

LA PRESCRIZIONE DEGLI STILI DI VITA



MANUALE PER I MEDICI

Ringraziamenti

Il presente manuale è frutto di una rielaborazione di altri manuali prodotti in Lombardia, tra i quali il "Manuale per la prescrizione degli stili vita"* dell'ASL di Brescia e "Lo stile di vita come terapia"*** ASL di Brescia, Valcamonica-Sebino, Mantova; è pertanto doveroso un ringraziamento agli originari ideatori, che di seguito si citano, per aver pensato a questa possibilità per i professionisti impegnati nel processo di assistenza e continuità delle cure degli assistiti in una logica di intervento attivo che coniuga efficacemente i principi di prevenzione e cura

*A. Indelicato, A. Lamberto, F. Lonati, M. Magoni Direzione Sanitaria della ASL di Brescia
Dipartimento Cure Primarie

**Romana Coccaglio Direttore Sanitario ASL Vallecmonica-Sebino
Maurizio Galavotti Direttore Sanitario ASL Mantova
Francesco Vassallo Direttore Sanitario ASL Brescia
Ivanna Lascioli Direttore Dipartimento Cure Primarie ASL Vallecmonica-Sebino
Riccardo Peasso Direttore Dipartimento Cure Primarie ASL Mantova
Fulvio Lonati Direttore Dipartimento Cure Primarie ASL Brescia
Emanuela Vettorelli Responsabile Servizio Assistenza Medica di Base ASL Mantova
Daniela Cecchi Responsabile Unità Operativa Percorsi Sanitari ASL Brescia

Si ringraziano tutti colleghi dell'ASL di Pavia che hanno collaborato alla redazione del manuale in particolare:

Anna Borri
Daniela Capella
Mirosa Dellagiovanna
Sergio Edo
Fiorenza Foppiani
Cesare Fratti
Laura Ferretti
Marilena Lunghi
Simonetta Nieri
Tiziana Reposs
Michele Tringali
Paolo Cremonesi

ed inoltre per l'allestimento grafico Sabrina Betassa

ASL Provincia di Pavia
Viale dell'Indipendenza , n.3 Pavia

PREMESSA

Il principale risultato di salute ottenuto dal progresso della scienza medica è sostanzialmente riconducibile all'innalzamento progressivo della durata della vita, cui sfortunatamente non si associa il contestuale mantenimento della qualità di vita: sempre più persone invecchiano con un carico di patologie cronico degenerative che limitano largamente l'autosufficienza con l'inevitabile incremento del consumo di risorse sanitarie: umane, professionali, strumentali, di farmaci e ausili sanitari.

L'ASL di Pavia è impegnata da anni ad affrontare in modo razionale ed organico l'aumento del numero di persone affette da malattie croniche; tali pazienti sono il 30% della popolazione e assorbono oltre il 70 % delle risorse.

E' pertanto fondamentale concentrare su di essi interventi finalizzati a:

- garantire percorsi di diagnosi e cura appropriati e omogenei su tutto il territorio provinciale, attraverso l'applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici, nel rispetto delle risorse assegnate;
- mantenere la continuità terapeutica, anche attraverso una maggiore collaborazione tra specialisti e medici di famiglia, assicurando un percorso di cura integrato tra ospedale e territorio e responsabilizzando gli specialisti stessi nella prescrizione di accertamenti e farmaci, garantendo l'erogazione della prima prescrizione alla dimissione e/o le dimissioni protette;
- migliorare la qualità di vita con particolare attenzione al paziente affetto da diabete e ipertensione, ritardando l' insorgenza di complicanze e curandole tempestivamente all'esordio;
- prevenire e ridurre il rischio di interazioni tra farmaci nei pazienti politrattati, attraverso il monitoraggio delle prescrizioni e una corretta informazione

Indispensabile risulta pertanto l'utilizzo da parte dell' ASL di nuovi strumenti e metodi che condurranno alla sperimentazione di una modalità formativa congiunta per medici di famiglia e specialisti per rappresentare, condividere e verificare l'appropriatezza, in termini di efficacia clinica ed utilizzo efficiente delle risorse, dei percorsi di cura per le principali patologie croniche, come descritto nei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) per le Dislipidemie e l'ipertensione arteriosa.

La sintesi e la condivisione di questi PDT sono iniziate nel corso del 2010, partendo dalla identificazione e dalla divulgazione di informazioni attestate da fonti autorevoli ed aggiornate (con la collaborazione della UOS HTA ASL Pavia – Valutazione Tecnologie Sanitarie- di recente istituzione); il monitoraggio dei consumi e l' analisi della Banca Dati Aziendale hanno permesso di valutare il reale percorso clinico per ciascun paziente in cura.

In questo anno è stata implementata la valutazione, per ogni singolo soggetto, del livello di adesione al Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale in termini di: appropriatezza di reclutamento dei pazienti, persistenza in terapia, utilizzo di farmaci equivalenti, prevenzione di possibili controindicazioni ed interazioni di ordine maggiore tra farmaci, rispetto delle note AIFA.

La diffusione e la condivisione di tali conoscenze aggiornate e verificabili sono finalizzate a sostenere l'impegno quotidiano dei Medici di medicina generale e specialistica per una presa in carico più efficace del paziente.

Nel procedere delle diverse attività ed iniziative, si è fatta sempre più insistente l'esigenza di dedicare uno spazio ben definito anche alla prevenzione delle patologie croniche.

La sfida a tali malattie non può essere affrontata solo sul versante clinico-terapeutico: diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione, stroke ed alcune neoplasie hanno come fattori di rischio

comuni il sovrappeso, la sedentarietà ed il tabagismo, tutte condizioni che incidono sull'aspettativa e sulla qualità della vita.

Intervenire, dunque, sui fattori di rischio cosiddetti "modificabili" è fondamentale per agire efficacemente a tutti i livelli della prevenzione e della cura.

L'ASL di Pavia in linea con le strategie che a livello nazionale ed internazionale sono dettate dalla letteratura scientifica, ha dato inizio ad una azione programmatica, attraverso il Piano Integrato Locale per la promozione degli stili di vita salutari, elaborato nel 2008, che vede l'attività motoria e l'alimentazione, associati all'astensione dal fumo di tabacco, come determinanti per il mantenimento ed il miglioramento della salute. Nell'ambito delle strategie adottate nella promozione della salute, appare chiara la necessità di perseguire il cammino iniziato già nel 2008, in quanto è ormai noto a tutti che la sola informazione/conoscenza sulle ricadute negative per la salute di un comportamento non basta a determinare la scelta di evitarlo e nemmeno conoscere le ricadute positive di altri ne determina automaticamente l'adozione.

E' quindi necessario uno sforzo molto più consistente per implementare interventi che favoriscano l'adozione, la sostenibilità e quindi il consolidamento delle scelte salutari da parte di ciascuno. Appare chiaro che occorre superare l'estemporaneità delle azioni messe in campo e riconoscere che le stesse non possono essere appannaggio dei soli servizi di prevenzione ma richiedono l'attivazione di ruoli e responsabilità di tutti i settori, in primis quello del Medico e del pediatra di Famiglia e più in generale i soggetti del sistema educativo, la scuola e quindi le Istituzioni, le Amministrazioni e gli Enti, attraverso il coinvolgimento di Associazioni e della società civile nel suo complesso.

Si tratta di attivare e consolidare, soprattutto, un percorso culturale affinché determinati comportamenti "salutari" diventino abituali e patrimonio della vita quotidiana di tutti.

Il dato di fatto, per contro, è rappresentato dalle difficoltà oggettive che si incontrano nel mettere in atto programmi preventivi su larga scala, così come è certamente difficile introdurre modificazioni permanenti negli stili di vita dei pazienti.

L'intervento che si intende attuare in maniera organica nel nostro contesto, considera centrale l'azione del medico e del pediatra di famiglia nell'informare e rendere cosciente l'assistito, intervenendo adeguatamente sulle conoscenze, sulle abilità e sull'atteggiamento delle persone, perché possa diventare protagonista nella gestione della propria salute

Dr. Alessandro Mauri
Direttore Generale dell'ASL di Pavia

INDICE

1. Introduzione	6
1.1 Il contesto dell'ASL di Pavia	7
2. Basi teoriche	11
2.1 Che cos'è l'aderenza alla terapia	11
2.2 Fattori che influenzano l'aderenza ai regimi terapeutici	12
2.2.1 Il problema della non-aderenza	12
2.2.2 Quanto è diffusa la non-aderenza?	13
2.2.3 Quali fattori influenzano l'aderenza a una terapia?	14
2.2.4 Che cosa può migliorare l'aderenza alla terapia?	14
2.2.5 Modi per migliorare l'aderenza	14
2.2.6 Quali sono i fattori di aderenza positivi, ossia che favoriscono l'aderenza, legati al/la paziente?	15
2.2.7 Quali fattori sono invece negativi, in quanto riducono l'aderenza?	15
2.2.8 Stile di personalità e dieta	15
2.3 Aspetti Cognitivi	16
2.3.1 Convinzioni degli operatori sanitari	16
2.3.2 Convinzioni dei pazienti	16
2.3.3 Il ruolo del tempo	16
2.3.4 Quanto pesa la depressione sull'aderenza?	16
3 Problematiche psicologiche e comunicazione	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.1 La relazione medico paziente	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.2 Le reazioni emotive del paziente e dei familiari	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.3 Le caratteristiche di personalità	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.4 I fondamenti della comunicazione	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.5 Le modalità relazionali e la personalità del paziente	Errore. Il segnalibro non è definito.
4. Due esempi di problematica di comunicazione: Consenso Informato e comunicazione per gli stili di vita salutari	22
4.1 Il "Consenso Informato"	22
4.2 Prevenzione e stili di vita: quanto conta la comunicazione fra medico e paziente?	22
4.3 Percezione e comunicazione del rischio	23
4.4 La comunicazione fra medico e paziente come motore della modifica dello stile di vita	24
4.5 Principi base di comunicazione	25
4.6 Progetto di intervento	25
5. Come usare il manuale	26
5.1 Ricettario degli stili di vita	26
5.2 Modalità pratiche rapide	26
5.3 Modalità pratiche dettagliate	26
5.4 Indicazioni prioritarie per l'uso del ricettario	27
5.5 Indicazioni per la prescrizione dell'Attività	27
5.6 Indicazione per la prescrizione di comportamenti alimentari	29
5.7 Indicazioni per la prescrizione di cessazione del fumo	33
5.8 Monitoraggio aderenza	37
5.9 Riscontro clinico dei risultati raggiunti	37
Modello ricettario	40
Esempi di utilizzo del ricettario	42

COME LEGGERE IL MANUALE

Lettura completa

La lettura completa permette di seguire il percorso logico che porta al ricettario e alle sue modalità di utilizzo. Il manuale inizialmente si propone di individuare le difficoltà che limitano l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche. Successivamente vengono focalizzate le modalità e i suggerimenti con i quali si può migliorare l'aderenza.

Il percorso si completa con le basi di comunicazione efficace sulla quale si fonda il progetto di intervento che culmina nel ricettario.

Lettura rapida

Inizia direttamente dalle norme di utilizzo del ricettario

1. INTRODUZIONE

L'importanza della promozione degli stili di vita è stata confermata da una serie di studi che le attribuiscono un ruolo fondamentale nell'ambito di molte patologie, in particolare quelle croniche.

L'attività motoria e l'alimentazione costituiscono elementi fondamentali per il mantenimento della salute; in realtà, questa è una scoperta che si può far risalire già alle conoscenze in capo alla medicina dell'età greca – “Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico, ne' in eccesso ne' in difetto, avremmo trovato la strada per la salute” diceva Ippocrate e Democrito gli faceva eco “Gli uomini chiedono la salute agli dei con preghiere ma non sanno di avere in se stessi la capacità di essere sani”.

Tali concetti furono ripresi con la medicina moderna, ma solo negli ultimi anni il lavoro di ricerca ha portato all'individuazione dei meccanismi biochimici attraverso i quali l'attività motoria esercita i suoi effetti favorevoli sulla salute umana.

Un secondo dato importante è dato dall'evidenza che in realtà è possibile (anche se non facile) indurre la popolazione a sostituire consolidati stili di vita con altri più idonei a prevenire la comparsa o l'aggravamento di patologie cronico-degenerative. Infatti, studi condotti su campioni di pazienti affetti da patologie quali diabete e obesità, hanno dimostrato che i cambiamenti di stile di vita hanno prodotto risultati positivi sui suddetti pazienti. Sorge però una domanda: se i risultati di una modifica degli stili di vita sono positivi, perché mai è così difficile metterli in atto in un programma complessivo di prevenzione su larga scala?

In realtà, introdurre modifiche permanenti negli stili di vita dei pazienti è notoriamente un'impresa difficile; si tratta di un compito arduo che deve essere affrontato e gestito con determinazione e senza improvvisazioni da parte dei medici di famiglia con supporti formativi ed organizzativi.

