

**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)*

Running title: Counseling per la promozione dell'Attività Fisica

Riassunto

Sedentarietà ed obesità costituiscono un importante problema di Sanità Pubblica: obiettivo del presente studio è aumentare la motivazione al movimento e l'attività fisica praticata nei pazienti in sovrappeso/obesi, attraverso un intervento di counseling (protocollo PACE) condotto dal Medico di Medicina Generale. Il counseling è stato rivolto a 145 pazienti con BMI ≥ 27 , presentatisi nell'ambulatorio di 10 Medici di Medicina 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.

Il counseling col modello PACE appare influenzare positivamente l'aumento di attività fisica e il livello motivazionale correlato nei pazienti aderenti al progetto. E' opportuno condurre studi ulteriori per valutarne l'efficacia e la possibile ricaduta in termini di Sanità Pubblica.

Summary

Lack of physical activity and obesity represent important public health problems. The objectives of the current study is to evaluate the effects of a counseling intervention (the PACE protocol) conducted by general practitioners and designed to motivate persons who are overweight or obese to increase their levels of physical activity. The counseling was offered 145 patients with a BMI ≥ 27 who were seen between May 2002 and April 2003 in the offices of 10 general practitioners. The intervention, which lasted 3-5 minutes, was conducted during routine visits, based on the Prochaska-DiClemente model of behavioral change. Changes in the motivation of the patients to engage in physical activity and actual changes in levels of activity were measured, as were BMI and abdominal circumference. The median followup was 9 months.

Among the 145 eligible patients, 103 (71%) agreed to participate. Six months following the counselling, there was a significant change in both the motivational status and physical activity of the group, and they experienced significant decreases in BMI and abdominal circumference.

Counseling using the PACE model appears to positively influence levels motivation and of physical activity in those patients who agreed to participate. Further studies should be conducted to evaluate the effectiveness of this strategy in other settings and the public health benefits of such counseling.

Parole chiave: *Attività fisica, obesità, soprappeso, counseling, stadi del cambiamento motivazionale*

Key Words: *Physical activity, overweight, obesity counseling, stage of change*

Introduzione

L'attività fisica praticata regolarmente incide in modo significativo sulla qualità della vita, migliorando lo stato di salute psico-fisico e riducendo il rischio di mortalità generale (13). Numerosi studi sottolineano la riduzione del rischio di patologie importanti e frequenti (malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, osteoporosi, tumore del colon) (20). L'attività fisica aiuta inoltre a mantenere un appropriato peso e a ridurre depressione ed ansietà (18). I benefici dell'attività fisica si riscontrano già a livelli moderati: viene infatti raccomandata a livello internazionale per donne e uomini di ogni età almeno mezz'ora al giorno di movimento di intensità anche moderata. Questi 30 minuti di attività possono accumularsi durante la giornata, suddivisi in dosi di almeno 10 minuti (4) (17). Nonostante gli effetti positivi dell'esercizio fisico, in Italia i "sedentari" sono stimati in circa 21 milioni, pari al 40.3% della popolazione (46.1% tra le donne e 34.2% tra gli uomini) (7). La sedentarietà aumenta con l'età (64.6% negli anziani). In Emilia-Romagna, regione in cui si è attuato l'intervento, si stima che una persona su tre non pratichi alcuna attività fisica (34.8%).

Il Medico di Medicina Generale rappresenta il primo legame tra popolazione e Servizi Sanitari (8): è in situazione privilegiata per identificare i sedentari ed effettuare un breve intervento per promuovere l'attività fisica, diventando un catalizzatore del processo di cambiamento (1). In Usa ed in Europa sono stati elaborati diversi programmi di counseling strutturato nelle cure primarie per aumentare i livelli di attività fisica(10): questo studio ha applicato il PACE (Patient-centered Assessment and Counseling for Exercise), basato sul modello transteoretico del cambiamento di Prochaska-DiClemente(12). Il counseling, importante strumento relazionale nell'ambito dell'attività clinica, può essere definito come un intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente, per il raggiungimento condiviso di un miglioramento dello stato di salute (2)(14). Il counseling per promuovere l'attività fisica è condotto durante le visite ordinarie dei pazienti ed ha una durata di 3-5 minuti (15)(16). Nel programma PACE i pazienti vengono classificati, attraverso un questionario standardizzato, negli stadi di precontemplazione,

contemplazione ed azione/mantenimento (tabella 1); ogni livello prevede un protocollo specifico d'intervento (3) per aiutare il paziente a progredire nell'adozione o nel mantenimento di uno stile di vita più attivo.

