8.3 Colesterolo remnant	585
3a.7.9 Esclusione di forme di dislipidemia familiare e secondaria	585

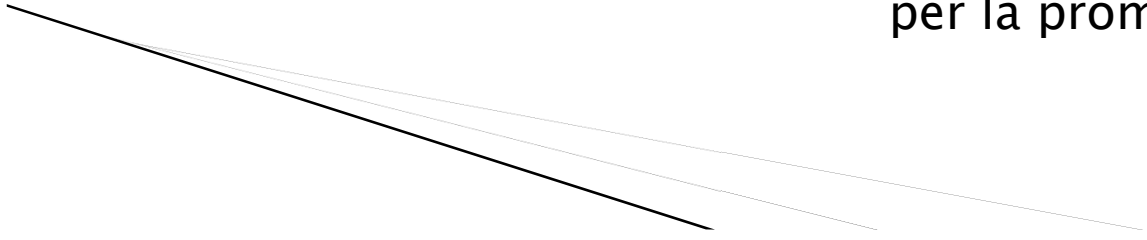
3a.4.8 Altri interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo	579
3a.5 Alimentazione	580
3a.5.1 Introduzione	580
3a.5.2 Acidi grassi	580
3a.5.3 Minerali	580
3a.5.4 Vitamine	581
3a.5.5 Fibre	581
3a.5.6 Alimenti e gruppi di alimenti	581
3a.5.6.1 Frutta e verdura	581
3a.5.6.2 Noci	581
3a.5.6.3 Pesce	581
3a.5.6.4 Bevande alcoliche	581
3a.5.6.5 Bevande analcoliche e zuccherate	582
3a.5.7 Alimenti funzionali	582
3a.5.8 Modelli alimentari	582
3a.6 Peso corporeo	582
3a.6.1 Introduzione	582
3a.6.2 Quale indice di obesità è il miglior predittore di rischio cardiovascolare?	583
3a.6.3 Esiste l'"obesità metabolicamente sana"?	583
3a.6.4 Il paradosso dell'obesità in pazienti con coronaropatia accertata	583
3a.6.5 Obiettivi terapeutici e modalità di trattamento	583
3a.7 Controllo dei livelli lipidici	583
3a.7.1 Introduzione	584
3a.7.2 Colesterolo totale e colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità	584
3a.7.3 Apolipoproteina B	584
3a.7.4 Trigliceridi	584
3a.7.5 Colesterolo legato alle lipoproteine ad alta densità	584
3a.7.6 Lipoproteina(a)	585
3a.7.7 Rapporto apolipoproteina B/apolipoproteina A1	585
3a.7.8 Calcolo dei parametri correlati al profilo lipidico	585
3a.7.8.1 Colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità	585
3a.7.8.2 Colesterolo non legato alle lipoproteine ad alta densità (misura accurata anche in condizioni di non digiuno)	585
3a.7.8.3 Colesterolo remnant	585
3a.7.9 Esclusione di forme di dislipidemia familiare e secondaria	585

... la Certezza:

Gli studi epidemiologici hanno rivelato che in molte persone però manca la consapevolezza dell'importanza di seguire regole alimentari sane e uno stile di vita complessivamente salutare, così come spesso manca anche la percezione di essere in sovrappeso o sedentari.

Le evidenze scientifiche attuali dimostrano inoltre che per adottare e mantenere uno stile di vita sano ed attivo, ridurre il peso in eccesso e prevenire le malattie croniche associate ad una alimentazione non salutare ed alla sedentarietà, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione né le semplici prescrizioni di diete o programmi di attività fisica regolare se manca la SCELTA CONSAPEVOLE

Counseling + Evidence Based Prevention
per la promozione di stili di vita sani



Il counseling motivazionale

Un metodo collaborativo di intervento
centrato
sulla persona,
orientato
per accrescere
la motivazione intrinseca al cambiamento

Il significato del verbo inglese to counsel risale al latino consulo-ere, (cum con, insieme e solere sollevare), si traduce con l'atto di “venire in aiuto” e “aiuto a sollevarsi”

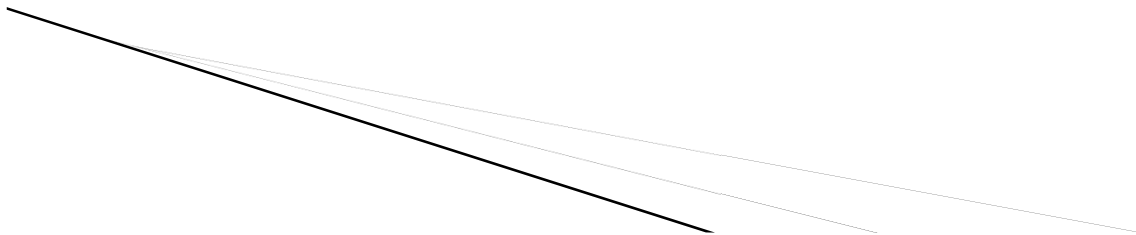


Il counseling motivazionale

Un approccio che include un intervento sulla motivazione al cambiamento sembra quindi essere più adeguato ad ottenere cambiamenti negli stili di vita individuali e a mantenere comportamenti legati alla salute nel tempo (Britt et al. 2004; Resnicow et al. 2008).