La struttura sanitaria ha una funzione di stimolo e di consulenza nei confronti dei Medici di Famiglia e Pediatri quali interlocutori privilegiati dell'assistito e parallelamente un ruolo fondamentale nell'attivare tutta la comunità, per favorire l'adozione, la sostenibilità e quindi il consolidamento delle scelte salutari da parte di ciascuno.

E' ben noto che il semplice consiglio di diminuire di peso, di smettere di fumare o di fare attività fisica non sortisce alcun effetto pratico nella stragrande maggioranza dei pazienti con patologia cronica e ancora meno nei pazienti asintomatici.

In questo contesto si colloca la realizzazione di uno strumento per la prescrizione degli stili di vita come uno specifico ricettario degli stili di vita che contribuisca a migliorare l'aderenza del paziente alle indicazioni di modificare le proprie abitudini di vita con finalità preventiva ed in alcuni casi curativa/riabilitativa.

Come l'aderenza alla terapia, meglio conosciuta come “compliance”, ha progressivamente assunto un ruolo fondamentale per raggiungere il miglior risultato terapeutico possibile, così l'aderenza alla modifica di un comportamento o di uno stile di vita non corretto, come aspetto complementare della terapia, porta ad una maggiore efficacia del farmaco stesso oltre ad esprimere tutta la sua potenzialità ed efficacia nel miglioramento di salute.

1.1 IL CONTESTO DELL'ASL DI PAVIA

Dal 2008 l'ASL partecipa al sistema ministeriale di sorveglianza **P.A.S.S.I "Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia"** somministrando un questionario sulla percezione dello stato di salute, sui comportamenti a rischio e sugli stili di vita a un campione di residenti, rappresentativo della popolazione provinciale d'età compresa tra i 18 e i 69 anni.

Nei primi tre anni dello studio, sono state intervistate 987 persone residenti in provincia di Pavia, selezionate dall'anagrafe sanitaria dell'A.S.L. nominativamente in modo casuale e numericamente in proporzione alla composizione per età e sesso dei 373.000 adulti pavesi. Poiché queste persone costituiscono un campione rappresentativo della popolazione generale, le loro dichiarazioni sulle proprie condizioni sociali e sui personali comportamenti sono statisticamente attribuibili alla popolazione generale che rappresentano. Si può così affermare, con buon grado di attendibilità, che :

- sotto il profilo demografico e socio-economico, i 373.000 pavesi d'età 18-69 anni, si compongono per il 50% da uomini e per il 50% da donne; per il 26% da 18-34enni, per il 36% da 35-49enni e per il 38% da 50-69enni; per il 38% da soggetti con la sola licenza di scuola elementare o di scuola media inferiore e per il 62% da diplomati o laureati; per il 29% da disoccupati e per il 71% da lavoratori regolari; per il 45% da persone con difficoltà economica e per il 55% senza difficoltà;
- dal punto di vista dei comportamenti a rischio, degli stili di vita e della partecipazione attiva alle iniziative di prevenzione dell'ASL, i 373.000 pavesi d'età 18-69 anni presentano le caratteristiche di seguito descritte per ambito d'indagine.

• **Attività fisica**

Il 14% dei pavesi è sedentario e il 38% svolge attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato. A poco più di un terzo (34%) della popolazione, i medici e gli operatori sanitari chiedono il livello di attività fisica praticata e a poco più di un pavese su quattro (29%) consigliano di svolgere attività fisica; questa percentuale in Lombardia è 33% e in Italia 32%.

• **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**

Il 36% dei pavesi è in eccesso ponderale: il 27% per sovrappeso e il 9% per obesità.

Il 60% delle persone in eccesso ponderale riceve da un medico, o da un altro operatore sanitario, il consiglio di seguire una dieta per perdere peso e il 39% di svolgere regolarmente attività fisica; quest'ultima percentuale in Lombardia è 42% e in Italia 39%.

Il consumo di frutta e verdura è abbastanza diffuso nella popolazione, anche se solo il 13% dei pavesi aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni al giorno.

• **Consumo di alcol**

Il 56% dei pavesi fa abitualmente uso di bevande alcoliche.

I bevitori a rischio sono il 23%, come in Lombardia, ma più che in Italia (19%). In particolare: i forti bevitori sono, al pari della Lombardia, il 15% (in Italia sono il 9%), i bevitori fuori pasto sono, come in Lombardia, il 12% (in Italia l'8%) e i bevitori binge sono l'8%, contro il 12% della Lombardia e il 9% dell'Italia.

I medici e gli operatori sanitari fanno domande sul consumo di alcolici al 10% degli assistiti, contro il 18% dei colleghi lombardi e il 15% di quelli italiani.

• **Abitudine al fumo**

Il 27% dei pavesi è fumatore e il 18% è ex fumatore.

Nell'ultimo anno un fumatore su tre ha tentato di smettere: l'11% ci sta ancora provando, l'81% ha fallito e solo l'8% ci è riuscito, per lo più da solo (94%), il 9% con l'aiuto dei farmaci e l'1% frequentando i centri antifumo.

I medici e gli operatori sanitari fanno domande sull'abitudine al fumo al 33% degli assistiti, contro il 46% dei colleghi lombardi ed il 41% di quelli italiani. In provincia di Pavia viene consigliato di

smettere di fumare al 50% dei fumatori, in Lombardia al 46% e in Italia al 52%. Il 74% dei pavese non permette di fumare nella propria abitazione e il 95% è dell'opinione che il divieto di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro sia rispettato sempre o quasi sempre.

- **Rischio cardiovascolare**

La carta del rischio cardiovascolare è ancora poco utilizzata nel nostro Paese, tuttavia il 17% dei pavese, d'età compresa tra 35 e 69 anni, ha ricevuto dal proprio medico la valutazione del rischio cardiovascolare, contro il 7% dei lombardi e degli italiani.

- **Iperensione arteriosa**

L'8% dei pavese non ha mai misurato la pressione arteriosa o l'ha misurata da più di due anni. Il 20% dei residenti ha diagnosi riferita di ipertensione e tre su quattro sono in trattamento farmacologico; la stessa proporzione della Lombardia e d'Italia.

- **Ipercolesterolemia**

Il 18% dei pavese fa risalire l'ultima misurazione del colesterolo a più di un anno fa e il 7% ad oltre due anni. Un quarto dei residenti (25%) ha valori elevati di colesterolemia e, come in ambito regionale e nazionale, uno su cinque è in trattamento farmacologico.

Sicurezza

- **Infortuni domestici**

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata; il 95% dei residenti, infatti, ritiene questo rischio basso o inesistente.

Coloro che hanno ricevuto, da varie fonti, informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 36% e, tra questi, soltanto uno su cinque ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione; uno su tre in ambito regionale e nazionale.

- **Sicurezza stradale**

L'uso dei dispositivi di sicurezza non è ancora del tutto soddisfacente. Il 15% dei pavese, contro il 9% dei lombardi e il 18% degli italiani, non utilizza in modo sistematico la cintura di sicurezza sedendo nei posti anteriori dell'automobile; l'83% dei pavese, contro il 78% dei lombardi e l'81% dei connazionali, non allaccia la cintura sui sedili posteriori; il 4% dei pavese, contro l'1% dei lombardi e il 6% degli italiani, non fa un uso corretto del casco in moto.

Il 13% dei pavese ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista e l'8% è stato trasportato da un conducente che aveva bevuto due o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente la guida.

Programmi di prevenzione individuali

- **Diagnosi precoce del tumore della mammella**

Il 79% delle donne pavese, tra 50 e 69 anni, ha effettuato la mammografia negli ultimi due anni: il 60% aderendo al programma di screening organizzato dall'A.S.L. e il 18% eseguendolo privatamente. In ambito lombardo l'adesione complessiva è stata dell'85% e a livello nazionale del 68%.

- **Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero**

Negli ultimi tre anni, l'87% delle pavese, il 77% delle lombarde ed il 73% delle italiane, tra 25 e 64 anni, ha effettuato almeno una volta il Pap-Test. Il 47% delle pavese si sono sottoposte all'esame aderendo al programma di screening organizzato ed il 39% privatamente; in Lombardia, rispettivamente, il 20% ed il 56%.

- **Diagnosi precoce del tumore del colon retto**

Il 59% delle persone con 50-69 anni ha praticato la prevenzione del cancro del colon retto sottoponendosi, negli ultimi due anni, al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 6%

effettuando, negli ultimi cinque anni, una colonscopia. In Lombardia le due frequenze sono, rispettivamente, del 56% e del 7% e in Italia sono del 23% e del 10%.

- **Vaccinazione antinfluenzale**

Durante l'ultima campagna vaccinale, di coloro che tra i 18 e i 64 anni hanno almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (malattie respiratorie croniche, diabete, tumore, malattie cardiovascolari, ecc.), in provincia di Pavia si è vaccinato il 27%, in Lombardia il 30% e nel resto del Paese, il 32%.

- **Vaccinazione antirosolia**

Le donne, tra 18 e 49 anni, suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto è pari al 35% nella realtà pavese, al 39% in quella regionale e al 43% in quella nazionale. Quote molto superiori al valore raccomandato del 5%.

Benessere

- **Percezione dello stato di salute**

Il 69% dei pavesi, il 71% dei lombardi ed il 68% degli italiani, ritengono buono o molto buono il proprio stato di salute. Per contro, gli anziani, coloro che hanno una o più patologie croniche, le persone con basso livello d'istruzione e quelle che dichiarano di avere molte difficoltà economiche hanno, una su due, una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

- **Sintomi di depressione**

Il 3% dei pavesi, il 7% dei lombardi e degli italiani, hanno avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. In provincia di Pavia, il 54% di queste persone si è rivolto a un medico, il 32% ad amici e familiari, ma il 14% non ha chiesto aiuto a nessuno.

Studio Multicentrico Internazionale HBSC

L'ASL di Pavia ha partecipato nel 2009, con un campione significativo di 248 studenti di 8 scuole secondarie (4 di 1° e 4 di 2° grado) selezionate tramite campionamento a grappolo (cluster), allo studio multicentrico internazionale HBSC sui comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare (11-13-15 anni)

I risultati hanno evidenziato alcuni aspetti critici:

- una diminuzione del consumo di frutta e verdura rispetto alla rilevazione HBSC 2006: (consumo quotidiano di verdura = 17% maschi quindicenni e 23,2% femmine quindicenni nel 2009 contro i 24% e 36% nel 2006; consumo quotidiano di frutta = 35,3% maschi quindicenni e 40,2% femmine quindicenni nel 2009 contro i 37% e 47% nel 2006);
- sono soprattutto i maschi ad essere in sovrappeso o obesi; sovrappeso e obesità diminuiscono, in entrambi i generi, al crescere dell'età (29,3% maschi undicenni e 19,5% femmine undicenni, 26,2% maschi tredicenni e 17,1% femmine tredicenni, 25,6% maschi quindicenni e 12,3% femmine quindicenni);
- l'attività fisica di 1 ora al giorno per 3 giorni/settimana decresce al crescere dell'età ed è nettamente inferiore nelle femmine: (50,9% maschi undicenni e 33,7% femmine undicenni, 47,5% maschi quindicenni e 26,6% femmine quindicenni);
- l'abitudine al fumo cresce maggiormente nel passaggio tra i 13 e i 15 anni ; fumano di più i maschi ma, all'aumentare dell'età, si annullano le differenze di genere (la percentuale di adolescenti che fumano almeno 1 volta alla settimana è del 4,1% (M) e 3,7% (F) a 13 anni e sale al 19,1% (M) e 19,4% (F) a 15 anni);
- aumenta il consumo di alcol al crescere dell'età, il maggior incremento si verifica tra i 13 e 15 anni, c'è un maggior consumo di bevande alcoliche nei maschi rispetto alle femmine (consumano alcol almeno 1 volta alla settimana: il 9,9% (M) e il 3,5% (F) undicenni, il 16,8% (M) e l'8,7% (F) tredicenni, il 39,6% (M) e il 23,5% (F) quindicenni);
- le esperienze di ubriachezza iniziano a manifestarsi nei 15enni (16,7 (M) e 10,8% (F));
- consumo di alcol ed esperienze di ubriachezza sembrano diminuire rispetto al 2006.

IN SINTESI

Sono descritti i risultati delle interviste del sistema ministeriale di sorveglianza **P.A.S.S.I** "**Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**" cui l'ASL di Pavia partecipa dal 2008.

Si tratta della somministrazione di un questionario sulla percezione dello stato di salute, sui comportamenti a rischio e sugli stili di vita, a un campione di residenti d'età compresa tra 18 e 69 anni, rappresentativo della popolazione provinciale. Da quanto raccolto emerge un quadro rappresentativo dei principali stili di vita e dei comportamenti a rischio.

2. BASI TEORICHE

2.1 CHE COS'È L'ADERENZA ALLA TERAPIA

Che cos'è l'adesione (o aderenza) alla terapia?