Materiali e Metodi

Lo studio, condotto dal maggio 2002 all'aprile 2003, è stato rivolto al paziente maggiorenne con BMI ≥ 27 , presentatosi spontaneamente nello studio del Medico di Medicina Generale. Si è scelto di sperimentare il progetto con un gruppo di 10 Medici di Medicina Generale, appartenenti ad un unico Nucleo di Cure Primarie. La popolazione assistita dai medici selezionati è di 10.835 persone (6% della popolazione complessiva). L'obiettivo principale dello studio era modificare lo stato motivazionale del paziente in sovrappeso od obeso, aumentando il livello di attività fisica praticata: obiettivi secondari la diminuzione di Body Mass Index (BMI) e circonferenza addominale. Si è considerata attività fisica ogni movimento del corpo determinato dai muscoli scheletrici, svolto quotidianamente incluse attività lavorative, ricreative, sportive ecc. Ai pazienti con BMI ≥ 27 è stato proposto un questionario standardizzato (PACE) presso l'ambulatorio del medico, in base al quale si è classificato lo stato motivazionale del paziente nei confronti dell'attività fisica in tre livelli: precontemplazione, contemplazione e azione/mantenimento. Il Medico ha attuato il counseling previsto dal protocollo a seconda del livello motivazionale con un breve colloquio (3-5 minuti). In particolare ai pazienti classificati come "contemplatori" si è suggerito di iniziare un'attività fisica moderata e regolare. Per favorire e sostenere il cambiamento si è offerto a tutti i pazienti aderenti il supporto di preparatori sportivi, adeguatamente formati all'approccio psicologico col paziente obeso, e di Corsi di Auto-aiuto condotti da psicologi di comunità, nutrizionisti e medici sportivi organizzati dal Dipartimento di Sanità Pubblica locale.

All'entrata e all'uscita dallo studio (follow-up minimo di 6 mesi) sono stati misurati il livello motivazionale nei confronti dell'attività motoria, l'attività fisica praticata, il BMI e la circonferenza addominale. Per definire il livello di stadio motivazionale del paziente e l'incremento di attività fisica si è utilizzato il questionario auto-somministrato previsto dal modello PACE; altri dati sono stati raccolti attraverso una scheda compilata dal medico contenente elementi sanitari (BMI, circonferenza addominale, presenza di patologie e fattori di rischio) ed indicatori socio-demografici (sesso, età, titolo di studio, professione, condizione abitativa) (tabella 2). I dati antropometrici sono stati rilevati dai Medici (preparati con un specifico Corso di Formazione) attraverso misurazione diretta di altezza, peso e circonferenza addominale. Dei pazienti verso i quali si è condotto il counseling, ma che hanno scelto di non aderire al progetto, si sono registrate solo le caratteristiche sanitarie e socio-demografiche principali, per valutare variabili potenzialmente condizionanti l'adesione allo studio.

Nell'analisi statistica si è applicato il test dei segni per ranghi di Wilcoxon ad una coda con errore di I tipo pari a 0.05 per il confronto del livello motivazionale all'entrata e all'uscita dallo studio; questo test è stato

applicato anche ad attività fisica, BMI e circonferenza addominale: in questi casi la presenza di test multipli accresce il rischio di trovare differenze significative dovute al caso, inducendo a valutare con cautela il pvalue relativo.

Per l'inserimento dei dati si è utilizzato Microsoft Access (2000), mentre per l'analisi il package SPSS versione 11.0.