Il counseling motivazionale è centrato sul cliente, orientato per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento.

(W.R. Miller e S. Rollnick, 1994)



Canadian Task Force on Preventive Health Care, Counseling for
Risky Health Habits: a conceptual framework for primary care
practitioners. Technical Report, November .

Il documento vuole chiarire il significato di “counseling” evidenziandone le applicazioni pratiche nell’ambito della prevenzione primaria.

La relazione descrive quindi le differenti tipologie di counseling, ne illustra i principi chiave evidenziandone le possibili e più opportune applicazioni.

Tra queste, l’adozione del counseling nell’ambito ambulatoriale è un approccio vincente per incoraggiare e sostenere i pazienti a compiere scelte decisive per la propria salute; è quindi importante **formare il personale medico** per svolgere in modo adeguato il ruolo di counselors.

UTILIZZO: materiale utile ad approfondire, da un punto di vista teorico–pratico, l’approccio del counseling individuale in ambito ambulatoriale, nell’ottica tuttavia della prevenzione primaria e non del trattamento di problemi di salute

Approccio vincente per incoraggiare e sostenere le persone a compiere scelte decisive per la propria salute

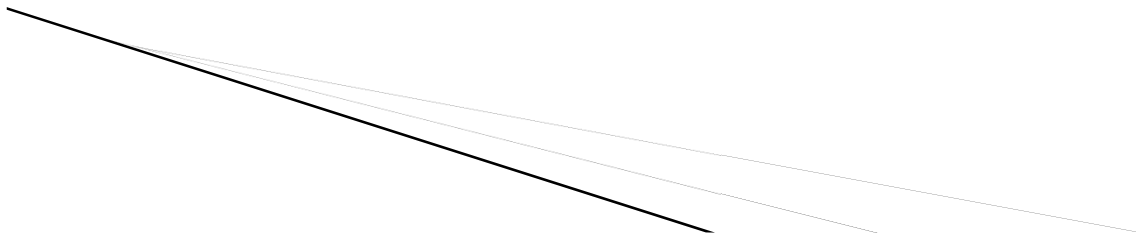
E’ importante che il personale sanitario segua un percorso formativo per svolgere in modo adeguato il ruolo di counselor

(Boldrin, Boffo, Dalle Carbonare, Losasso, Meneghini, Pavan, Scaglia, Turcato, Vanzo; 2013)



Evidenze di Efficacia del Counseling Motivazionale per migliorare le abitudini alimentari, per il controllo del peso e per ridurre la sedentarietà

- Brodie DA & Inoue A, (2005) Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 518–527.
- Resnicow K, Jackson A, Wang T, De AK, McCarty F, Dudley WN, Baranowski T, (2001) A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: results of the eat for life trial. *American Journal of Public Health*, 91, 1686–93.
- Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Kaplar ME, Young K, Baylen CA, Versl A, (2007) Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a steppedcare approach. *Health psychology*, 26, 369–74.
- West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG, (2007) Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 30, 1081–7.
- Leyva–Moral JM, (2007) Motivational interviewing as an instrument to promote physical activity and dietary adherence among people with diabetes: literature review. *Nure Investigación* 29, 6p.
- Schoo A, (2008) Motivational interviewing in the prevention and management of chronic disease: improving physical activity and exercise in line with choice theory. *International Journal of Reality Therapy*, 27, 26–29.



July 11, 2017

Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

US Preventive Services Task Force

Article Information

JAMA. 2017;318(2):167-174. doi:10.1001/jama.2017.7171

*Linee regionali: Il counseling nella relazione di (o che) cura per
prevenire le recidive nei pazienti post IMA/SCA*



Fam Pract. 2014 Jun;31(3):325-32. doi: 10.1093/fampra/cmu007. Epub 2014 Mar 17.

Dietary counselling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: results from a German physician survey.

Görig T¹, Mayer M², Bock C³, Diehl K³, Hilger J³, Herr RM³, Schneider S³.

Author information

CONCLUSIONS: The data showed high levels of involvement by German PCPs in CVD prevention and dietary counselling. The rather low perceived success of dietary intervention and differences with respect to patients' health insurance status indicate a need to address both communication skills in medical training and appropriate reimbursement of preventive services.