Sebbene la maggior parte della ricerca si sia concentrata sull'aderenza alla terapia farmacologica, il concetto di "adesione" comprende anche comportamenti riguardanti la salute che vanno oltre le prescrizioni farmaceutiche. L'OMS nel 2001 ha stabilito che la definizione di adesione (allora si usava più spesso il termine compliance) come "la misura in cui il paziente segue le istruzioni del medico" era un utile punto di partenza, ma il termine "istruzioni" implica che il paziente sia un passivo destinatario di pareri e consigli, mentre l'approccio alla malattia cronica richiede un'attiva collaborazione nel processo terapeutico. In particolare, è stato riconosciuto che l'adesione a qualsiasi regime terapeutico riflette un comportamento legato alle condotte di salute: cure mediche, assumere farmaci in modo appropriato, rispettare gli appuntamenti di follow-up, mettere in atto opportune modifiche comportamentali, curare l'igiene personale, misurare la glicemia, l'abolizione del fumo, programmare una gravidanza, avere abitudini alimentari scorrette e insufficienti livelli di attività fisica sono tutti esempi di comportamenti legati alla buona o cattiva adesione alla terapia.

L'OMS ha inoltre rimarcato che il rapporto tra il paziente e il medico (o altra figura professionale tipo infermiere, dietista ecc.) deve essere una partnership che si basa sulla fiducia e sulle abilità di entrambe le parti. La letteratura ha mostrato che la qualità della relazione terapeutica è un importante determinante nell'adesione al trattamento. Una relazione efficace si verifica quando esiste un'atmosfera positiva in cui vengono esplorate le alternative terapeutiche, il trattamento è negoziato, la possibilità di adesione è discussa ed è programmato un follow-up.

Forte enfasi è stata posta sulla necessità di differenziare la parola adesione da quella di compliance. La principale differenza è che l'adesione richiede l'accordo del paziente alle raccomandazioni terapeutiche. Naturalmente l'ambito generale è quello delle malattie croniche con le seguenti caratteristiche: "non guariscono, lasciano invalidità residua, richiedono una formazione particolare del paziente, richiedono un lungo periodo di supervisione, osservazione e cura".

Molti pazienti con malattie croniche come ipertensione e diabete hanno difficoltà ad attuare completamente le prescrizioni del curante e quindi non si ottiene una gestione ottimale della malattia.

Ne consegue una serie di problematiche sia di tipo medico che psicosociale perché aumenta il rischio di insorgenza di complicazioni che possono intaccare la qualità di vita del paziente, con notevole innalzamento dei costi sanitari.

In generale mediamente solo il 50% dei pazienti assume i medicinali prescritti

Ancora minore è la percentuale di coloro che rispettano le raccomandazioni che implicano un cambiamento del loro stile di vita.

Una curiosa ricerca americana ha evidenziato che neppure fra gli operatori sanitari l'aderenza è totale perché raggiunge solamente l'80% .

IN SINTESI

Si sottolinea l'importanza dell'aderenza alla terapia, intesa come patto terapeutico tra medico e paziente, estesa anche agli stili di vita; in questo modo si ottengono risultati positivi oltre che sulla qualità di vita anche sull'efficacia dei farmaci.

2.2 FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADERENZA AI REGIMI TERAPEUTICI

2.2.1 Il problema della non-aderenza

La non-aderenza al trattamento è un fenomeno di vasta portata che interessa tutta la medicina e può essere classificata in vari modi. Con riferimento al momento in cui si verifica può essere:

- primaria: i pazienti non si procurano nemmeno i farmaci che vengono loro prescritti;
- secondaria: il paziente interrompe una terapia già in atto. E' la forma più frequente (WHO, 2003).

La non-aderenza può inoltre essere distinta in:

- sporadica: è legata alla distrazione o a uno stile di vita poco regolare. La non assunzione si verifica saltuariamente, soprattutto quando il paziente considera il trattamento come non prioritario o il regime terapeutico è troppo complesso;
- involontaria: il paziente non assume i farmaci in modo adeguato perché non comprende appieno lo schema di trattamento e/o la posologia prescritta e la necessità di una buona aderenza per il controllo della patologia. Può aumentare nel tempo perché i pazienti, soprattutto se anziani, tendono a dimenticare le indicazioni fornite dal medico: la non-aderenza involontaria può incidere notevolmente sull'efficacia del trattamento;
- ragionata: il paziente riduce volontariamente la dose del farmaco, o ne interrompe l'assunzione, o addirittura non inizia affatto il trattamento. Il termine "ragionata" sottolinea il peso della scelta cosciente, ma non implica ovviamente che la scelta fatta sia anche "ragionevole"! Questo tipo di comportamento viene attuato quando i costi complessivi della terapia, quantizzabili e non quantizzabili (stanchezza nell'assunzione, effetti collaterali, interferenza con la qualità della vita), sono percepiti come superiori ai possibili benefici. La "discontinuità farmacologica", ossia l'interruzione della terapia, rappresenta il punto estremo della non-aderenza al trattamento.

Le diverse motivazioni della non-aderenza indicano l'importanza di:

- una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- incontri/controlli periodici per verificare sia la comprensione del trattamento, sia l'aderenza;
- ausilio di familiari e/o volontari – oltre che di medici, infermieri e altro personale sanitario – nel migliorare l'aderenza alla terapia, specie nei regimi cronici e/o con pazienti anziani o depressi.

In termini grafici, ecco come si può descrivere il “ciclo” della non-aderenza/aderenza:



Legenda

“farmaco mai prescritto”: significa che il medico non ha compreso, percepito o diagnosticato le componenti biologiche del problema, specie in ambito antalgico;

“farmaco mai acquistato”: significa che il dialogo tra medico e paziente è stato del tutto insoddisfacente nel motivare il paziente alla cura;

“farmaco mai assunto”: implica poca chiarezza nella prescrizione, nella motivazione, nella discussione dei possibili effetti collaterali. Spesso infatti il/la paziente decide di non assumere il farmaco dopo aver letto il “bugiardino” con l’elenco – spesso preoccupante se non francamente angosciante – dei possibili effetti collaterali;

“farmaco non riacquistato”: significa che il/la paziente:

- è migliorato/a o guarito/a;
- non ha percepito i miglioramenti attesi;
- ritiene che i miglioramenti ottenuti non siano giustificati dagli effetti collaterali percepiti, dai possibili rischi sul lungo termine, e/o dai costi, diretti e indiretti, quantizzabili (come il costo del farmaco, specie se non rimborsato dal SSN) e non quantizzabili, quali l’interferenza con le attività quotidiane e/o con il ritmo del sonno o l’appetito, gli effetti collaterali, l’impatto sulla qualità della vita, inclusa la vita sessuale;
- ha subito l’effetto “stanchezza”, specie se il regime di cura è polifarmacologico, complesso per regime e/o modalità d’assunzione o invasività, e/o se è cronico.

2.2.2 Quanto è diffusa la non-aderenza?

La World Health Organization (WHO) (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS) afferma che la non-aderenza ai farmaci è un fenomeno serio, di vaste dimensioni e con notevoli conseguenze sia per i singoli pazienti sia per la comunità. Numerosi studi segnalano che nei Paesi sviluppati l’aderenza alle prescrizioni terapeutiche da parte dei pazienti affetti da malattie croniche, e che devono quindi assoggettarsi a trattamenti di lunga durata, non supera il 50%. Secondo altri studi, l’aderenza alle terapie croniche varia dal 43 al 78%. L’entità del fenomeno nei Paesi in via di sviluppo è ovviamente ancora maggiore e richiede, a parere dell’OMS, urgenti approfondimenti sia per il tipo di patologie implicate – diabete, AIDS, ipertensione, malattie respiratorie e mentali – sia per l’impatto crescente che queste condizioni croniche sono destinate ad assumere nello scenario futuro dell’economia sanitaria.

2.2.3 Quali fattori influenzano l'aderenza a una terapia?

L'aderenza è un fenomeno complesso ed è il momento conclusivo di una serie di valutazioni da parte del paziente (a livello consapevole o meno) nei confronti della terapia e della malattia.

Gli elementi che sembrano giocare un ruolo rilevante sono molti, anche se rimangono centrali:

- la consapevolezza della malattia e dei rischi ad essa associati;
- l'efficacia percepita del trattamento;
- le impressioni relative ai possibili inconvenienti legati ai farmaci (costo ed effetti collaterali).

Il comportamento di ciascun paziente è pertanto frutto di un bilanciamento tra diversi fattori, alcuni dei quali sono specifici di gruppi o individui, mentre altri rivestono carattere universale.

Secondo la WHO, l'aderenza è influenzata da:

- tipo di patologia (e sua eventuale asintomaticità, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia);
- età, stato psichico (depressione, ansia, disturbi cognitivi) e livello culturale del paziente;
- caratteristiche del farmaco (per esempio, le modalità di assunzione: tutte le situazioni in cui è richiesta l'auto-somministrazione sono ad alto rischio di non-aderenza);
- effetti collaterali della terapia;
- qualità dell'assistenza medica (relazione medico-paziente, follow up);
- atteggiamenti problematici del paziente (per esempio, scarsa fiducia nel farmaco);
- ambiente in cui il paziente vive;
- tipo di sistema sanitario ed efficienza del meccanismo di distribuzione farmaceutica;
- fattori socio-economici generali.

Naturalmente il peso relativo di questi fattori varia da caso a caso. Per esempio, la non-aderenza agli oppioidi dipende principalmente da:

- gli effetti collaterali – reali o temuti – per il sistema nervoso centrale e l'apparato gastrointestinale;
- la paura di sviluppare dipendenza;
- la percezione di un supporto insufficiente da parte del medico.

2.2.4 Che cosa può migliorare l'aderenza alla terapia?

In positivo, l'aderenza è sicuramente favorita da:

- l'autonomia;
- la fiducia in se stessi;
- la capacità di risolvere le difficoltà di ogni giorno;
- il senso di responsabilità verso la propria vita;
- la qualità del rapporto medico-paziente.

Secondo uno studio della WHO, le principali variabili da prendere in considerazione sono riconducibili a cinque categorie (WHO, 2003):

- il/la paziente;
- la malattia;
- il regime terapeutico;
- il rapporto medico-paziente;
- il contesto socioeconomico e sanitario.

Iniziamo ad esaminare in dettaglio i fattori legati al/la paziente.

2.2.5 Modi per migliorare l'aderenza

Un senso di partecipazione nella scelta terapeutica a fianco del medico migliora l'aderenza alla terapia, e la strategia di trattamento dovrebbe essere basata sui requisiti e desideri del paziente. I pazienti dovrebbero sentirsi in grado di discutere apertamente il trattamento proposto e gli eventuali potenziali effetti collaterali con il proprio medico; la consapevolezza dei possibili effetti avversi ridurrà la probabilità che i pazienti non assumano i loro farmaci. Un alto tasso di non aderenza può essere dovuta a una cattiva comunicazione tra il medico e il paziente. La qualità del rapporto tra medico e paziente è anche molto importante. I pazienti sono più propensi a prendere il loro farmaco se percepiscono che il medico è interessato a loro prima di tutto come una persona,

con un atteggiamento empatico, piuttosto che da un distaccato, freddo interesse medico scientifico.

2.2.6 Quali sono i fattori di aderenza positivi, ossia che favoriscono l'aderenza, legati al/la paziente?

Questi fattori includono le risorse, gli atteggiamenti, le convinzioni, le percezioni, le aspettative del paziente stesso.

Tra i fattori positivi, si possono individuare:

- una conoscenza almeno approssimativa della malattia;
- una buona motivazione nei confronti del trattamento;
- una sostanziale fiducia nelle proprie capacità di gestire il regime terapeutico;
- una solida aspettativa circa l'efficacia della terapia.

2.2.7 Quali fattori sono invece negativi, in quanto riducono l'aderenza?

Tra i fattori negativi spiccano invece (Graziottin, 2007):

- nozioni inadeguate sulla malattia e sulla terapia;
- una mancanza di informazioni chiare sul regime terapeutico;
- una scarsa fiducia nel medico e/o nel sistema sanitario;
- la depressione: uno dei più potenti fattori di non-aderenza alla terapia e di discontinuità al trattamento, in ogni ambito specialistico. Essa andrebbe quindi valutata e trattata per migliorare sia il benessere obiettivo del paziente, sia la sua motivazione a continuare le cure (a questo proposito si veda anche la domanda successiva);
- l'ansia: entra in gioco soprattutto nell'irregolarità dell'assunzione dei farmaci per via orale, come è stato dimostrato ad esempio per la pillola contraccettiva (Walsemann, 2006);
- un elevato livello di stress emotivo e psicosociale;
- problemi di ordine finanziario;
- il timore di eventi avversi;
- le credenze culturali o religiose;
- la non percezione di un vantaggio personale e di un maggior benessere fisico e psichico rispetto alla non assunzione.

2.2.8 Stile di personalità e dieta

Le differenze nello stile di personalità possono avere profondi riflessi per quanto riguarda le diete. La conflittualità e la tendenza all'ansia aumentano la probabilità di continuare a mangiare anche quando è raggiunta la sazietà.

L'immaturità, la riservatezza e la tendenza all'auto-gratificazione aumentano la probabilità di desiderare il cibo e di diminuire la propria capacità di controllare il consumo di cibo o alcol. Invece la socievolezza e un basso livello di impulsività aumentano la probabilità di controllare l'assunzione di cibo e di monitorare il peso corporeo.