Risultati

Sono risultati arruolati nello studio 145 persone, di cui 62.8% donne e 37.2% uomini. L'età media è risultata di 51.6 anni (mediana 52.6 , deviazione standard 12.4), con un range da 23 a 76 anni. Il 20% dei pazienti si colloca nella fascia 18-39 anni, il 64.8% in quella 40-64 ed un 15.2% sopra i 65 anni. Il 32% dei pazienti è rientrato nella fascia del sovrappeso con un BMI compreso tra 27 e 29.9, mentre il rimanente 68% è risultato classificabile come obeso, presentando un BMI pari o maggiore di 30. Il 71.5% dei pazienti presentava una circonferenza addominale considerata a rischio (superiore a 88 cm per le donne e a 102 per gli uomini). Per quanto riguarda il titolo di studio il 26.4% del campione è risultato in possesso di licenza elementare, il 35.7 di scuola media inferiore, il 32.2% di scuola media superiore e il 5.7% di laurea. Tra le categorie professionali maggiormente rappresentate vi sono casalinghe (29.3%), operai (20%), pensionati (16.4%), impiegati (12.9%) e dirigenti/libero-professionisti (10.7%). Il 93.6% degli arruolati vive con altre persone, mentre il 6.4% vive solo.

Il counseling è stato condotto in 145 pazienti; tra questi hanno aderito al progetto 103 persone, pari al 71%; tra le donne (n. 91) l'adesione è risultata del 73.6%, mentre tra gli uomini (n. 54) del 66.7%. Per quanto attiene alle tre fasce d'età considerate (giovani adulti >18-39 anni, adulti 40-64 anni ed anziani oltre 65 anni), quella che ha maggiormente aderito al progetto è la fascia centrale (n. 68 pz. pari al 66%), seguita da quella sotto i 40 anni (n. 19 pz. 18.4%) ed infine gli ultrasessantacinquenni (n. 16 15.5%). Nelle tre fasce la percentuale di adesione varia dal 65.5% dei giovani adulti al 72.3 e 72.7% rispettivamente di adulti ed anziani, valori sovrapponibili al dato complessivo di adesione (71%). Tra le persone valutate in sovrappeso (n.46) ha aderito al progetto l'80%, mentre tra quelle obese (n. 99) l'83.5%. Il 12% dei pazienti risulta perso al follow-up; nei rimanenti 91 pazienti si è avuto un follow-up mediano di 7 mesi (range 6-12). Il titolo di studio posseduto, la professione esercitata e la situazione abitativa non appaiono condizionare il livello di adesione al progetto, non essendoci differenze significative tra il gruppo che ha aderito e quello che non ha aderito. Analogamente non si sono riscontrate differenze nei due gruppi per la presenza di patologie e fattori di rischio valutati (BMI, circonferenza addominale e fumo). I 42 non aderenti al progetto riferiscono quale motivazione principale alla mancata adesione: la mancanza di tempo (35%), la mancanza d'interesse/pigrizia (12%), la mancanza di determinazione (9.5%), i problemi fisici (7.1%) e quelli familiari (4.8%). Il 7.1% ha dichiarato invece di praticare già attività fisica.

Al momento dell'arruolamento, 11 pazienti (11%) sono stati classificati, col protocollo PACE, nello stato inattivo e non motivato a modificare il proprio atteggiamento verso l'attività fisica, 72 (69.2%) in quello inattivo, ma motivato (il livello per il quale appare particolarmente mirato l'intervento) e 20 (19.8%) si definivano attivi moderati. Al momento dell'uscita dallo studio le persone inattive non motivate sono rimaste invariate (10 pz. pari al 9.7%), mentre gli inattivi ma motivati sono diminuiti (49 pz. pari al 47.6%) a favore degli attivi moderati (35 pz. pari al 34%); per 9 pz. (8.7%) il dato è mancante. Successivamente all'intervento di counseling, pertanto, una parte delle persone inattive ma pronte a modificare il proprio stato è stata stimolata ad iniziare un'attività fisica: si registra infatti un significativo aumento del livello motivazionale ($p < 0.008$ Test di Wilcoxon). Per quanto riguarda l'attività fisica praticata, 66 pazienti (64.1%) hanno dichiarato di avere aumentato il proprio livello di attività dopo l'intervento di counseling, mentre 28 non hanno ottenuto questo risultato (27.2); per 9 pz. (8.7%) il dato è mancante. L'incremento di attività fisica è risultato statisticamente significativo ($p < 0.006$ Test di Wilcoxon). Per quanto riguarda il tipo attività fisica praticata, il 48% riferisce di aver camminato di più, il 39% di aver usato più spesso la bicicletta, il 18% di aver aumentato i lavori di casa, il 17% di aver salito le scale ed un 10% di aver praticato giardinaggio. Al momento dell'arruolamento il BMI presentava un valore medio pari a 31.9 (deviazione standard 3.5 con un range da 27 a 44); il BMI valutato al follow-up è risultato pari a 31.0 (deviazione standard 4.1 con un range da 22.5 a 43) con una diminuzione significativa ($p < 0.000$ test di Wilcoxon). La circonferenza addominale media al momento dell'arruolamento era pari a 107.1 cm (deviazione standard 10.4 con un range da 85 a 140); al follow-up il valore medio è stato di 104.0 cm. (deviazione standard 10.8 con un range da 82 a 138), con una diminuzione significativa ($p < 0.000$ test di Wilcoxon). Il 23.3% degli aderenti al progetto ha partecipato ai Corsi di Auto-aiuto proposti a tutti i partecipanti: in queste 24 persone si è rilevato un miglioramento del livello motivazione, un incremento dell'attività fisica ed una diminuzione di BMI e circonferenza addominali.