© The Author 2014. Published by Oxford University Press. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

JAMA. 2017 Jul 11;318(2):167-174. doi: 10.1001/jama.2017.7171.

Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.

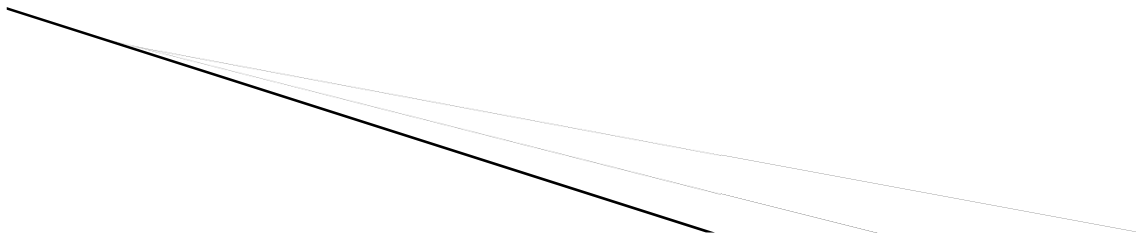
US Preventive Services Task Force, Grossman DC¹, Bibbins-Domingo K², Curry SJ³, Barry MJ⁴, Davidson KW⁵, Doubeni CA⁶, Epling JW Jr⁷, Kemper AR⁸, Krist AH⁹, Kurth AE¹⁰, Landefeld CS¹¹, Mangione CM¹², Phipps MG¹³, Silverstein M¹⁴, Simon MA¹⁵, Tseng CW¹⁶.

Author information

EVIDENCE BASED PREVENTION ovvero

prevenzione basata su prove di efficacia

- ▶ L'Evidence-based prevention (EBP – Prevenzione basata sulle prove di efficacia) è un movimento di operatori sanitari che cooperano per promuovere un cambiamento nella pratica della prevenzione al fine di renderla sempre più efficace per la salute della popolazione
- ▶ L'EBP si propone di arricchire la prevenzione di tutti gli interventi per i quali, alla luce di studi basati su solide metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia, eliminando progressivamente tutte quelle pratiche per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia.
- ▶ L'EBP si basa concettualmente sulla Evidence-based medicine (EBM – Medicina basata sulle prove di efficacia), un movimento culturale che si è diffuso a livello internazionale negli anni Novanta, grazie anche all'opera di epidemiologi come Archibald Cochrane e David Sackett, che affermava: «l'Ebm costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del Paziente».



JRSM Cardiovasc Dis. 2017 Jan-Dec; 6: 2048004016687211.
Published online 2017 Jan 1. doi: [10.1177/2048004016687211](https://doi.org/10.1177/2048004016687211)

Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature

[Jack Stewart](#)¹

¹Department of Cardiology, Ashford & St Peter's NHS Foundation Trust, London, UK; Institute of Cardiovascular Research, Biological Sciences, University of London, Surrey, UK

[Gavin Manmathan](#)²

[Peter Wilkinson](#)²

²Department of Cardiology, Ashford & St Peter's NHS Foundation Trust, London, UK

[Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ►

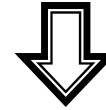
[Go to:](#)

Abstract

Cardiovascular disease is a significant and ever-growing problem in the United Kingdom, accounting for nearly one-third of all deaths and leading to significant morbidity. It is also of particular and pressing interest as developing countries experience a change in lifestyle which introduces novel risk factors for cardiovascular disease, leading to a boom in cardiovascular disease risk throughout the developing world. The burden of cardiovascular disease can be ameliorated by careful risk reduction and, as such, primary prevention is an important priority for all developers of health policy. Strong consensus exists between international guidelines regarding the necessity of smoking cessation, weight optimisation and the importance of exercise, whilst guidelines vary slightly in their approach to hypertension and considerably regarding their approach to optimal lipid profile which remains a contentious issue. Previously fashionable ideas such as the polypill appear devoid of in-vivo efficacy, but there remain areas of future interest such as the benefit of serum urate reduction and utility of reduction of homocysteine levels.