IN SINTESI

Questo capitolo descrive cosa si intende per non aderenza e le diverse tipologie di non aderenza. Ne riassume i dati di diffusione e i fattori che la influenzano, nonché le modalità che la possono migliorare.

Si sintetizzano inoltre i fattori positivi e negativi legati al paziente che aumentano o riducono l'aderenza alla terapia

Come esempio si cita il ruolo dello stile di personalità nell'aderenza alla dieta

2.3 Aspetti Cognitivi

2.3.1 Convinzioni degli operatori sanitari

Molti operatori sanitari credono di aver poco controllo sulla compliance del paziente.

Alcuni possono avere poco interesse a conoscere tecniche che contribuiscono a migliorare la compliance.

Spesso la formazione del medico punta maggiormente alla gestione dei fatti acuti rispetto a quelli cronici che richiedono una maggiore attenzione nel monitorare l'aderenza alla terapia.

2.3.2 Convinzioni dei pazienti

Le convinzioni dei pazienti sulla gravità o sulla natura della loro malattia spesso hanno una forte influenza sull'aderenza alla terapia.

Se l'assunzione di un farmaco significa per il paziente ammettere che ha una malattia importante, l'inosservanza alla terapia equivale a negare la malattia stessa. I pazienti possono credere che l'assenza di sintomi renda inutile l'assunzione dei farmaci. La lentezza d'azione di alcuni farmaci può indurre il paziente a pensare che la terapia non abbia effetto e quindi sospendere l'assunzione. Alcune malattie soffrono di un forte stigma sociale che viene profondamente avvertito da chi ne soffre.

2.3.3 Il ruolo del tempo

“Mi manca il tempo” e “Bisognerebbe avere più tempo”.

Sono le frasi più abusate quando vengono proposte modificazioni allo stile di vita.

Sono altresì frasi ricorrenti negli operatori sanitari ogni volta che viene loro richiesto un miglioramento nello stile comunicativo.

Non occorre addentrarsi oltre per capire piuttosto palesemente che si tratta di banali scuse.

Il tempo del paziente per la propria salute dovrebbe essere il più prezioso.

Per l'operatore sanitario la buona comunicazione non si misura certamente a tempo ma a qualità e la comunicazione efficace può essere persino più rapida di quella inefficace.

2.3.4 Quanto pesa la depressione sull'aderenza?

La depressione è un disturbo sistemico. Se è vero che il dolore fisico ed emotivo è un fattore scatenante chiave della depressione, è altrettanto dimostrato che la depressione acuisce la percezione del dolore e si esprime attraverso una serie molto ampia di sintomi fisici che ne rappresentano il correlato somatico:

- dolore “inspiegabile”;
- dolore pelvico cronico (Chronic Pelvic Pain, CPP), mal di schiena, dolore al petto, dolore articolare, dolore agli arti, mal di testa, dolore corporeo,
- affaticamento, astenia, mancanza di energie;
- insonnia e altri disturbi del sonno;
- disturbi gastrointestinali;
- crampi addominali, gonfiore, bruciore di stomaco, diarrea, stipsi;
- disturbi del desiderio e altri disturbi sessuali;
- perdita o aumento di peso;
- perdita o aumento di appetito;
- vertigini e palpitazioni.

Il medico ha un ruolo chiave nell'individuare la segreta simmetria fra umore e percezione del dolore. E dal momento che la depressione è una causa molto potente di non-aderenza alle terapie antalgiche, gli antidepressivi sono essenziali per migliorare la compliance, oltre che per ridurre la percezione del dolore. Essi agiscono a livello non solo del sistema nervoso centrale ma anche nei

tessuti periferici, e in particolare sui recettori serotoninergici tissutali e nella modulazione della risposta infiammatoria.

IN SINTESI

- La non aderenza alle terapie farmacologiche è un problema cruciale in medicina, che condiziona il peggioramento della malattia e del dolore, e provoca frustrazione, insoddisfazione, solitudine e depressione. Dal 33 al 69% dei ricoveri in ospedale per fattori correlati ai farmaci è dovuto alla non-aderenza
- Fattori positivi e negativi possono modulare l'aderenza
- La loro conoscenza è cruciale per migliorare l'efficacia dei trattamenti farmacologici nella vita reale dei/delle pazienti

3 Problematiche psicologiche e comunicazione

In passato i pazienti si affidavano con fiducia e in modo acritico ai loro curanti, oggi invece vogliono essere informati e dare il loro consenso alle cure che seguiranno. Dove un tempo bastavano l'empatia e il coinvolgimento, oggi gli atteggiamenti del curante devono rifarsi a metodologie strutturate per evitare fraintendimenti nella comunicazione e l'instaurarsi di una relazione troppo distaccata o troppo coinvolgente. Può essere utile, pertanto, analizzare la relazione medico-paziente per comprendere le dinamiche emotive sottostanti ed esaminare i principi che sono alla base di una comunicazione efficace.

3.1 La relazione medico paziente

A partire dagli anni '50, Michael Balint affrontò la relazione medico-paziente in forma sistematica: presso la Clinica Tavistock di Londra analizzò le problematiche relazionali attraverso la formazione di gruppi, costituiti da medici, allo scopo di discutere le problematiche connesse alla loro professione. Negli anni, questo tipo di formazione si è diffuso in molti ospedali europei e in Italia.

Lo scopo preminente è rendere il paziente più partecipe e responsabile nello stabilire l'iter terapeutico col proprio curante. L'accettazione dello stato di malattia poggia, infatti, sulla partecipazione attiva del paziente, resa possibile grazie ad una informazione adeguata da parte del medico. Questo cambiamento, basato sul "consenso informato", si è determinato grazie al maggior grado di scolarizzazione e comprensione delle informazioni, tra cui anche quelle mediche. Il paziente deve essere informato di tutte le possibilità terapeutiche, col dovere morale e la sensibilità da parte del medico di tener conto delle sue reazioni emotive nonché di quelle dei suoi familiari, se il paziente desidera coinvolgerli nella relazione.

3.2 Le reazioni emotive del paziente e dei familiari

L'evento "malattia" è vissuto dal paziente in modo diverso e ciò dipende da svariati fattori: la personalità di base del paziente, la stabilità dell'umore, l'uso dell'immaginazione e della fantasia, le capacità adattive di fronte agli eventi nuovi o negativi della vita, la storia di vita e le esperienze pregresse. Inoltre è importante considerare che la malattia può far emergere alcuni disturbi della personalità, che in condizioni ambientali ottimali rimangono silenziosi per lungo tempo.

Fermo restando l'unicità di ogni paziente e le differenze individuali nel reagire all'evento malattia, esistono delle fasi reattive, uguali in tutti gli individui, che si determinano di fronte ad ogni evento negativo della vita, e sono particolarmente evidenti nel caso di perdita o lutto oltre che nel caso di una malattia. Sono state chiamate fasi di "protesta", "disperazione" e "distacco" (Bowlby, 1982; Parkes, 1980): dopo una prima fase di dolorosa protesta e negazione, segue un secondo periodo di disperazione ed abbattimento ed infine un lungo periodo di "distacco" e accettazione, oppure di disorganizzazione o psicopatologia. Tali fasi possono variare per durata e gravità da un individuo all'altro. Reazioni diverse possono manifestarsi per malattie d'uguale gravità, ma in ogni caso vi è

sempre una reazione di negazione, verso la diagnosi e le proprie paure. Alla negazione possono essere associati, o far seguito, sentimenti d'ansia e depressione e, talvolta, sensi di colpa e risentimenti: vi sono persone che si deprimono e che mettono in atto condotte distruttive; altre che trovano degli aggiustamenti; altre ancora che maturano un'esperienza umana più vasta, una maggior comprensione e sensibilità. Si tratta di emozioni che vanno considerate come normali reazioni di fronte a un evento negativo di vita e divengono patologiche solo se molto intense e protratte nel tempo. Al fine di una buona relazione, è dunque importante che il medico comprenda la personalità del paziente.

3.3 Le caratteristiche di personalità

Vengono ora indicate varie tipologie di pazienti che richiedono linee di condotta differenti da parte dei medici per quanto riguarda le informazioni da fornire e le decisioni da prendere (Emanuel, 1992).

Il paziente dipendente

Questi pazienti tendono a delegare al medico ogni responsabilità. Tale modalità interattiva può portare il medico a sentirsi lusingato e ad assecondare il paziente. Può essere utile, in permettere un iniziale stato di dipendenza, al fine di favorire la "compliance" e l'accettazione della malattia e poi con gradualità responsabilizzare il paziente a saper gestire le fasi critiche della sua malattia. Questa modalità è più difficile con i pazienti anziani, abituati a considerare il proprio medico un'autorità indiscussa, con potere decisionale: in tali casi il medico non deve farsi intrappolare in questo tipo di rapporto, ma deve trovare le giuste modalità per coinvolgere il paziente affinché, seppur guidato, comprenda e decida in prima persona.

Il paziente ipercritico

E' quel tipo di paziente che fa molte domande e che si perde in particolari inutili e marginali ed ha un'organizzazione di personalità caratterizzata da rigidità e, talvolta, da pensieri ossessivi. Questi pazienti fanno fatica a fidarsi, vogliono avere il controllo di tutto e non tollerano di delegare niente a nessuno, con il rischio di diventare oppositivi se contrariati. Se il medico ha una personalità autoritaria o insicura, il rapporto è particolarmente difficile. Occorre rispondere con pazienza ai dettagli marginali, facendo comprendere l'importanza di spostare l'attenzione sugli aspetti generali. L'ausilio di materiale informativo scritto con particolare chiarezza, può essere utile.

Il paziente ansioso

Questo paziente non riesce a decidere perché sopraffatto dalla diagnosi. Gli sforzi del medico sono diretti a limitare l'ansia e a far riflettere il paziente sulle decisioni più opportune da prendere. Può essere utile fissare incontri brevi e frequenti, far esprimere liberamente il paziente, far leva sui famigliari meno emotivi e contenere il flusso delle emozioni. Le informazioni devono incoraggiare la lotta alla malattia e la speranza di guarigione, seppur minima, deve sempre essere concessa.

Il paziente che nega

Questo paziente usa i meccanismi di negazione per gestire le sue paure. La negazione iniziale è giustificata e adattiva ai fini dell'accettazione della malattia, ma se persiste va bloccata. La negazione solitamente si manifesta nel non ascoltare le istruzioni del medico, nel dimenticarsi di prendere le medicine, nel rifiutare particolari cure. Il medico deve comprendere queste difficoltà ma deve spronare il paziente a persistere, favorendo, laddove possibile incontri con persone affette dallo stesso male e anche chiedendo l'aiuto di uno psicologo o di uno psichiatra, a seconda del caso.

□ **Il paziente consapevole**

E' il paziente sicuro di sé o comunque che è in grado di controllare le proprie emozioni, che solitamente ha una solida base familiare. In questi casi è necessario un dialogo aperto con notizie complete, volto a considerare le opzioni per decidere l'eventuale scelta terapeutica.

Lo schema descritto è puramente indicativo ed occorre tener presente che la generalizzazione è pericolosa e che non esiste una formula ideale per l'interazione medico-paziente. Esistono casi che sfuggono a qualsiasi classificazione o anche casi difficili che rendono impossibile comunicare le varie opzioni in modo efficace. In ogni caso la regola da seguire è quella di dare le informazioni al momento opportuno e adattare la quantità di informazioni alla capacità di ricezione e ascolto, al fine di rendere il paziente partecipe e responsabile della terapia. A tal scopo è utile conoscere anche i principali assiomi della comunicazione.

3.4 I fondamenti della comunicazione

Comunicare non sempre è facile e talvolta ciò che viene comunicato viene frainteso, soprattutto in quei casi in cui l'emotività è intensa. E' questo il motivo per cui è utile che il medico adegui il contenuto delle sue informazioni alla personalità del paziente e adotti un linguaggio chiaro ed adeguato al livello culturale e alle capacità cognitive dell'interlocutore, tenendo presente le regole basilari della comunicazione.

Watzlawick e gli studiosi della scuola di Palo Alto (Watzlawick e coll, 1971), sono stati tra i primi ad occuparsi della comunicazione, da loro definita come un processo circolare interattivo tra un emittente e un ricevente, che si verifica in un determinato contesto e che caratterizza la vita di ogni individuo. L'aspetto nuovo messo in evidenza da Watzlawick è la circolarità della comunicazione: l'interazione non viene più intesa in senso lineare di emittente-ricevente bensì in senso circolare emittente-ricevente-emittente. In tale ottica tutti i rapporti interpersonali sono considerati come sistemi che si autoregolano, nel senso che il comportamento di una persona influenza ed è influenzato dal comportamento di un'altra persona.

La comunicazione è caratterizzata da alcune proprietà o regole, che permettono di comprenderne meglio gli aspetti pratici che si manifestano attraverso il linguaggio del corpo o attraverso le modalità comunicative verbali, e quindi di evitare fraintendimenti a livello interpersonale. Vediamo, quindi, le 5 regole della comunicazione.