Discussione e Conclusioni

L'intervento di counseling nei confronti dei pazienti in soprappeso/obesi ha stimolato l'incremento di attività fisica nei pazienti arruolati, modificando favorevolmente l'attività praticata e lo stato motivazionale al follow-up condotto dopo i 6 mesi. Si è osservata anche una riduzione statisticamente significativa del BMI e circonferenza addominale nel periodo di studio. Alcuni limiti sono risultati presenti nello studio:

- la difficoltà a mantenere alta la motivazione nei medici aderenti: l'86% dei pazienti risulta arruolato nei primi 6 mesi e la percentuale di adesione scende dal 72% al 65% dal primo al secondo semestre. Circa la metà dei Medici aderenti segnala l'appesantimento dell'attività di routine legato alla pratica del counseling;
- la difficoltà nel raccordare l'intervento dei Medici con quello dei Preparatori Sportivi attraverso percorsi facilitati per il paziente in soprappeso/obeso;

- l'incompleto utilizzo del diario personale, proposto come strumento per rafforzare la propria motivazione all'attività fisica.

Altre criticità sono infine intrinseche al disegno stesso dello studio, con particolare riferimento alla mancanza di un gruppo di controllo per valutare l'efficacia del counseling e al limitato numero di arruolati.

Tra i punti di forza si sottolineano:

- la sperimentazione di un modello di intervento su un rilevante problema di Sanità Pubblica a tutt'oggi non adeguatamente affrontato;

- l'attivazione dei Corsi di Auto-aiuto: questi hanno avuto una ottima valutazione di gradimento da parte dei partecipanti, nella totalità dei quali sono stati raggiunti i risultati auspicati dall'intervento di counseling; la loro strutturazione permanente all'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica consentirà una più approfondita valutazione di efficacia, accrescendo il numero dei partecipanti ancora troppo esiguo nello studio condotto per consentire ulteriori considerazioni.

- l'interesse stimolato in altri Medici di Medicina Generale, con l'attivazione di Corsi di Aggiornamento sull'uso del counseling per motivare i pazienti nei cambiamenti relativi agli stili di vita.

In letteratura le evidenze per includere il counseling relativo all'attività fisica nelle cure primarie durante le visite periodiche sono ancora carenti di studi conclusivi (5)(6). Molteplici organizzazioni raccomandano l'utilizzo di questa tecnica alla luce dei numerosi benefici determinati dall'attività fisica sulla salute, consigliandola insieme ad altri interventi rivolti alla comunità (11)(19). Appaiono pertanto auspicabili studi più completi per delineare con sempre maggior chiarezza l'efficacia di una pratica che può potenzialmente determinare una ricaduta importante in Sanità Pubblica (9).