Keywords: Primary prevention, cardiovascular disease, statins, exercise, diet, hypertension, smoking, alcohol, polypill, uric acid

Evidence Based Prevention + Counseling



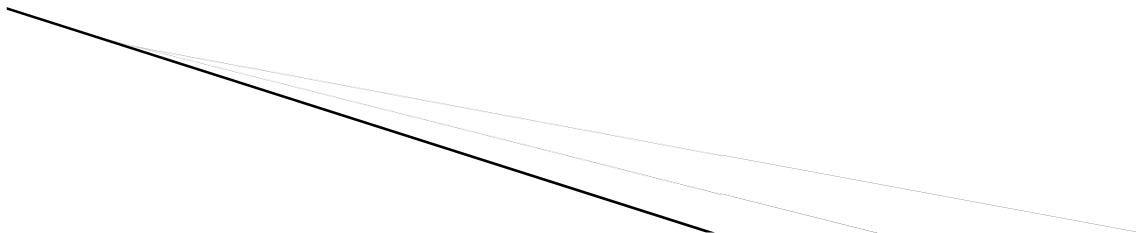
PROMOZIONE di STILI di VITA SANI

Le azioni promosse devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione/approccio prescrittivo

La Persona

- deve essere motivata – sia nella scelta iniziale al cambiamento – sia nelle fasi successive di mantenimento

- deve essere al centro delle azioni, con i suoi bisogni e richieste, nonché con le sue specifiche risorse e potenzialità –per una scelta consapevole delle proprie abitudini di vita



Counseling per la promozione di stili di vita sani Evidence Based Prevention

gli interventi appropriati ed efficaci per modificare
gli stili di vita devono considerare:

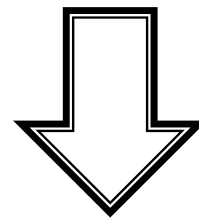
la motivazione della persona a modificare abitudini
e stili di vita non salutari
l'applicazione di appropriate tecniche di counseling
motivazionale centrato sulla persona
l'utilizzo di specifici strumenti che aiutino a
valutare la motivazione al cambiamento importante
supporto al lavoro motivazionale con
l'utente/paziente.

**Deve nascere un'alleanza fra il medico ed il
Paziente**



Poter valutare quindi la motivazione al cambiamento dell'utente e poter offrirgli un trattamento congruente al suo profilo motivazionale è fondamentale per accompagnarlo in modo efficace nel percorso.

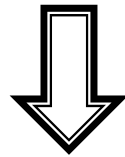
Da qui l'importanza dell'azione nel tempo del MMG e del Nutrizionista insieme allo Specialista e al Farmacista



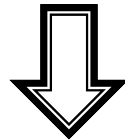
AZIONE di SQUADRA



Condividere gli stessi obiettivi e utilizzare gli stessi strumenti per
un ciclo virtuoso di cambiamento



Paziente + MMG + Ambulatorio specialistico (Medico e Infermiera) +
Gruppi di Cammino + Nutrizionista (?) + Farmacista ..Istituzioni



Motivare il Paziente a farsi carico della
propria quota di responsabilit  nel
determinismo dello proprio stato di salute



1.3) Definizioni: determinanti di salute

- La gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute delle singole persone e delle popolazioni.

Murray e Lopez stimano che la salute sia determinata da

- **Fattori socio-economici e stili di vita 40-50%**
- **Stato e condizioni dell'ambiente 20-30%**
- **Eredità genetica 20-30%**
- **Servizi sanitari 10-15%**

(Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease

Study.Lancet 1997;349 (9061); 1269-76)

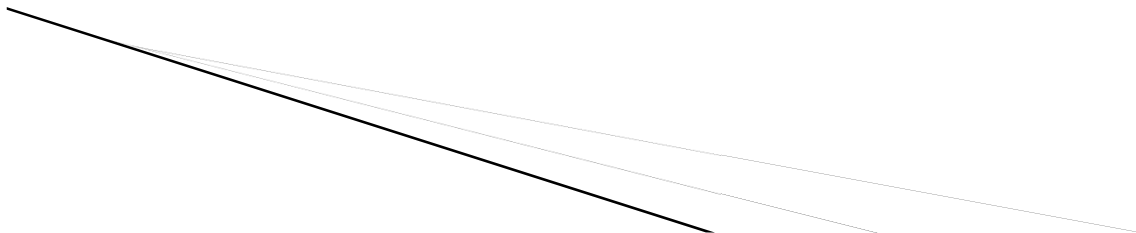
Comportamenti alimentari degli italiani: risultati dell'Oec/Hes