• 1° Regola. Non si può non comunicare:

Ogni comportamento è una forma di comunicazione che influenza il comportamento degli altri. Anche il silenzio è una forma di comunicazione ricca di significati, che può esprimere non solo rifiuto e ostilità, ma anche accettazione, esitazione, paura. All'interno del rapporto medico-paziente anche un lungo silenzio del medico diviene una forma di comunicazione ricca di significati, che possono essere letti in vari modi dal ricevente.

• 2° Regola. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed un aspetto legato alla relazione

Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto verbale (di notizia) e contemporaneamente un aspetto di relazione o comunicazione non verbale (di comando) ed è proprio l'aspetto di relazione a definire le modalità in cui il contenuto viene interpretato e a determinare il futuro comportamento del ricevente, che a sua volta diviene emittente perché con il suo comportamento determina il comportamento del ricevente. Se, quindi, il medico invita il paziente a chiedere chiarimenti con tono affrettato, molto probabilmente il paziente eviterà di formulare quelle domande, che formulerebbe, invece, se il medico rimanesse seduto, usasse toni pacati e rivolgesse lo sguardo verso il paziente. Là dove esiste una malattia non è raro che ci siano delle forme di comunicazione paradossale, un tipo di comunicazione caratterizzata da due messaggi che si escludono a vicenda.

- **3° Regola. La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra chi comunica**

La punteggiatura è la modalità in cui ogni interlocutore mette in sequenza gli eventi. Punteggiare una sequenza significa assumere un punto della sequenza come punto di partenza e pertanto, in una relazione, i partecipanti possono assumere diversi punti di partenza. Affermare che il proprio comportamento è effetto o è causa dell'altrui comportamento è un errore di punteggiatura che potrebbe essere evitato attraverso la metacomunicazione, cioè riflettendo su quanto sta accadendo (soluzione sana). Nei casi di discrepanza di punteggiatura vi è un conflitto su ciò che è causa e ciò che è effetto mentre in realtà ogni comportamento è sia effetto che causa.

- **4° Regola. Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico**

Lo schema numerico (comunicazione verbale, attraverso simboli, come ad esempio le parole) e lo schema analogico (comunicazione non verbale attraverso gesti, mimica del viso, postura, ritmo della voce) differiscono nel senso che il linguaggio verbale, più complesso ed astratto serve a scambiare informazioni e a trasmettere conoscenze mentre il linguaggio non verbale si presta ad interpretazioni diverse. Esempio a riguardo è il caso del paziente che arriva in ritardo o non si presenta ad un appuntamento ed il medico crede o meno alle scuse del paziente, a seconda del tipo di relazione che si è stabilita.

- **5° Regola. Tutti gli scambi comunicativi sono simmetrici o complementari**

La relazione simmetrica è caratterizzata da scambi comunicativi che avvengono a livello paritario mentre la comunicazione complementare da scambi caratterizzati dalla differenza, nel senso che vi è una posizione di superiorità e d'inferiorità, determinate sia da un gioco di forze all'interno della relazione sia da regole socioculturali. Una relazione equilibrata è flessibile in quanto gli scambi simmetrici sono alternati a scambi complementari, a seconda del contesto e delle situazioni. La relazione medico-paziente, pur essendo in gran parte complementare, deve essere anche simmetrica, nel senso che deve essere caratterizzata da una certa flessibilità, utile nei momenti in cui è necessario discutere con il paziente il tipo di terapia.

3.5 Le modalità relazionali e la personalità del paziente

In conclusione, per una relazione efficace il medico non deve usare modalità relazionali istintive e poco attente, bensì deve comprendere la personalità del paziente e adattare il proprio stile comunicativo e i contenuti trasmessi. Un'attenzione particolare deve essere data al momento diagnostico che pone sempre una riflessione molto dolorosa, perché i pazienti ed i loro familiari gestiscono meglio l'ansia quando viene dato un nome alla loro malattia e quando le spiegazioni sono chiare e adeguate al loro livello culturale. Questo modo di procedere evita che assimilino soltanto ciò che desiderano sentire e che deformino quanto viene loro detto. È utile incoraggiare il paziente ad esprimersi liberamente: in tal modo, oltre a contenere la sua ansia, è possibile comprendere l'organizzazione della sua personalità e le difese da lui messe in atto per fronteggiare la situazione, perché l'ansia può essere alleviata dal semplice ascolto.

Un'evenienza che può capitare è che il dolore e la paura della malattia si trasformino in risentimento contro il medico, il quale per necessità è colui che ha esposto una realtà dolorosa. In tal caso, il medico non deve considerare queste manifestazioni di ostilità come degli attacchi personali e deve evitare di rispondere a sua volta con risentimento o ostilità.

Quando sono presenti problematiche di un certo rilievo può determinarsi il rifiuto alla terapia e in tal caso è necessario comprendere le motivazioni sottostanti, perché il rifiuto può avere vari significati, come difesa contro la paura della malattia o la negazione della malattia. È allora necessario stabilire se si tratta di una reazione depressiva passeggera o di una sindrome depressiva più grave. Avere presenti queste eventualità consente di dare alle diverse reazioni il loro giusto valore, permette di evitare di banalizzarle, di trattarle come semplici manifestazioni d'immaturità, di cattiva volontà o di mancanza di collaborazione.

IN SINTESI

L'analisi della relazione medico - paziente può servire per comprendere le dinamiche emotive sottostanti e per esaminare i principi base di una comunicazione efficace.

Si esaminano la relazione medico - paziente, le reazioni emotive del paziente e dei familiari e le caratteristiche di personalità del paziente (paziente ipercritico, ansioso, consapevole, che nega, ecc.); si propongono quindi le modalità di relazione ritenute più efficaci in base alla personalità del paziente.

Si illustrano quindi gli assiomi della comunicazione

4. DUE ESEMPI DI PROBLEMATICHE DI COMUNICAZIONE: CONSENSO INFORMATO E COMUNICAZIONE PER GLI STILI DI VITA SALUTARI

4.1 IL "CONSENSO INFORMATO"

L'informazione sui probabili risultati della terapia, sull'eventuale possibilità di scelta tra terapie differenti, deve essere chiara e basata sulla comprensione del livello d'ansia che può caratterizzare una scelta terapeutica rispetto ad un'altra. La valutazione costo-beneficio deve evitare l'evenienza sempre più probabile che il paziente si documenti da solo, esponendosi a fraintendimenti e a sollecitazioni emotive, che sono sempre dannose.

La situazione in cui il medico decide la terapia per il paziente, senza consultarlo e informarlo, come si è visto, è andata via via scomparendo ed è oggi stata sostituita da una relazione fondata sull'interscambio e sulla reciprocità, priva di dinamiche permeate dalla lotta per il potere e il controllo. Ogni decisione importante deve, perciò, essere presa dopo una discussione approfondita e chiara per valutare i rischi e benefici d'ogni possibile terapia.

Un elemento chiave per stabilire un'interazione soddisfacente consiste nel personalizzare il tipo di comunicazione, tenendo conto dell'età del paziente, del suo livello di istruzione, della sua stabilità emotiva e delle sue conoscenze inerenti la malattia. Ognuno di noi ha un modo caratteristico di comunicare con i familiari, con il medico, con gli amici, con le persone in generale. C'è chi è aperto e schietto e chi non rivela quasi nulla, chi riesce ad esprimere grandi emozioni e chi un'emotività minima, chi si presenta passivo e chi appare quasi contestatore. Vi sono pazienti che non gradiscono essere informati ed in tali casi l'informazione deve essere graduale, coinvolgendo, inizialmente e se si presenta l'opportunità, eventuali membri della famiglia. Il linguaggio deve essere chiaro, indicare con sincerità le aspettative prognostiche, pur lasciando, anche nei casi a prognosi infausta, sempre uno spiraglio di speranza.

Per interagire in maniera soddisfacente con personalità così diverse, la comunicazione oltre ad essere concordante, deve essere basata sulla comprensione del paziente, nel senso di comprendere i suoi vissuti, le sue difese, le sue idee sulla malattia e le sue aspettative nei riguardi del medico.

In alcuni casi, come ad esempio all'inizio della professione, può essere utile seguire uno schema che, a grandi linee, può essere basato sui seguenti punti:

- dare informazioni semplici e relative a singole problematiche al fine di evitare fraintendimenti;
- fornire spiegazioni scritte semplici e chiarificatrici, che il paziente può leggere in ogni momento, che indichino anche eventuali controlli a distanza da seguire;
- dire sempre la verità, che nei casi più drammatici, deve sempre essere associata ad un po' di speranza;
- discutere le alternative su eventuali rischi e benefici;
- indurre il paziente ad esprimere le proprie esigenze ed il proprio stile di vita al fine di adattare le spiegazioni ed eventualmente la terapia;
- indurre domande chiarificatrici, in particolare riguardo alla eventuale terapia da seguire;
- discutere eventuali tematiche inerenti la sfera sessuale e riproduttiva;
- rassicurare che ogni progresso scientifico inerente la malattia del paziente verrà comunicato tempestivamente.

4.2 Prevenzione e stili di vita: quanto conta la comunicazione fra medico e paziente?

La vera sfida dei prossimi anni sarà quella di ridurre per quanto possibile i costi delle malattie croniche.

Questa sfida può essere vinta solo mediante un aumento della prevenzione primaria, mediante cioè un cambiamento radicale degli stili di vita da parte dei pazienti.

Lo stile di vita "troppo opulento" potrebbe essere in realtà un fattore di rischio importante sulle aspettative di vita della popolazione. Il processo di cambiamento non è tuttavia affatto semplice e scontato.

Il cambiamento dello stile di vita infatti necessita di una percezione da parte del soggetto del rischio e di un conseguente cambiamento. Tale processo è tuttavia dominato da meccanismi sia di carattere economico che psicologico che rendono in parte difficile il raggiungimento dell'obiettivo. Nonostante la letteratura sottolinei i vantaggi collegati ad uno stile di vita più sano, i dati epidemiologici mostrano invece un aumento dei comportamenti a rischio e delle malattie in parte attribuibili ad uno stile di vita a rischio.

Solo la prevenzione operata con programmi di ampio respiro ha avuto un qualche effetto, soprattutto perché a tale livello oltre alla persuasione si è intervenuti anche a livello di coercizione (con provvedimenti legislativi che hanno inasprito le pene per gli automobilisti ubriachi, che hanno aumentato le imposte sul tabacco o che hanno ristretto le aree in cui si può fumare in pubblico).

Questo risultato abbastanza negativo, apre due importanti campi per l'indagine: da un lato occorre infatti studiare più da vicino il processo che porta il singolo a cambiare il proprio comportamento a rischio e, di conseguenza, a cambiare il modo in cui il rischio viene comunicato.

Secondo la letteratura più recente, esistono diverse fasi in questo processo che vanno analizzate separatamente e cioè la percezione del rischio da parte del soggetto e la modifica del comportamento rischioso.

In entrambi i processi, la comunicazione gioca un ruolo fondamentale, ma diversi sono gli attori.

Nel primo caso il paziente può essere raggiunto con diversi strumenti comunicativi mentre nel secondo caso il medico gioca un ruolo fondamentale.

4.3 Percezione e comunicazione del rischio

La comunicazione del rischio sta ricevendo da parte della letteratura sia teorica che empirica una particolare attenzione in quanto gli effetti attesi dalla comunicazione del rischio sul campo non corrispondono a quelli ottenibili con i modelli teorici. Il tipo di azioni che il paziente intraprende di fronte al rischio di malattia sono di due tipi:

a) prevenzione/riduzione del rischio mediante l'adozione di stili di vita "virtuosi" che riducano la sua probabilità di incorrere in un determinato problema

b) riduzione dell'ansia mediante una chiusura dei canali informativi. Di fronte alla notizia del rischio, il paziente preferisce restare ignorante sul rischio che corre per diversi motivi: non è preparato a cambiare stile di vita, percepisce che ormai il danno che si è creato è irreversibile.

Comunicare il rischio è il primo approccio verso il cambiamento dello stile di vita, ma bisogna tenere conto dell'ansia provocata dal messaggio che potrebbe portare il paziente a rifiutare l'informazione.

Per questo motivo, un messaggio semplice di comunicazione del rischio è particolarmente indicato per comportamenti in cui la probabilità dell'evento non è correlata al passato. Per esempio, in una campagna che evidenzia i rischi derivanti da incidenti domestici, la prevenzione porta lo stesso giovamento a tutti gli individui in quanto l'aver tenuto in passato comportamenti rischiosi non ha influenza sul livello di salute attuale. Se l'individuo si sta procurando un danno con il proprio comportamento, il messaggio deve essere anche in parte rassicurante, sottolineando quindi non solo i rischi in modo ossessivo, ma anche i benefici derivanti dal cambiamento di stile di vita. Questo tipo di messaggio potrebbe essere indicato per le campagne relative al cambiamento di particolari stili di vita (uso/abuso di sostanze dannose quali fumo, alcool, droghe; disordini alimentari o cattiva alimentazione) in cui il soggetto percepisce di essersi ormai causato un danno irreversibile alla salute, si sente in parte in colpa per non essere in grado di cambiare stile di vita e non vuole quindi sapere quanto danno si è procurato.