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

Tabella 2 Caratteristiche socio-demografiche relative ai pazienti arruolati nello studio			
Variabili		N° pazienti	%
Sesso	Donne	91	62.8
	Uomini	54	37.2
Età	18-39 anni	29	20.0
	40-64 anni	94	64.8
	Oltre i 65 anni	22	15.2
Titolo di studio	Elementare	37	26.4
	Media Inf.	50	35.7
	Media Sup./Laurea	53	37.9
Professione	Casalinga	41	29.3
	Operaio	28	20.0
	Pensionato	23	16.4
	Impiegato	18	12.9
	Libero professionista	8	5.7
	Dirigente	7	5.0
	Disoccupato	2	1.4
	Altro	13	9.4
BMI	Sovrappeso	40	32.0
	Obeso	85	68.0
Circonf. Addominale	Non a rischio	35	28.5
	A rischio	88	71.5
Fumo	Non fumatore	90	66.2
	Fumatore	35	25.7
	Ex fumatore	11	8.1
Patologie	Nessuna	41	29.1
	Una	61	43.3
	Più di una	39	27.6

Bibliografia

1. Bertozzi N, Palazzi M, Pietrantoni L. Promuovere l'attività fisica nelle cure primarie. *Psicologia della Salute* 2001; 3:33-41.
2. Calfas KJ, Sallis JF., Zabinski MF, et al. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. *Prev Med* 2002; 34: 153-61.
3. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. <http://www.cflri.ca/cflri/research/pace.html>
4. Center for Disease Control and Prevention. 1996 Physical Activity and health: a report of the surgeon general Atlanta Increasing Physical Activity: a report on recommendation of the task force on Community

Preventives Service. MMWR 2001; 50:1-16.

5. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. J Fam Pract 2000; 49:158-68.
6. Eden KB, Orleans TC, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137: 208-15.
7. Istat. Fattori di rischio e tutela della salute. Anno 2000. <http://www.istat.it>
8. Istat. Sistema Sanitario e salute della popolazione. Anno 2000. <http://www.istat.it>
9. Kahn EB, Ramsey LT, Heath GW et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med 2002; 22: 73-107.
10. McInnis KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for Physical Activity in overweight and obese patients. Am Fam Phys 2003;67:1249-56.
11. Orleans CT. Promoting the maintenance of health behaviour change recommendations for the next generation of research and practice. Health Psychol 2000; 19:76-83.
12. Pace Canada. Counseling for healthy, active living. <http://www.pace-canada.org/>
13. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of the Sports Medicine. Jama 1995; 273:402-7.
14. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in Primary care to promote physical activity: recommendations and rationale U.S June 2002 <http://www.preventiveservices.ahrq.gov>
15. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviour. Am Psychol 1992; 47: 1102-14.
16. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot 1997; 12:38-48.
17. South Carolina Good Health. It's Your Move: a report prepared for the South Carolina Department of Health and Environmental Control by the Prevention Research Center University of South Carolina School of Public Health. May 1999.
18. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. <http://health.gov/healthypeople>
19. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach: Am J Prev 2002; 22:267-84.
20. WHO. Physical Activity: direct and indirect health benefits. <http://www.who/int>

Autori:

Nicoletta Bertozzi¹, Elisabeth Bakken¹, Massimo Bolognesi², Francesca Castoldi¹, Massimo Massarini³, Mauro Palazzi¹, Luca Pietrantonio⁴, Francesca Righi¹, Patrizia Vitali¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Sanitaria di Cesena

² Medico di Medicina Generale Cesena

³ Centro di Ricerca Scientifica Technogym Gambettola (FC)

⁴ Facoltà di Psicologia Università di Bologna

Ringraziamenti:

Un sentito ringraziamento ai Medici di Medicina Generale Anna Maria Amaducci, Guerrino Capelli, Rudy De Astis, Mario Fabbri, Alberto Forgiarini, Edera Gori, Michele Marcatelli, GianGaleazzo Pascucci, Roberto Pieri e ai colleghi dell'Azienda Sanitaria di Cesena Carlo Dradi Maraldi, Costanza Santini (Diabetologia), Marco Pretolani (Cardiologia), Angela Casadei, Viviana Donzelli (Medicina dello Sport), Davide Lazzarini (Alimenti e Nutrizione), Raffaella Stiassi per il prezioso contributo reso.

Corrispondenza:

dott.ssa Nicoletta Bertozzi

Servizio di Epidemiologia e Comunicazione

Dipartimento di Sanità Pubblica – Ausl Cesena

Via Marino Moretti, 99

47023 Cesena (FC)

nbertozzi@ausl-cesena.emr.it

tel. 0547 352 088