Nell'ambito dell'indagine Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey (Eco/Hes) condotta fra il 2008 e il 2012, in cui sono stati misurati stili di vita, fattori di rischio e condizioni a rischio, sono stati raccolti anche i comportamenti alimentari dei partecipanti (9111 persone esaminate, fra i 25 e i 79 anni di età, in 20 Regioni). Per la raccolta delle abitudini alimentari è stato utilizzato il questionario EPIC sulla frequenza di consumo degli alimenti, sviluppato dai ricercatori italiani del progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition). Il questionario è arricchito da figure per la definizione delle porzioni. Le abitudini alimentari dichiarate dai partecipanti sono state convertite in nutrienti utilizzando il software realizzato dall'Istituto nazionale tumori di Milano. Lo stile alimentare sano è stato definito seguendo le indicazioni della piramide alimentare e calcolando le porzioni a partire dai livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia (LARN). Per il consumo di sale sono state considerate le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Ciò che emerge è che solo la minoranza della popolazione segue un'alimentazione salutare: solo il 30% ha un consumo adeguato di verdura e di pesce, meno del 20% consuma dolci/torte non più di due volte a settimana come raccomandato fra i nutrienti, il consumo calorico dovuto ai grassi saturi e agli zuccheri risulta molto elevato. Confrontato con il modello mediterraneo degli anni Sessanta, il consumo di cereali, patate e legumi è ridotto della metà, mentre il consumo di carni, formaggi, latte e, in particolare, di dolci è più che raddoppiato.

Qualche dettaglio

La differenza nella prevalenza del consumo di alimenti è statisticamente significativa per tutti gli alimenti considerati: maggiore la differenza fra Nord e Sud nella frequenza di consumo dei formaggi (più elevato al Nord) e degli insaccati (più elevato al Sud); più alto il consumo di verdura e frutta al Centro Italia, quasi il 70% degli intervistati al Centro e al Sud consuma vino o altri alcolici, ma non supera il limite di un bicchiere per le donne e due bicchieri di vino per gli uomini, come raccomandato. Colpisce particolarmente la bassa percentuale della popolazione che segue le raccomandazioni rispetto al consumo di dolci (15- 20%).



E le Donne Italiane

FUMO : 5.7 milioni specie fra i 45 ed i 57 anni (in aumento 55–74 anni)

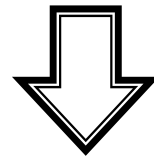
SEDENTARIETA' :47.3% vs 37.3 maschi

OBESITA'/SOVRAPPESO: 37.5% ma piu'frutta e verdura, meno alcool dell'uomo

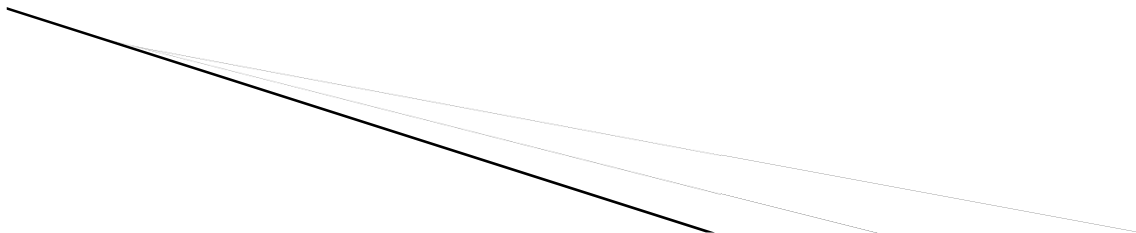
IPERTENSIONE : 31%

DECESSI :48.4% legato a malattie cardio o cerebrovascolari

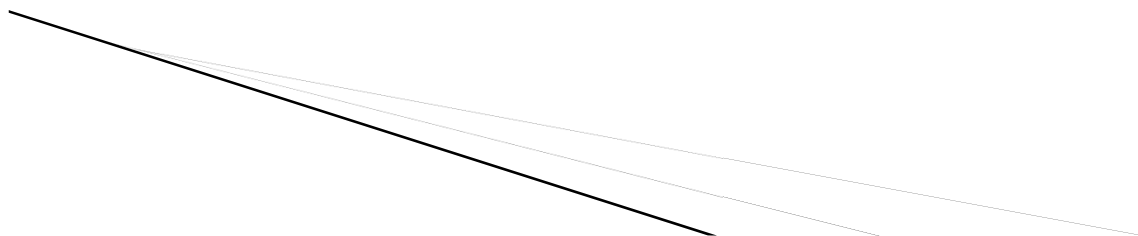
OSTEOPOROSI :1 su 4 dopo i 40 anni, 1 su 3 dopo i 50 .



8 marzo parte da Napoli “Prevenzione Possibile “



Quando un Paziente entra nel mio ambulatorio





In un tempo limitato
15-20 minuti
devo individuare la strategia migliore
per



Convincerlo a farsi carico della propria parte di
responsabilita' nel processo di cura e del suo stato di
salute