Edwards (2004) evidenzia che la comunicazione del rischio deve essere personalizzata sui bisogni del paziente, tenendo conto delle sue preferenze per l'informazione. In questo senso quindi, si conferma ancora una volta l'importanza dell'ansia nel rapporto di agenzia fra medico e paziente.

Cutler (2004) fa invece notare che non sempre la strategia della comunicazione individuale è vincente. Quello che non funziona sono proprio gli interventi mirati volti al cambiamento dello stile di vita del singolo individuo. Funzionano invece interventi a carattere nazionale, anche e soprattutto quando l'intervento legislativo diventa importante. Gli strumenti più efficaci nella riduzione del consumo di sigarette sono infatti stati l'aumento delle imposte sul consumo ed i divieti di fumare in luoghi aperti al pubblico (Cutler, 2004). Gerrard et al. (1999) fanno notare che il paziente inoltre ha bisogno di uno strumento che crei un collegamento forte e diretto fra il

comportamento a rischio e la malattia. Per questo motivo, fare riflettere gli individui sul numero di volte che hanno tenuto un determinato comportamento genera un cambiamento radicale nella percezione del rischio; per lo stesso motivo lo strumento più efficace per aumentare lo screening preventivo di particolari malattie si è rivelato il rischio genetico della malattia, mentre la familiarità alla patologia fa aumentare in modo marginale il ricorso allo screening.

4.4 La comunicazione fra medico e paziente come motore della modifica dello stile di vita

Affinché la percezione del rischio si trasformi in prevenzione, occorre che il soggetto modifichi le sue abitudini. I primi studi (Janz e Becker, 1984) sembravano essere confortanti in quanto sembrava esistere un legame positivo fra aumento della percezione del rischio e comportamenti volti a diminuirlo. Tuttavia una analisi più attenta dei dati (Montgomery et al, 1987) porta a conclusioni differenti.

Secondo questi autori, infatti, occorre distinguere fra comportamenti semplici di riduzione del rischio (ad esempio una vaccinazione) da quelli che implicano un cambiamento netto dello stile di vita. Nel primo caso, il paziente di solito fa prevenzione e riduce il rischio, mentre nel secondo caso la compliance è molto più bassa. In questo campo gioca un ruolo fondamentale il medico di medicina generale che rappresenta il primo canale di comunicazione con il paziente. La letteratura assegna a tale figura un ruolo centrale in quanto per una comunicazione efficace del rischio fra medico e paziente si deve stabilire una relazione di fiducia e rispetto reciproco, che va al di là delle competenze mediche, ma dipende proprio dal tipo di relazione che si instaura fra i due soggetti. Informare non basta, bisogna farlo con autorevolezza e produrre nel paziente quel meccanismo che trasforma la percezione del rischio in uno specifico comportamento di riduzione di tale evento dannoso. Una delle caratteristiche fondamentali della relazione medico-paziente che assicura un alto impatto positivo sulla compliance è l'informazione e la responsabilizzazione del paziente durante il processo decisionale.

Il primo passo è la richiesta di aiuto del paziente nella definizione della patologia che richiede la terapia. Chi vive la malattia è in grado di delinearne tutte le più profonde caratteristiche ed in questo processo di esposizione e di chiarificazione produce una notevole modificazione verso un ruolo maggiormente attivo.

A questo punto il MMG è in grado di esporre le possibilità terapeutiche con i rischi e i benefici connessi trovando un terreno fertile all'accoglienza di notizie che incidono pesantemente nello stile di vita del paziente. Dall'accoglienza al ruolo decisionale nel consenso informato il passo è breve e consequenziale perché si basa su una comprensione dei rischi, benefici, indicazioni, ed alternative. Investendo il paziente di un ruolo attivo occorre dargli il tempo soggettivo per considerare i problemi e le alternative prima di prendere una decisione. Infine è necessario mantenere nel tempo il coinvolgimento del paziente nelle decisioni terapeutiche.

La soddisfazione del paziente e, di conseguenza, un miglioramento della compliance sono due risultati che documentano chiaramente le relazioni di questo scambio verbale come sottolineato dai lavori di Stewart (1995,2000).

La strada da percorrere per migliorare la prevenzione primaria sembra quindi essere quella di investire nella relazione fra medico e paziente utilizzando proficuamente le tecniche di comunicazione efficace.

4.5 Principi base di comunicazione

Gli studi sulla comunicazione ed in particolare sulla relazione medico-paziente permettono di indicare una serie di strumenti pratici finalizzati ad aumentare l'aderenza alla terapia proposta.

Il modello cognitivo della comunicazione stabilisce che quando un messaggio è compreso e ricordato procura soddisfazione a chi lo riceve e predispone ad una maggiore aderenza.

Di seguito vengono riportate 9 semplici regole per migliorare la comunicazione nella relazione medico-paziente soprattutto quando si propone un percorso terapeutico che coinvolge la modificazione degli stili di vita:

1. esprimere un solo concetto alla volta
2. ripetere l'informazione più volte
3. parlare rivolgendosi al paziente
4. effetto primacy e recency: comunicare le informazioni importanti all'inizio e alla fine del discorso
5. usare un linguaggio il più possibile vicino alla comprensione del paziente
6. portare esempi pratici
7. accertarsi che il paziente abbia capito, facendogli ripetere i concetti e i passi della terapia
8. quando si devono trasmettere informazioni importanti, cercare di coinvolgere anche i familiari se sono presenti
9. esprimere sempre un equilibrato ottimismo.

4.6 Progetto di intervento

L'intervento per migliorare la compliance si sviluppa sulle seguenti linee: a) Intervento comportamentale e motivazionale (modificazione dei comportamenti e della motivazione del paziente).

b) Relazione medico-paziente e infermiere/paziente (tecniche di comunicazione).

c) Self-management della malattia e della terapia (il paziente viene educato a gestire la malattia e la terapia).

d) Self-management degli effetti collaterali (il paziente viene educato a gestire gli effetti collaterali).

e) Aiuti per ricordare (al paziente vengono proposte semplicissime tecniche per ricordare quanto deve modificare). e deve tener conto di due specificità:

- della **patologia** (le caratteristiche della patologia e della relativa terapia influenzano notevolmente l'aderenza e il miglioramento clinico)
- della **persona** (le caratteristiche di personalità e il vissuto della malattia giocano un ruolo fondamentale).

IN SINTESI

In questo capitolo si trattano due esempi nei quali le modalità di comunicazione rivestono un ruolo fondamentale: il consenso informato e la comunicazione per gli stili di vita salutari.

Si analizza quindi la percezione del rischio da parte dei pazienti e come comunicare loro questo rischio, senza incorrere in effetti "rebound".

Si propone un progetto di intervento basato sui principi della comunicazione

5. COME USARE IL MANUALE

5.1 Ricettario degli stili di vita

La proposta di uno strumento prescrittivo si basa sulla necessità di coinvolgere il paziente per aumentare l'aderenza specialmente quando si tratta di una terapia complessa e a lungo termine. Il piano terapeutico scritto è una modalità che impegna il paziente ad osservare le norme che ha concordato con il medico quasi come in un contratto a valore legale. La firma al termine del piano sancisce l'ufficialità e l'impegno del paziente.

5.2 Modalità pratiche rapide

Di seguito è indicato, passo dopo passo, il percorso rapido per procedere alla compilazione del ricettario.

1. Chiedere al paziente che cosa sa della propria malattia
2. Chiedere cosa ne pensa
3. Esporre i fattori di rischio
4. Proporre la terapia farmacologica e la modificazione degli stili di vita
5. Modalità della proposta:
 - 5.1. Chiedere notizie sull'attuale stile di vita sia fisico sia alimentare
 - 5.2. Personalizzazione
 - 5.3. Lieve modificazione del regime alimentare e/o dell'attività fisica
 - 5.4. Proporre un massimo di tre modificazioni
6. Scrivere la prescrizione
7. Rileggere e coinvolgere il paziente chiedendogli se è d'accordo
8. Far firmare il paziente
9. I primi due controlli sono da programmare a tempi brevi. Successivamente controlli a cadenza diradata.

5.3 Modalità pratiche dettagliate

Di seguito è indicato, passo dopo passo, il percorso dettagliato per procedere alla compilazione del ricettario.

1. Chiedere al paziente che cosa sa della propria malattia. L'obiettivo è di capire la coscienza della malattia.
2. Che cosa ne pensa. Per stabilire le basi del coinvolgimento diretto.
3. Esporre i fattori di rischio. Informare il paziente.
4. Proporre la terapia farmacologica e la modificazione degli stili di vita. Vanno proposte in contemporanea come inevitabilmente connesse e per attribuire uguale importanza. (Es. "La sua terapia consiste nell'assunzione di questi farmaci e nel mettere in atto queste prescrizioni nel suo stile di vita")
5. Modalità della proposta:
 - 5.1. Chiedere notizie sull'attuale stile di vita sia fisico che alimentare (ad es.: fisico: "Dove va di solito a fare la spesa?"; Alimentare: "Mi dica che cosa ha mangiato ieri e che cosa mangerà oggi"). Sono domande di base per poi personalizzare e modificare.
 - 5.2. Personalizzazione (ad es.: "NO": "Faccia 1 h di cammino al giorno"; SI: "Tutte le mattine alle ore 9 da via Dante a Piazza Ducale e poi al Parco Parri"). Occorre individuare percorsi conosciuti e abituali del paziente evitando ogni sorta di indicazione generica, quindi prescrivere l'ora e i luoghi che saranno oggetto dell'attività fisica.
 - 5.3. Lieve modificazione del regime alimentare. (ad esempio: togliere 1 o 2 eccessi o aggiungere 1 mancanza). Le modificazioni partono dal regime abituale e devono essere compatibili con esso.
 - 5.4. Proporre un massimo di tre modificazioni. Il ricettario deve essere molto semplice per poter produrre aderenza.

6. Scrivere la prescrizione. Il ricettario assume grande importanza nel momento in cui non è più solamente una prescrizione verbale che si dimentica facilmente.

7. Rileggere e coinvolgere il paziente chiedendogli se è d'accordo. Importante verificare se il paziente ha capito e ulteriormente coinvolgerlo.

8. Firma del paziente sulla prescrizione. Suggella l'impegno.

9. I primi due controlli sono a tempi ravvicinati, i successivi diradati. Il controllo settimanale iniziale è molto importante sia come verifica che come sostegno al paziente ad automatizzare le modificazioni attraverso il monitoraggio.

Fatta salva la proposta/prescrizione della terapia farmacologica che rientra nelle specifiche competenze mediche, tutti questi passaggi possono essere gestiti sia dal medico che dall'infermiere, in particolare delle cure primarie, ferma restando l'esigenza di garantire estrema coerenza e rinforzo dei messaggi.

Sono riportati in appendice, quali strumenti di supporto al manuale:

1. il modello del ricettario degli stili di vita

2. alcuni esempi di ricettario compilati con apposito commento evidenziato

5.4 Indicazioni prioritarie per l'uso del ricettario

Premesso che il ricettario potrebbe essere utilizzato con tutti i pazienti che necessitano di un cambiamento dei propri stili di vita, per motivi di fattibilità operativa e per poter effettuare un monitoraggio mirato si ritiene opportuno iniziare la sua applicazione per le seguenti indicazioni:

- Primo riscontro, aggravamento, necessità di cambiamento della terapia (effetti collaterali o altro) di pazienti affetti da:

- Ipertensione arteriosa
- Diabete Mellito
- Dislipidemia
- Sovrappeso (BMI>25)

5.5 Indicazioni per la prescrizione dell'Attività

Anamnesi preliminare

La prescrizione dovrà basarsi su rilievi anamnestici che quantifichino il tempo settimanale dedicato ad attività motorie aerobiche.

Attività fisica ideale

- almeno 30-60 minuti di attività aerobica per 4-5 giorni la settimana;
- regolare (non saltuaria);
- di entità tale da non diventare anaerobica;
- graduale per chi parte da una condizione di sedentarietà, raggiungendo progressivamente il livello indicato.

Ad es.: camminare o andare in bicicletta con passo spedito, nuotare, ballare, "raggiungendo la sudorazione" o "raggiungendo un livello per cui è difficile parlare".

Attività fisica intensa

Per la pratica di attività sportive più intense vanno effettuate le opportune valutazioni personalizzate che tengano conto di età, condizioni fisiche generali, patologie pregresse e tipologia di sport.

Ad es.: corsa prolungata, attività competitiva, esercizi con pesi, andare in bicicletta su salite impegnative.

Pazienti difficili

Per i pazienti che non riescono a svolgere quanto sopra indicato è consigliata la prescrizione di eseguire nel corso della giornata brevi e ripetuti periodi di attività moderata.

Ad es.: salire le scale anziché usare l'ascensore, passeggiare durante le pause lavorative.

Per facilitare il confronto tra diverse tipologie di attività motoria la tabella seguente evidenzia la differente intensità delle stesse in termini di consumo calorico orario (i valori sono approssimativi, in quanto possono variare in base all'intensità con cui si pratica lo sport e in base alle proprie caratteristiche fisiche: peso, altezza, costituzione, ecc.)