Counseling è ... trovare la chiave

Stile relazionale

Modalità comunicativa semplice

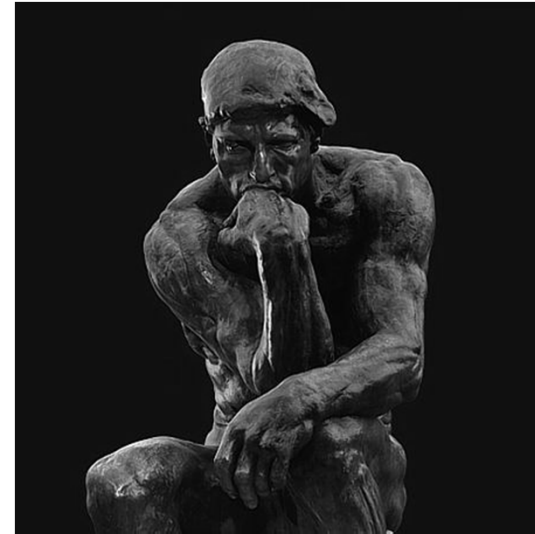
Empatia per favorire la decisione al
cambiamento,

“ Personalizzazione” dell'intervento



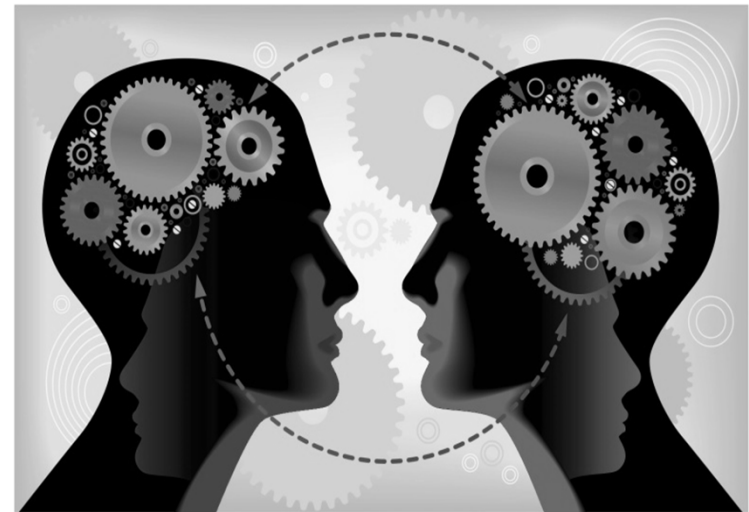
NON intende cambiare
Vorrebbe cambiare
Ha deciso di cambiare
Ha già cambiato (+ o - 6 mesi)

Compito del professionista e' aiutare la persona a "tirare fuori" il potenziale di cambiamento che ha dentro di se ,
(ossia gli elementi della motivazione)



ascoltare quanto mi riferisce
integrando con quanto riportato sulla
richiesta del MMG
completare con una visita accurata e la
lettura dell'ECG

responsabilizzare per ottenere una
condivisione di percorso



Quest'ultima parte avviene in stretta sinergia con l'IP del Servizio di Cardiologia che utilizza a supporto, materiale iconografico del Progetto CUORE dell'ISS . Le schede utilizzate enfatizzano il ruolo determinante dello “stile di vita” (alimentazione, attività fisica, consumo di sale, ridotto apporto di grassi saturi, abolizione del fumo..) nella prevenzione/gestione di alcune patologie CV : ipertensione, cardiopatia ischemica

Inizia così un percorso di crescita che aumenta l'autostima ...

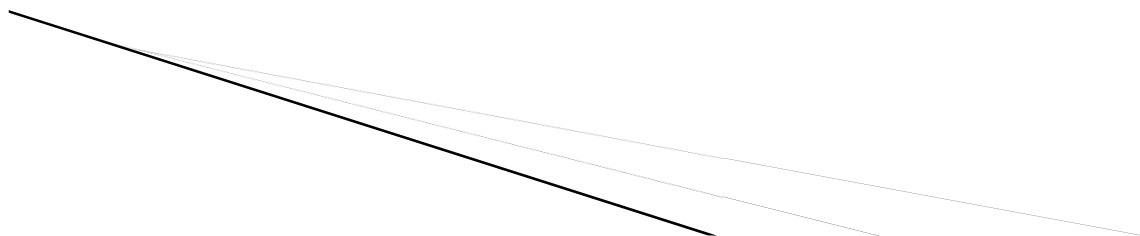


Tabella 8.

Principi di una comunicazione efficace per facilitare le modifiche del comportamento :

- **Trascorrere** abbastanza tempo con l'assistito in maniera da instaurare un rapporto terapeutico – anche solo pochi minuti in più possono fare la differenza.
- **Riconoscere** il punto di vista dell'assistito nei confronti della sua malattia e dei fattori che vi hanno contribuito.
- **Incoraggiare** l'esternazione dei suoi timori, ansie o preoccupazioni e delle proprie motivazioni alla base del cambiamento comportamentale e le probabilità di successo.
- **Parlare** all'assistito in modo comprensibile ed incoraggiare gli sforzi volti al miglioramento dello stile di vita.
- **Accertarsi** facendo domande che l'assistito abbia compreso le raccomandazioni e abbia la possibilità di seguirle.
- **Prendere atto** della difficoltà di cambiare abitudini e che una modifica graduale e sostenibile è spesso più duratura rispetto ad un cambiamento repentino.
- **Rendersi conto** che in alcuni casi occorre un'attività di sostegno prolungata e che molti pazienti devono essere costantemente incoraggiati ad adottare e mantenere le modifiche dello stile di vita.
- **Accertarsi** che le informazioni fornite dai tutti i professionisti sanitari coinvolti siano univoche.

Tabella 9.

Dieci punti strategici per facilitare le modifiche del comportamento :

- **Instaurare un'alleanza terapeutica.**
- Fornire raccomandazioni a tutti i soggetti a rischio o con malattia cardiovascolare clinicamente manifesta.
- Aiutare a comprendere il rapporto esistente tra comportamento e salute.
- Aiutare ad analizzare le proprie resistenze alle modifiche del comportamento.
- Ottenere l'impegno da parte dell'assistito a modificare il suo comportamento.
- **Coinvolgere l'assistito** nell'identificazione e selezione dei fattori di rischio da modificare.
- Adottare strategie combinate che prevedano un rafforzamento della capacità dell'assistito di cambiare.
- Definire un programma per modificare lo stile di vita.
- **Coinvolgere altro personale sanitario quando possibile.**
- **Monitorare** i progressi mediante contatti di follow-up.

TEMPO!

Con il termine **empowerment** viene indicato un processo di crescita, sia dell'individuo sia del gruppo, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'**autodeterminazione** per far emergere **risorse latenti** .

Livello di Comunità

A livello di comunità, l'empowerment fa riferimento **all'azione collettiva** finalizzata a **migliorare la qualità di vita** e alle **connessioni tra le organizzazioni** e le agenzie presenti nella comunità. Attraverso l'empowerment di comunità si realizza la “comunità competente”, in cui i cittadini hanno “le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita”. Le strategie di empowerment di comunità sono volte a **favorire il processo di crescita** nei cittadini tramite la partecipazione di questi ad esperienze significative. In tal senso, pertanto, questi **cittadini** costituiranno una **risorsa per le altre persone** .



Settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale 2018

Simona Giampaoli, Chiara Donfrancesco e Serena Vannucchi – Dipartimento Malattie cardiovascolari dismetaboliche e dell'invecchiamento – Istituto superiore di sanità

22 marzo 2018 – “5 ways to 5 grams”, ovvero 5 modi per arrivare a 5 grammi: il tema della Settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale che si è svolta dal 12 al 19 marzo è stato un chiaro riferimento al valore soglia di 5 grammi di sale raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come assunzione massima giornaliera per la popolazione adulta (corrispondenti a circa 2 grammi di sodio al giorno).

In particolare, l'edizione 2018 della Settimana ha lanciato 10 consigli utili per ridurre il consumo di sale sino a 5 grammi al giorno:

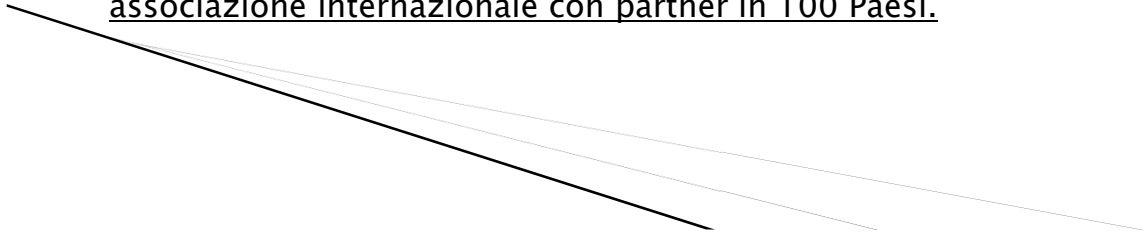
azioni individuali:

scolare e lavare verdure e fagioli in scatola, e mangiare più frutta e verdure fresche
diminuire gradualmente l'aggiunta di sale ai piatti, per dare al palato il tempo di abituarsi al nuovo gusto
usare erbe, spezie, aglio e limone per insaporire al posto del sale (ci permettiamo di aggiungere agli ingredienti anche la cipolla)
non mettere il sale e le salse salate a tavola durante i pasti, così da disincentivarne l'aggiunta ai piatti
leggere attentamente le etichette dei prodotti alimentari prima di acquistarli prediligendo quelli a minor contenuto di sale.

azioni collettive:

informare ed educare la popolazione sui rischi legati al consumo eccessivo di sale
identificare il consumo medio di sale nella popolazione (e le sue fonti alimentari)
coinvolgere l'industria alimentare nella discussione sui benefici legati alla riduzione di sale, così da promuovere cambiamenti nella composizione dei cibi preparati
introdurre i valori nutrizionali in ogni alimento, così da permettere ai consumatori di fare scelte consapevoli
incoraggiare gli ambienti scolastici e lavorativi a prediligere le opzioni meno salate.
Alle azioni individuali ci permettiamo di aggiungere un altro punto: diminuire il consumo di salumi e insaccati, snack salati, evitare il dado da brodo e preferire il pane con poco o senza sale.