Sport	Kcal/ora	In rapporto al camminare
Camminare lentamente (3km ora)	200	1
Camminare velocemente (5km ora)	300	1.50
Corsa (8 Km/ora)	446	2.23
Corsa (12 Km/ora)	690	3.45
Ciclismo (10 Km/ora)	212	1.06
Ciclismo (15 Km/ora)	332	1.66
Ballare (moderno)	238	1.19
Marcia	470	2.35
Nuoto (stile libero lento)	426	2.13
Nuoto (stile libero veloce)	512	2.56
Sci da fondo (in pianura)	392	1.96
Sci da fondo (in salita)	904	4.52
Tennis (amatoriale)	360	1.80

Attività	Kcal/ora	In rapporto al camminare
Cucinare un pranzo completo	100	0.50
Fare il bucato a mano	100	0.50
Fare il letto	300	1.50
Giocare a carte	82	0,41
Guardare la tv	30	0.15
Guidare l'auto	50	0.25
Lavare i piatti	152	0.76
Lavori leggeri di giardinaggio	180	0.9
Leggere	24	0.12
Passare l'aspirapolvere	180	0.90
Pulire i pavimenti	240	1.20
Spolverare	50	0.75
Stirare	90	0.45

5.6 Indicazione per la prescrizione di comportamenti alimentari

Anamnesi preliminare

I consigli e suggerimenti generici in campo metabolico nutrizionale risultano essere inefficaci: da qui la necessità di conoscere le abitudini alimentari del paziente, evidenziando i comportamenti alimentari scorretti affinché si possa intervenire in modo mirato e personalizzato sugli aspetti che più richiedono un cambiamento. Esistono vari metodi di indagine alimentare: diario alimentare, storia alimentare, ricordo sulle 24 ore, questionario abbreviato delle frequenze settimanali (food frequency questionnaire). Ognuno dei metodi ha pregi e limiti: il medico può scegliere quello più congeniale, anche per valutare i cambiamenti delle abitudini alimentari. Si propongono di seguito due diversi modelli, estremamente semplici, di questionario alimentare; in commercio sono disponibili anche dei software che, in base alle risposte dei pazienti, forniscono una refertazione automatica ed una serie di consigli mirati e personalizzati.

Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>	Età	Codice medico	N° paziente
<p>Confrontate il volume delle vostre porzioni di verdura consumate (quando sono già servite nel piatto) con quello del vostro pugno (col pollice aderente ed il polso appoggiato al tavolo) oppure, se di frutta, con quello di una palla da tennis e/o sue parti. Nell'esempio vedete un paragone di volume con un piccolo pugno.</p> <p>Una porzione è pari al volume del proprio pugno per le verdure cotte e di un pugno e 1/2 per le verdure crude in foglia o al volume di una palla da tennis e 1/2 per un frutto medio.</p>				
				
<ul style="list-style-type: none">• QUANTE PORZIONI DI VERDURA CRUDA MANGIA IN MEDIA ALLA SETTIMANA? N.• QUANTE PORZIONI DI VERDURA COTTA MANGIA IN MEDIA ALLA SETTIMANA? N. <p>N.B. 1 fondina di minestrone o passato di verdura equivale a 1 porzione; le patate non sono da considerare</p> <ul style="list-style-type: none">• QUANTE PORZIONI DI LEGUMI (FAGIOLI, PISELLI, etc.) MANGIA AL MESE? N. <p>(Una porzione è costituita da 4-6 cucchiaini di minestra colme, pronte da mangiare)</p> <ul style="list-style-type: none">• QUANTE PORZIONI DI FRUTTA MANGIA ALLA SETTIMANA? N.• SE BEVE SPREMUTE O SUCCHI DI FRUTTA, QUANTI BICCHIERI NE BEVE ALLA SETTIMANA? N. <p>(un bicchiere equivale, in volume, a quello di un comune vasetto di yogurt 125 ml)</p>				

QUESTIONARIO ABBREVIATO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI

- 1) In media QUANTE VOLTE IN UNA SETTIMANA mangia qualcosa al di fuori dei tre pasti principali: _____
- 2) nell'arco dell'ultimo anno, considerando colazione, pranzo, cena e tutti gli spuntini e fuori pasto, specifici QUANTE VOLTE A SETTIMANA mangia (da 0 a 8):
- i) legumi, minestra di legumi, minestrone (anche se con pasta o riso) _____
 - ii) formaggi, latticini, insaccati e uova _____
 - iii) frittiture (di qualsiasi tipo) _____
 - iv) carne (di qualsiasi tipo) _____
 - v) pesce (di qualsiasi tipo) _____
 - vi) pizzette, rustici, altri prodotti di rosticceria _____
 - vii) prodotti integrali (pane, pasta, fette biscottate, all bran etc.) _____
 - viii) cioccolata, caramelle, biscotti _____
 - ix) dolci (inclusi cornetti e/o brioche), merendine e gelati _____
 - x) bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta etc.) _____
- 3) Indichi in numero di frutti, di qualsiasi tipo, che consuma abitualmente IN UNA GIORNATA (da 0 a 8) _____
- 4) Indichi quante porzioni di verdura cotta o cruda (di qualsiasi tipo tranne le patate) mangia abitualmente IN UNA GIORNATA (da 0 a 8) _____
- 5) Selezionare gli alimenti che abitualmente consuma a colazione (almeno tre giorni a settimana)
- | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| i) caffè, orzo o tè <input type="checkbox"/> | iv) biscotti <input type="checkbox"/> | vii) marmellata o miele <input type="checkbox"/> |
| ii) latte o yogurt <input type="checkbox"/> | v) cereali (com flakes) <input type="checkbox"/> | viii) frutta <input type="checkbox"/> |
| iii) pane o fette biscottate <input type="checkbox"/> | vi) brioche o merendine <input type="checkbox"/> | ix) succhi di frutta <input type="checkbox"/> |
- 6) Rispetto agli altri componenti della famiglia il suo consumo di pane è
- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| i) Più basso <input type="checkbox"/> | ii) Uguale <input type="checkbox"/> | iii) Più alto <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|

ALCOL (Assunzione quotidiana ammissibile: maschi 20-40gr; femmine 10-20g)

- 7) Quanto vino beve attualmente in media al giorno?
- | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| i) No <input type="checkbox"/> | iv) 1 litro <input type="checkbox"/> |
| ii) 1-2 bicchieri <input type="checkbox"/> | v) 2 litri <input type="checkbox"/> |
| iii) ? litro <input type="checkbox"/> | vi) Più di due litri <input type="checkbox"/> |
- 8) Quanti aperitivi e/o superalcolici beve in media?
- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| i) No <input type="checkbox"/> | iv) Da da 6 a 7 la settimana <input type="checkbox"/> |
| ii) Da 1 a 3 la settimana <input type="checkbox"/> | v) Da 1 a tre al giorno <input type="checkbox"/> |
| iii) Da 3 a 5 la settimana <input type="checkbox"/> | vi) Più di tre al giorno <input type="checkbox"/> |
- 9) Quanta birra beve in media al giorno?
- | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| i) Non ne beve <input type="checkbox"/> | iii) Un litro <input type="checkbox"/> |
| ii) Circa ? litro <input type="checkbox"/> | iv) Più di un litro <input type="checkbox"/> |

ALIMENTAZIONE IDEALE

- Il contenuto calorico deve essere adeguato ai reali bisogni
- Distribuire i pasti in maniera razionale: prima colazione sostanziosa (bisogna introdurre circa il 20% delle calorie totali giornaliere), pranzo non troppo ricco, cena leggera, eventualmente prevedendo due spuntini a base di frutta a metà mattina e a metà pomeriggio
- I carboidrati dovrebbero fornire il 60% dell'energia giornaliera, in massima parte assunta come amidi meglio se integrali (pane, riso, pasta di grano duro, etc.), mentre gli zuccheri semplici nella dieta non dovrebbero superare il 10-12% dell'energia giornaliera.
- I lipidi (grassi) dovrebbero rappresentare il 30% delle calorie con un equilibrato rapporto tra i diversi tipi di acidi grassi che privilegi soprattutto i polinsaturi, omega-3 (pesce) e omega-6 e i monoinsaturi (olio d'oliva). I grassi saturi di origine animale dovrebbero essere < al 10%. Da sconsigliare l'apporto di acidi grassi in forme isomeriche non fisiologiche (gli acidi grassi trans, contenuti in margarine e altri grassi idrogenati) che non dovrebbero superare i 5g/die
- Il rimanente 10% di calorie dovrebbe essere fornito dalle proteine di origine animale e vegetale, che hanno compiti plastici e regolativi.
- E' consigliabile un apporto di alimenti ricchi in fibra (per un contenuto di fibra di circa 30 grammi/die)
- Ridurre l'uso di sale sia a tavola che in cucina (< di 6 grammi al giorno)
- Bere ogni giorno acqua in abbondanza, frequentemente e in piccole quantità, tanto quella del rubinetto quanto quella imbottigliata, entrambe sicure e controllate
- Le calorie devono essere accompagnate inoltre da un sufficiente ed equilibrato apporto di micronutrienti: vitamine e sali minerali, presenti soprattutto nella frutta e verdura, ed inoltre assicurarsi un apporto di sostanze protettive come gli antiossidanti e gli amminoacidi essenziali da introdurre attraverso una corretta e diversificata alimentazione.

In pratica ciò significa:

- privilegiare il consumo di cibi di origine vegetale ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali (meglio integrali)
- limitare il consumo di grassi, specialmente quelli di origine animale (particolarmente abbondanti nelle carni rosse, insaccati, burro, formaggi, latte intero, uova, dolci)
- incrementare il consumo di pesce (non i crostacei)
- ridurre l'uso di sale sia a tavola che in cucina (attenzione ai prodotti conservati, spesso ricchi in sale)
- moderare il consumo di dolci e zucchero
- ridurre il consumo di bevande alcoliche (non più di tre bicchieri di vino al giorno negli uomini e due bicchieri nelle donne)
- non consumare alcol nelle seguenti condizioni: gravidanza, età inferiore a 18 anni, guida di autoveicoli, uso di alcuni farmaci, diabete mellito, malattie del fegato.



5.7 Indicazioni per la prescrizione di cessazione del fumo

Per un fumatore smettere di fumare è il cambiamento che porta il maggior beneficio sulla salute; ciò è ancora più importante per i pazienti ipertesi, diabetici, dislipidemic, in sovrappeso.

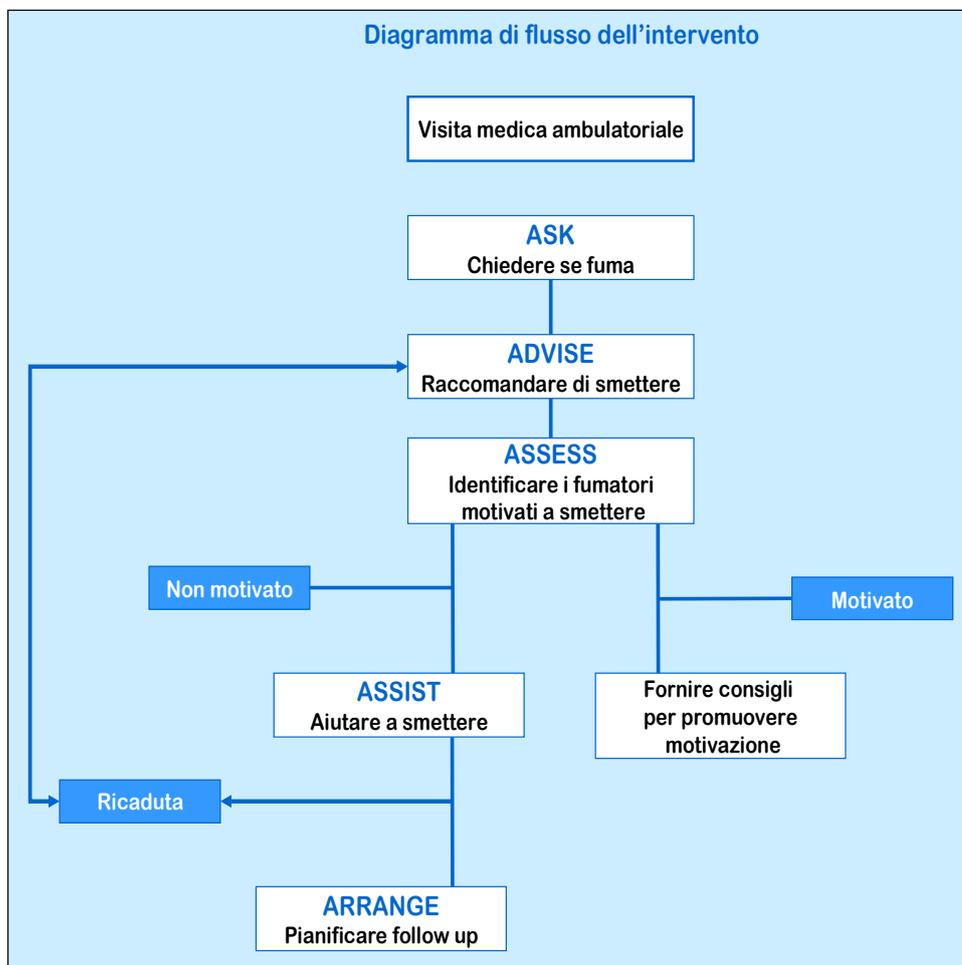
Anche se smettere di fumare non è certo facile, il consiglio sistematico del medico curante può incrementare il numero di fumatori che fanno seri tentativi di smettere (circa il 3%) e per i pazienti a rischio le percentuali sono superiori.