L'iniziativa, giunta all'undicesima edizione, viene promossa dalla World Action on Salt & Health (Wash), associazione internazionale con partner in 100 Paesi.



Versione italiana, autorizzata dall'Oms *Summary Report Interventions on diet and physical activity: what works* (in breve "What works") 2009

la revisione di letteratura di What works ha mostrato che: «[...] **gli interventi multi-componente**, adattati al contesto locale .. efficaci.. ad esempio il **coinvolgimento dei lavoratori stessi** negli interventi nei luoghi di lavoro e **dei leader di comunità** negli interventi nelle comunità religiose e nelle comunità locali». (Fonte: "Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona. Relazione riassuntiva". Traduzione italiana di "Interventions on diet and physical activity: what works", Oms, 2009).



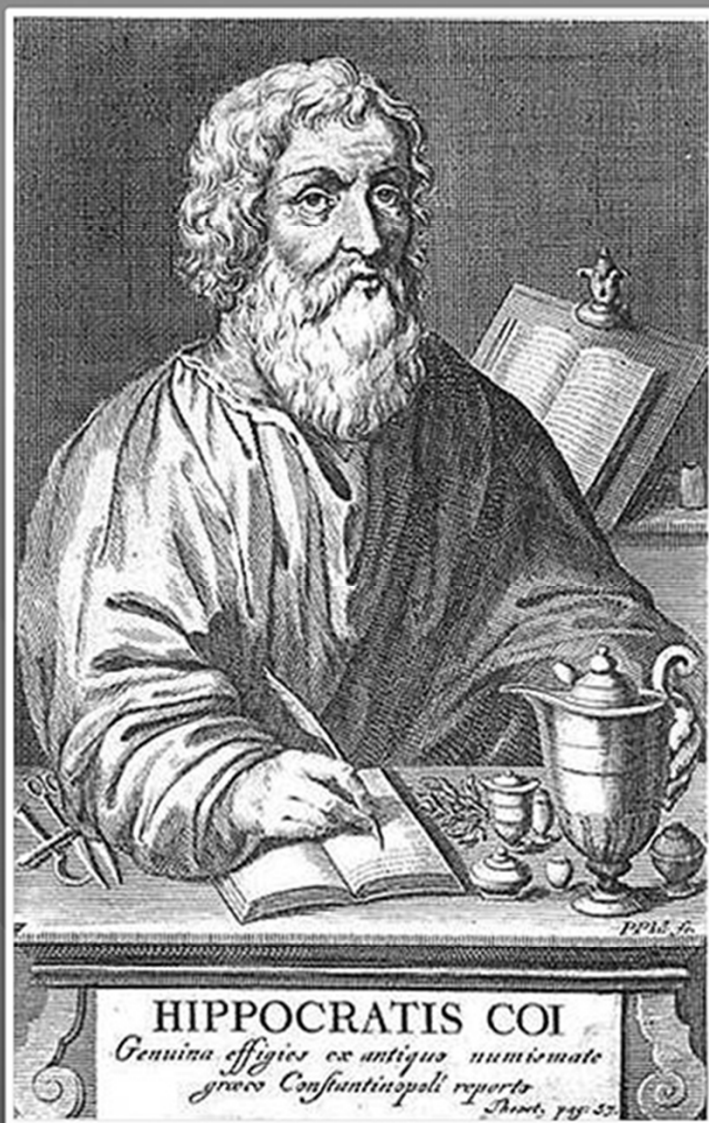
DATI OMS EUROPA

87% decessi e 77% della perdita di anni di vita in buona salute sono provocati da malattie croniche che hanno in comune fattori di rischio modificabili ma sono influenzati anche da ambiente fisico e sociale

11/6/2015

Protocollo di Intesa Ministero & Rete Citta' Sane
per un futuro in salute ed uno sviluppo sostenibile con
azioni sinergiche e trasversali : la promozione della
mobilita' sostenibile, sana alimentazione, attivita' fisica..





*“Prima di cercare la
guarigione di qualcuno
chiedigli se è disposto a
rinunciare alle cose che
lo hanno fatto
ammalare”*

(Ippocrate)

GRAZIE per l'attenzione! E ricordiamoci che