L'Osservatorio Fumo, Alcol, Droga dell'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato delle linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo disponibili online [28] di cui le pagine seguenti sono un sunto.

L'intervento clinico minimo

Noto con la sigla delle 5 A (vedi diagramma) può essere realizzato spendendo anche pochi minuti nel corso di una qualunque visita medica, qualunque sia la ragione della visita e qualunque sia la specialità del medico.

Per i pazienti per cui si userà il ricettario, l'intervento clinico minimo delle 5 A dovrà essere sempre utilizzato.



ASK: chiedere se fuma

- Domandare a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori. L'argomento fumo deve essere affrontato con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita. Ai fumatori e a coloro che hanno smesso nell'ultimo anno la domanda dovrebbe essere ripetuta ad ogni visita.
- La condizione e la storia di fumatore (Sì/No/Ex fumatore) dovrebbe essere registrata tra i dati del paziente
- Chiedere ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo. Può essere utile avvalersi del Test di Fagerström per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina

Test di Fagerström

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Sì	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Sì	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Sì	1
	No	0

Un punteggio da 0 a 2 indica lieve dipendenza, 3 o 4 media dipendenza, 5 o 6 forte dipendenza, da 7 a 10 dipendenza molto forte.

ADVISE: Se fuma raccomandare di smettere

- Raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare, fornendo un consiglio chiaro e inequivocabile a smettere. Con i soggetti portatori di malattia legata o aggravata dal fumo realizzare un intervento motivazionale più intenso.
- Fornire materiale scritto di supporto (manuali, opuscoli, ecc.) agli altri interventi.

Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento

- È di fondamentale importanza cercare di stabilire una "alleanza" con il soggetto; gli elementi del dialogo che possono contribuire a determinarla sono:
 - esprimere chiaramente la consapevolezza che si tratta di una scelta difficile
 - accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza come aspetti normali ed evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico con il fumatore
 - aiutare il fumatore a trovare le proprie motivazioni per smettere (che non necessariamente sono quelle indicate dal medico)
 - accettare di parlare degli aspetti "positivi" del fumare oltre che di quelli negativi per entrare in relazione con il paziente, per comprenderne meglio i meccanismi e aiutarlo ad accettare il ruolo guida del medico
- Discutere gli aspetti di prevenzione delle malattie legate al fumo (malattie respiratorie, neoplasie, cardiovasculopatie, gravidanza, ecc.)
- Illustrare ulteriori vantaggi: estetici (pelle meno rugosa, alito non sgradevole); economici (fumo come spesa); affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima)

ASSESS: Identificare i fumatori motivati a smettere

- Accertarsi che il soggetto voglia smettere.
- Se il soggetto non vuole smettere dovrebbe esser realizzato un breve intervento volto a promuoverne la motivazione.
- Se il soggetto vuole smettere, fornire subito consigli comportamentali dedicandovi il maggior tempo possibile o, compatibilmente con l'attività ambulatoriale, fissare un appuntamento entro due settimane (vedi fase successiva ASSIST).

ASSIST: Aiutare a smettere

- *Concordare con il soggetto una strategia per la cessazione:* può essere utilizzato a tale fine il percorso di preparazione e di azione illustrato nell'opuscolo "Smettere di Fumare....Guida pratica da leggere, compilare e personalizzare" a cura dell'Osservatorio Fumo, Alcol, Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, da consegnare al paziente (presso il Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Pavia sono reperibili la versione PDF e gli opuscoli cartacei da consegnare ai pazienti)
- *Proporre la terapia farmacologica* a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio di 5 o superiore): i farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparato per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali) e il bupropione a rilascio prolungato.
- Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo comportamentale o il counselling professionale.

Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento

- Insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic e informare sui modi per ridurli o annullarli attraverso la terapia farmacologica e attraverso alcune semplici azioni.
- Parlare in particolare del desiderio impellente di fumare (craving), della difficoltà a concentrarsi, dei sintomi di frustrazione e rabbia, dell'insonnia, della sensazione di

deprivazione. Spiegare che questi sintomi sono massimi nei primissimi giorni di astinenza e poi vanno attenuandosi nel tempo.

- Questi sintomi possono essere superati e la terapia farmacologica è in grado di contrastarli efficacemente.
- Altre conseguenze della cessazione che si verificano spesso sono costituite dall'aumento di peso e dalla stipsi. Quest'ultima può essere efficacemente contrastata con una dieta più ricca in fibre e liquidi.
- Spiegare l'importanza di eliminare tutto ciò che può ricordare il fumo (accessori, posacenere, occasioni di incontro con amici o colleghi fumatori).
- Concentrarsi sui rischi del fumo per il soggetto e per i familiari, sui benefici dello smettere, sulle modalità per evitare gli effetti indesiderati.

ARRANGE: Pianificare il follow up

- I contatti con il soggetto andrebbero presi entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione, possibilmente il giorno stesso.
- Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese, ulteriori contatti con cadenza regolare entro l'anno successivo alla cessazione.
- I soggetti che hanno ripreso a fumare dovrebbero essere contattati per vedere se sono disponibili ad un altro tentativo.

Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e ci si complimenta per i risultati ottenuti. Si evidenziano i risultati ottenuti sul piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbidimento" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto e del gusto, ecc.). Si verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico). Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato. Se il contatto avviene in ambulatorio si controlleranno anche polso, pressione e peso corporeo.

Trascorso l'anno senza recidive i controlli potranno essere diradati (praticamente facendoli coincidere con le visite routinarie) ma mai tralasciati.



5.8 Monitoraggio aderenza

Risulta necessario procedere alla verifica dell'aderenza alle prescrizioni, effettuate a tempi prefissati, e prevedendo almeno tre controlli.

5.9 Riscontro clinico dei risultati raggiunti.

A seconda della problematica clinica è opportuno individuare almeno uno dei seguenti indicatori da monitorare indicativamente a 1, 3, 6, 12 mesi dalla prescrizione:

- peso
- circonferenza addominale
- pressione arteriosa
- colesterolemia
- emoglobina glicata

6. BIBLIOGRAFIA

1. Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001
2. Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979
3. Rand CS. *Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia*. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.)
4. WHO. *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action*. ISBN 92 4 154599 2. World Health Organization 2003
5. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. *Interventions to enhance medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD000011. Review.
6. Poluzzi E, Strahinja P, Vargiu A, Chiabrando G, Silvani MC, Motola D, Sangiorgi Cellini G, Vaccheri A, De Ponti F, Montanaro N. *Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy*. Eur J Clin Pharmacol. 2005 Sep;61(8):603-9. Epub 2005 Aug 5.
7. Poluzzi E, Strahinja P, Vaccheri A, Vargiu A, Silvani MC, Motola D, Marchesini G, De Ponti F, Montanaro N. *Adherence to chronic cardiovascular therapies: persistence over the years and dose coverage*. Br J Clin Pharmacol. 2006 Nov 10
8. Sackett D et al. *Patient compliance with antihypertensive regimens*. Patient Counselling & Health Education, 1978, 11:18-21.)
9. Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. *Adherence to prescription medications among medical professionals*. South Med J. 2000 Jun;93(6):585-9.
10. Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. *Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension*. Pharmacotherapy. 2006 Apr;26(4):483-92.
11. Beltrutti D, Lamberto A. *Problemi di "compliance" nel dolore cronico* Minerva Medica. 83, 12 pp. 795-799 (1992)
12. Peterson AM, Takiya L, Finley R. *Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence*. Am J Health Syst Pharm. 2003 Apr 1;60(7):657-65.
13. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. *Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications*. Lancet 1997 Apr 19;349(9059):1180.
14. A. Lamberto, R. Schiffer *L'ansia e la depressione nell'ambulatorio di fisiatria*. La Riabilitazione 32(4); 171-175,1999
15. G. Majani *Compliance, Adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. McGraw-Hill Milano, 2001.
16. S. De Feo, C. Opasich *Educare e comunicare: terapie non farmacologiche per il paziente con scompenso cardiaco cronico?* Monaldi Arch Chest Dis 2002;58: 1,51-53
17. Michele Heisler, MD, MPA, Reynard R. Bouknight, MD, PhD, Rodney A. Hayward, MD, Dylan M. Smith, PhD, Eve A. Kerr, MD, MPH *The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management*. J GEN INTERN MED 2002;17:243-252.
18. Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84(2), 191-215
19. Bandura A. (2000) *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson. Trento
20. Meichenbaum D. Turk D.C. (1987) *Facilitating treatment adherence*. Plenum Press New York
21. Martin G. Pear J. (2000) *Strategie e tecniche per il cambiamento*. McGraw-Hill, Milano
22. Raymond L. Ownby, MD, PhD, MBA *Medication adherence and cognition. Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults*. Geriatrics February 2006 Volume 61, Number 2, 30-35.
23. Joye C. Gordon. *Beyond Knowledge: Guidelines for Effective Health Promotion Messages*. Journal of Extension December 2002 Volume 40 Number 6
24. Levaggi R. Lamberto A. *Medico, parla al tuo paziente se vuoi che la cura costi meno* Il sole 24 Sanità 27/5 - 2/6 2003
25. Levaggi R. Lamberto A. *La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo-efficacia*. Politiche Sanitarie Anno 5 numero 1 Gennaio-Marzo 2004 pag 52-59
26. Saltini A. Del Piccolo L. (2000) *Il colloquio con il paziente in medicina generale. Recenti progressi in medicina*, 91, 38-42.
27. John Paling. *Strategies to help patients understand risks*. BMJ 2003; 327, 745-748
28. *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>

APPENDICE

TIMBRO MMG O SPECIALISTA

Per il signor/signora _____

Affetto da _____

Con l'obiettivo terapeutico di
(indicare parametri) _____

Non fumatore ex fumatore fumatore n° sig./die

Disposto a: smettere di fumare ridurre il fumo non cambiare abitudini sul fumo

PRESCRIVO

1) _____

2) _____

3) _____

Controlli stabiliti: ___/___/____ ___/___/____ ___/___/____
 ___/___/____ ___/___/____ ___/___/____

data ___/___/____ Firma del medico _____

Firma dell'assistito _____

(che si impegna ad effettuare la terapia)

DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

1

2

3

L
M
M
G
V
S
D

Controllo

L
M
M
G
V
S
D

Controllo

L
M
M
G
V
S
D

Controllo

L
M
M
G
V
S
D

Controllo



TIMBRO MMG O SPECIALISTA

Per il signor/signora **Leonardo Da Vinci**

Affetto da **Ipertensione arteriosa**

Con l'obiettivo terapeutico di **Ridurre PA da attuali 155/100 a 140/90**
(indicare parametri)

Non fumatore ex fumatore fumatore n° sig./die

Disposto a: smettere di fumare ridurre il fumo non cambiare abitudini sul fumo

PRESCRIVO

1) Camminare tutte le mattine da casa sua fino al _____ e compiere 2 giri completi del
percorso(n.b.modalità semplificata da adattare alla situazione) (dalle 9 alle 10)

2) Mangiare due porzioni di verdura al giorno (non salate)

3) Mangiare due porzioni di frutta fresca al giorno

Controlli stabiliti: 04/01/2011 26/01/2011 _____
_____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____

data 28/12/2010 Firma del medico _____

Firma dell'assistito _____
(che si impegna ad effettuare la terapia)

DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 Camminata	2 Verdura	3 Frutta
L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
V	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Controllo			

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			



TIMBRO MMG O SPECIALISTA

Per il signor/signora **Dante Alighieri**

Affetto da **Sovrappeso e dislipidemia**

Con l'obiettivo terapeutico di **Ridurre peso da 82 Kg a 78 Kg**
(indicare parametri)

Non fumatore ex fumatore fumatore n° sig./die

Disposto a: smettere di fumare ridurre il fumo non cambiare abitudini sul fumo

PRESCRIVO

1) Andare al lavoro in bicicletta

2) Non mangiare i formaggi dopo i pasti eccetto la domenica

3) Mangiare due porzioni di frutta fresca al giorno

Controlli stabiliti: _04_/_01_/2011_ 26/01/2011 ___/___/_____
 ___/___/_____
 ___/___/_____
 ___/___/_____

data 28/12/2010_ Firma del medico _____

Firma dell'assistito _____

(che si impegna ad effettuare la terapia)

DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 <u>Bicicletta</u>	2 <u>Formaggi</u>	
L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Indica i giorni in cui non li ha mangiati
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
G	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo	<u>Buona attività fisica, difficoltà a limitare i formaggi</u>		

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			

L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo			