

Proposte di integrazione pratica fra servizi territoriali, ospedalieri e terzo settore per affrontare il problema



TITOLO: La valorizzazione delle Case per la Salute e del ruolo del MMG e della medicina di gruppo nella integrazione fra ospedale e territorio in un contesto di rete

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Il panorama della salute nei paesi sviluppati ha visto negli ultimi decenni crescere il peso delle patologie croniche (Bodenheimer 2002; UN Secretariat 2011, CDC 2013), a loro volta spesso derivanti da stili di vita non salutari. Pur nella possibile diversità, sia la gestione delle patologie croniche sia la prevenzione di stili di vita disadattivi hanno un aspetto in comune: richiedono una crescente collaborazione della persona assistita rispettivamente nella gestione e nella prevenzione della malattia.

La persona assistita è una risorsa importante nella gestione a lungo termine delle patologie croniche, ed il coinvolgimento attivo della persona fa sì che il processo di cura sia più in accordo con le sue aspettative e sistema di valori (Mockford et al 2012, Eaton et al 2015). Viene oggi proposto il concetto di “attivazione” del paziente (Hibbard et al 2005, Kinney et al 2015), definita come il sistema di conoscenze, fiducia e capacità della persona di assumere un ruolo nell’autogestione della propria salute e delle proprie terapie. Il livello di attivazione della persona è predittivo delle ospedalizzazioni, ricorso al pronto soccorso ed adherence ai trattamenti nelle popolazioni con patologie croniche. A sua volta la scarsa adherence ha un impatto sull’incremento di ospedalizzazioni e ricorso al pronto soccorso. Nel complesso pazienti con minore attivazione portano a maggiori costi per il sistema sanitario (Hibbard et al 2013).

Le persone affette da patologie croniche con più elevate livelli di attivazione si impegnano più spesso in cambiamenti di stili vita, affrontano più attivamente le proprie patologie, usano in modo più efficiente i servizi sanitari e nel complesso autogestiscono in modo migliore la propria salute (Greene 2015). Presentano un migliore esito sia in termini di percezione autoriportata (Mosen et al 2007) sia sul piano clinico (Skolasky et al 2011).

Il termine “adherence” (talvolta tradotto con “aderenza alle prescrizioni”) si applica al rispetto sia dell’assunzione delle terapie sia dei cambiamenti di stile di vita suggeriti dall’operatore sanitario.

Osterberg (2005) definisce l’adherence ai trattamenti come “la misura in cui il paziente assume i farmaci come prescritto dal proprio operatore sanitario”. L’OMS (WHO 2003) definisce più globalmente l’adherence come “la misura in cui il comportamento della persona – assumere farmaci, seguire un regime alimentare, e/o praticare un cambiamento degli stili di vita, corrisponde alle raccomandazioni concordate con un operatore della salute”.

E’ notazione comune che le persone assistite non sono immediatamente disponibili a cambiamenti del loro stile di vita, includendo in questo anche l’assunzione regolare e corretta delle terapie farmacologiche prescritte.

Nell’ambito clinico alcuni studi riportano percentuali di adherence dal 43 al 78% fra pazienti in trattamento per patologie croniche (cfr ad es.: Cramer 2003 e 2004), in modo correlato ai diversi tipi di patologia ed ai regimi terapeutici proposti; Claxton (2001) in una meta analisi su 76 studi, riporta una rispetto del dosaggio medio di farmaci prescritti del 71% (range: 34-97%).

Percentuali simili, ed anche inferiori, si ritrovano circa la prescrizione del cambiamento di stili di vita poco salutari come ad esempio fumo, alcol, sedentarietà ed alimentazione: ad esempio il consumo di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno fra gli adolescenti è stimata sotto il 20% (Al Ani et al 2016). Daniali (Daniali et al 2017) ritrova che fra pazienti con patologie croniche, nonostante un’alta adherence ai trattamenti farmacologici (circa 80%), il rispetto delle prescrizioni di attività fisiche è inferiore al 20%.

Questi dati spingono a sollecitare interventi per una maggiore adherence, dal momento che è dimostrata una importante influenza dell’adesione a stili di vita salutari sia nel guadagno di aspettativa di vita sia per la prevenzione di malattie oncologiche (Kohler et al 2016).

Diversi sono i fattori che possono influenzare l’adherence (si veda per una rassegna: Holmes et al 2014). Fra questi vi sono aspetti inerenti alla persona: problemi psicologici (soprattutto depressivi) e cognitivi; aspetti inerenti all’interazione fra persona e malattia: trattamento di patologie asintomatiche, poca comprensione del processo patologico, credenze sui benefici del trattamento; aspetti inerenti al trattamento stesso: complessità, costo, accessibilità, effetti collaterali; aspetti inerenti all’interazione fra persona e curante.

Benchè siano spesso usati come sinonimi, il termine “adherence” è preferito a “compliance” che relega, semanticamente, il paziente ad un ruolo passivo, mentre con “adherence” si vuole sottolineare la necessità di una alleanza terapeutica, come espressione di una più attiva contrattazione fra le parti coinvolte. In questa ottica altri autori (Bissell et al 2004) propongono anzi di usare la terminologia “concordance”, come “spazio in cui le competenze del paziente e dell’operatore sanitario si mettono assieme per giungere a definire un obiettivo mutuamente condiviso”.

In questo modo l’attenzione viene quindi a spostarsi su quale metodologia possa essere utilmente adottata per rendere la persona assistita partecipe nella definizione degli obiettivi e dei metodi per tutelare la propria salute. Gli approcci maggiormente utilizzati in questo ambito fanno riferimento alle teorie del cambiamento, con una varietà di approcci molto estesa e variegata. Davis (Davis et al 2015), in una ampia rassegna sull’argomento, individua 82 diverse teorie, ed analizzando le relative pubblicazioni riporta come 4 fra queste accumulino il 63% degli articoli selezionati: il modello transteorico del cambiamento (Prochaska e DiClemente) con il 33% di pubblicazioni, la teoria del comportamento pianificato (Ajzen) con il 13%, la teoria cognitiva sociale (Bandura) con l’11% e il modello informazione-motivazione-comportamento (Fisher) con il 7%.

Una revisione sull'efficacia degli interventi per l'aderenza ai trattamenti farmacologici (Conn 2016) presenta una maggiore efficacia degli interventi comportamentali per evitare la non-aderenza da "dimenticanza", laddove interventi faccia a faccia sono più critici per pazienti che abbiano dimostrato in passato problemi attivi di non-aderenza. Anche circa il cambiamento degli stili di vita, interventi motivazionali si dimostrano efficaci nell'aumentare ad esempio l'aderenza all'esercizio fisico (McGrane et al 2015) come anche interventi in contesti medici generali per altri cambiamenti di stili di vita (Lundahl et al 2013, Mastellos et al 2014), anche se la validazione di questi interventi richiederebbe studi di maggiore qualità.

Il modello transteorico del cambiamento intenzionale dei comportamenti disadattivi (TTM, Prochaska & Di Clemente 1983) costituisce quindi un framework interessante per concettualizzare il processo del cambiamento verso una maggiore aderenza ai trattamenti ed alle prescrizioni sugli stili di vita salutare ed organizzare in modo sistematico i possibili interventi per incentivare tali processi.

Il modello propone di assumere lo sviluppo della motivazione al cambiamento non come prerequisito, ma come obiettivo per sviluppare e consolidare un comportamento vantaggioso per la salute. In questo senso tale obiettivo deve essere condiviso fra operatore della salute e persona assistita; l'operatore sanitario, attraverso un corretto stile comunicativo, può facilitare l'attivazione dei processi del cambiamento e favorirne lo sviluppo nella persona.

Il TTM si articola in stadi, indicatori, processi e livelli.

1. **stadi del cambiamento:** si tratta di differenti momenti della motivazione che la persona presenta nel suo cambiamento, con la possibilità di viaggiare avanti e indietro fra essi. Si distinguono:
 - *precontemplazione:* la persona non è interessata a cambiare il proprio comportamento disadattivo
 - *contemplazione:* la persona contempla l'idea di cambiare, ma è sostanzialmente incerta e continua nel comportamento precedente
 - *determinazione:* la persona supera le incertezze e decide di tentare di cambiare
 - *azione:* la persona sta effettivamente cambiando, con ancora molti sforzi per non riprendere il comportamento precedente
 - *mantenimento:* la persona mantiene il nuovo comportamento, con sempre minori tentazioni di ricadere.
2. **processi del cambiamento:** intesi come dei compiti che le persone debbono portare a compimento per effettuare e consolidare il passaggio a stadi superiori del cambiamento.
 - a. **Processi cognitivo-esperienziali:** sono attuati dal soggetto nel momento in cui pensa di cambiare ma non sta ancora svolgendo alcuna azione concreta per cessare un comportamento disadattivo:
 - i. *aumento della consapevolezza (AC):* ricerca di informazioni per una maggiore consapevolezza sul problema e sui benefici del cambiamento
 - ii. *attivazione emotiva (AE):* sperimentare reazioni emotive su tali informazioni e più complessivamente sul mantenimento dello status quo e del cambiamento
 - iii. *autorivalutazione (AR):* vedere quando e come lo status quo ed il cambiamento sono in accordo o contrastano con i valori personali
 - iv. *rivalutazione ambientale (RA):* riconoscere gli effetti che lo status quo ed il cambiamento hanno sui propri cari e sul proprio ambiente
 - v. *liberazione sociale (LS):* notare ed incrementare le occasioni sociali e le norme che supportano il cambiamento
 - b. **processi comportamentali:** sono attivati dal soggetto nel momento in cui attua concretamente un cambiamento del proprio comportamento e tenta di mantenerlo nel tempo:
 - i. *autoliberazione (AL):* accettare la responsabilità ed impegnarsi in un cambiamento del proprio comportamento disadattivo
 - ii. *controllo dello stimolo (CS):* creare, alterare, evitare stimoli che scatenano od incoraggiano il comportamento disadattivo
 - iii. *controcondizionamento (CC):* sostituire nuovi comportamenti ed attività in competizione e sostituzione a quello disadattivi
 - iv. *gestione del rinforzo (GR):* gratificarsi dopo aver attuato i nuovi comportamenti e mentre si estingue il comportamento disadattivo
 - v. *relazioni d'aiuto (RH):* saper cercare e ricevere supporto dagli altri per cambiare il comportamento disadattivo e mantenere il nuovo comportamento.
3. **Indicatori del cambiamento:** indicatori del procedere del cambiamento, come una sorta di termometro per misurare la validità e stabilità di esso. Divengono strumenti che il professionista può applicare. Questi sono:
 - a. *bilancia decisionale:* il continuo soppesare che l'individuo opera fra i pro ed i contro del mantenere un comportamento disadattivo o cambiare; la bilancia decisionale si applica in particolare agli stadi iniziali del cambiamento (precontemplazione, contemplazione sino alla determinazione)
 - b. *autoefficacia:* la percezione cosciente ed esplicita di poter cambiare ed in particolare resistere alle occasioni di ricaduta; si applica in particolare alle fasi di azione e mantenimento.
4. **Livelli (o contesti) del cambiamento:** i fattori contestuali che possono interferire in modo positivo o negativo con il processo del cambiamento intenzionale, che possiamo distinguere in:
 - a. situazione attuale di vita

- b. credenze e attitudini
- c. relazioni interpersonali
- d. sistema sociale
- e. caratteristiche personali.

Già da questa sintetica descrizione risulta la complessità del modello. Esso si riassume però con una certa semplicità nell'ambito operativo: fare la cosa giusta al momento giusto. Si tratta cioè di differenziare gli interventi a seconda dello stadio della motivazione e della necessità di far sviluppare e consolidare nella giusta successione i processi del cambiamento.

Anche studi recenti (Zhu et al 2014, Tseng 2014) hanno dimostrato l'efficacia di interventi differenziati sulla base dello stadio del cambiamento per incentivare l'aderenza a corretti stili di vita in pazienti con patologie croniche.

Soluzioni e interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Supporto a distanza attraverso l'amplificazione della **Linea telefonica fumo** (già validata) estesa a tutti gli stili di vita.

Una linea telefonica gratuita dedicata ai fumatori, definita in letteratura "Quitline", con somministrazione di counselling telefonico è considerata efficace dal gruppo Cochrane Collaboration ed è considerata un intervento economico, con un ottimo rapporto di costo-efficacia [Stead, 2013; Feenstra, 2005]. La linea telefonica è uno strumento flessibile e può essere disegnato per venire incontro a svariate esigenze. Permette una risposta immediata alla richiesta del fumatore di smettere, senza aspettare il tempo necessario per un appuntamento "faccia a faccia" con un operatore sanitario. Ha un potenziale elevato nel raggiungere un'ampia fascia di fumatori. Infatti è raccomandata in tutte le linee guida sul tabagismo [Clinical Practice Guideline, 2008]. Infine può essere un servizio a cui fanno riferimento operatori sanitari che non hanno il tempo di erogare il counseling per smettere, come spesso succede negli ospedali italiani.

Esiste un numero verde contro il fumo dell'Osservatorio Fumo Alcol Droga dell'ISS che, dopo l'entrata in vigore della Direttiva Europea 40/2014 sui prodotti del tabacco, è riportato su tutti i pacchetti di sigarette. Gli operatori erogano un intervento di counseling breve e indirizzano il fumatore al Centro Anti-Fumo (CAF) più vicino, ma non seguono il fumatore in un tentativo di cessazione, come indicano le raccomandazioni dell'OMS sulle Quitline. [WHO, 2011] Altri approcci innovativi collegabili ad una Quitline, permettono di offrire un sistema di aiuto multidimensionale al fumatore che vuole smettere: piattaforme web che aiutano a smettere, applicazioni sul cellulare, sistemi di invio e-mail o messaggi di testo. Tutti questi nuovi approcci sono stati valutati o in corso di valutazione, con risultati sostanzialmente positivi [Civljak, 2013, Whittaker, 2012; Scott-Scheldon, 2016; Pechman, 2016; Hassandra, 2015, Ubhi, 2015, Filkenstein, 2016]. Certamente un contesto che è in grado di sviluppare un approccio multi-dimensionale di supporto al fumatore ha maggiori probabilità di intercettare diverse richieste di aiuto, in particolare in base al livello socio-economico e all'età del fumatore.

E' noto inoltre che smettere di fumare o modificare un proprio stile di vita durante il ricovero ospedaliero riduce complicanze e recidive post-dimissione per le malattie croniche non trasmissibili (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie). "Ottawa Model for smoking cessation" è un sistema sviluppato in Canada per trattare sistematicamente ogni paziente fumatore all'interno di strutture ospedaliere e ambulatoriali. Prevede avviso breve per smettere durante il ricovero e follow-up post-dimissione per 6 mesi per telefono, e-mail, messaggi di testo o tramite un'applicazione sul cellulare. Questo approccio canadese e approcci simili sviluppati in USA che trattano i pazienti durante il ricovero e seguono nel tempo i fumatori dopo la dimissione con vari metodi, compresa la Quitline più tutti i sistemi collegati ad una piattaforma web (e-mail, messaggi di testo, app sul cellulare), si sono dimostrati efficaci in studi di valutazione di efficacia nel promuovere la cessazione tra i pazienti ricoverati e nel ridurre i tassi di ri-ospedalizzazione post-dimissione [Mullen, 2017; Rigotti, 2016; Rigotti, 2014].

Linea telefonica su esercizio fisico e dieta

Le evidenze su revisioni Cochrane sono poche e riguardano soprattutto interventi condotti in maniera tradizionale [Foster, 2005, Desroches, 2013]. Ad esempio, nella revisione su interventi condotti faccia a faccia per promuovere l'esercizio fisico, gli interventi valutati sono l'avviso breve per fare esercizio fisico; far fare attività fisica in alcuni ambienti e consegnare materiale di supporto. [Foster, 2005] In questa revisione sono compresi 10 studi con 6292 partecipanti. Si ottengono risultati se l'intervento comprende una specifica attività fisica ed è svolto con supervisione da personale non sanitario con l'utilizzo combinato di un approccio di gruppo e individuale. La revisione conclude che sono necessarie ulteriori ricerche per stabilire quali metodi di promozione dell'esercizio fisico funzionano meglio nell'incoraggiare gruppi specifici di popolazione ad essere più fisicamente attivi.

Nella revisione sugli interventi per aumentare l'aderenza a consigli sulla dieta per prevenire o controllare le malattie croniche nell'adulto [Desroches, 2013], sono stati valutati interventi educativi, interventi persuasivi con tecniche di comunicazione atte a provocare emozioni che spingono al cambiamento, metodi di incentivazione a cambiare la dieta; metodi di addestramento e di regolazione, misure che cambiano l'ambiente sociale o di contesto, misure che aumentano la capacità di cambiamento. Sono stati identificati 38 studi con 9445 partecipanti. Gli interventi che sembrano migliorare l'aderenza a consigli sulla dieta sono il follow-up telefonico, strumenti video e interventi multi-componenti. Anche in questa revisione si raccomandano ulteriori ricerche al fine di identificare gli interventi più efficaci.

Sono in corso molti studi che valutano il counseling a distanza su dieta ed esercizio fisico somministrato con diversi approcci in soggetti sani o in popolazioni a rischio (genitori di bambini obesi, soggetti con fattori di rischio cardiovascolare, diabetici, pazienti oncologici; lavoratori a rischio come autotrasportatori). Gli approcci di

somministrazione del counseling sono dalla forma più tradizionale “face-to-face”, al counseling telefonico, all’utilizzo di piattaforme web che profilano il rischio per la salute legato alle abitudini alimentari e di attività fisica dell’utente, fino all’utilizzo di applicazioni sul cellulare [Recio-Rodriguez, 2014, Emmons, 2014, James, 2014, Kouwenhoven-Pasmooij, 2015, Lahart, 2016, Puhkala, 2016]

Obiettivo del progetto è l’estensione dell’esperienza sul fumo a contrasto alla sedentarietà e promozione di comportamenti salutari rispetto agli stili di vita a rischio.

Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

- Gli interventi proposti hanno già una consolidata conferma scientifica, come evidenziato in letteratura (i riferimenti sono riportati in bibliografia) e sono inseribili nella prassi delle relazioni fra Strutture Ospedaliere e Territorio, ampiamente inserite come cardine del Piano Nazionale della Prevenzione e recepite dai piani Regionali della Prevenzione dei territori coinvolti.
- La Regione capofila è in grado di supportare l’intervento di motivazione al cambiamento dei comportamenti a rischio attraverso la formazione degli operatori, anche con piattaforma web dedicata e già attiva con corsi di formazione a distanza e in aula e con l’attivazione di un servizio di counselling telefonico

La fattibilità si è esplicitata nell’ultimo piano della prevenzione rispetto ad alcuni obiettivi espliciti:

- La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute

Nel precedente PRP 2010-2013 è stato attivato dalla Regione capofila il Progetto “La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare” con l’obiettivo di stimare il rischio cardiovascolare nella popolazione target: soggetti maschi di 45 anni e femmine di 55 anni. Nella Regione capofila sono state interessate tutte le AUSL nella prima fase di implementazione del Progetto e coinvolte 6 Case della Salute e 5 Nuclei di cure primarie, con la partecipazione di 179 MMG, 3.816 soggetti, pari al 96% degli eleggibili, hanno avuto una chiamata attiva; il 64% ha aderito. Nella seconda fase sono state coinvolte ulteriori 4 Case della Salute, con la partecipazione di 34 MMG e chiamati attivamente 386 soggetti pari al 55% degli eleggibili.

Considerati i risultati positivi delle esperienze attuate, in quanto hanno consentito lo sviluppo, nell’ambito dell’assistenza primaria, dei nuovi paradigmi basati sul principio della proattività e sull’interazione tra l’equipe curante e la persona che deve diventare soggetto attivo, informato, si intende sviluppare ulteriormente il Progetto nell’ambito del PRP 2015-2018, il tema della chiamata Attiva.

Nello specifico gli interventi di chiamata attiva prevedono:

· primo accesso ambulatoriale dell’assistito con la somministrazione dell’intervista strutturata a tutti i soggetti arruolati e applicazione della carta del rischio cardiovascolare (ISS) limitatamente ai soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari ed eventi cerebrovascolari, maggiori o minori, e che non presentano valori estremi dei fattori di rischio pressione arteriosa sistolica maggiore di 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl. La valutazione sarà congiunta MMG/infermiere. L’insieme dei dati raccolti nel corso del primo accesso ambulatoriale ed organizzati in modo informatizzato consente l’identificazione del profilo di salute per tutti gli assistiti e l’identificazione del grado di rischio tramite l’applicazione della carta del rischio, per gli assistiti che ne hanno i requisiti.

· secondo accesso ambulatoriale dell’assistito con rivalutazione a un anno con l’utilizzo degli stessi strumenti per gli assistiti che hanno completato la prima fase del percorso.

Per la prosecuzione del Progetto è quindi necessario che nelle Case per la salute precedentemente coinvolte (PRP 2010-2013) si completi il percorso con la rivalutazione a un anno dei soggetti target e si mantenga attivo il rinforzo motivazionale rispetto ai consigli, alle indicazioni su stili di vita e alle iniziative di programmazione di salute (mappe di opportunità); vanno poi individuate ulteriori Case della Salute in cui attuare la chiamata attiva alle persone target e un approccio concreto di rete fra territorio e servizi ospedalieri.

- Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari

L’obiettivo è usufruire di occasioni di contatto tra cittadini e operatori sanitari (momenti “opportunistici”) per intervenire con strumenti efficaci per aumentare il numero di cittadini che ricevono informazioni e consigli su comportamenti e corretti stili di vita da adottare.

Si rivolge alla popolazione generale sfruttando i setting specifici in occasione di importanti eventi di contatto con le strutture sanitarie: es. dimissione da ricovero, visite in ambulatori specialistici e infermieristici, consultori familiari e pediatrici, i centri screening.

In queste occasioni di incontro gli operatori sanitari possono affrontare il tema degli stili di vita con tecniche di approccio motivazionale in applicazione del modello transteorico del cambiamento. Sulla base del tempo disponibile e delle loro competenze, possono adottare due modalità di intervento: l’avviso breve (minimal o brief advice/prima valutazione) o l’intervento motivazionale breve (detto anche counselling motivazionale breve). A supporto di questi interventi sono disponibili strumenti riadattati da materiali messi a punto dall’Habits Lab dell’Università del Maryland. Il percorso di revisione e traduzione in italiano degli strumenti è avvenuta nell’ambito della collaborazione tra Habits Lab e il Centro regionale Luoghi di prevenzione, con la supervisione del Prof. Di Clemente.

Un counselling più strutturato viene invece riservato a servizi specialistici di secondo livello.

- Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell’esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione,

nelle persone con patologie croniche

Descrizione Attivazione di percorsi attraverso i quali i soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sport/esercizio fisico sensibili, possono essere avviati in sicurezza verso un'attività fisica/sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche/psicologiche ed in grado migliorare il livello di salute o, se non possibile altro, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo. I programmi di prescrizione dell'esercizio fisico si intersecano e sostengono necessariamente anche i programmi di promozione dell'attività fisica e, in generale, di stili di vita sani.

Due attività, in realtà non così separate: Attività Fisica Adattata (AFA) è indicata per patologie stabilizzate neuromuscolari e articolari con l'obiettivo di evitare medicalizzazioni inappropriate, migliorare lo stile di vita del soggetto raggiungendo attraverso una attivazione-riattivazione neuromuscolare e metabolica, un miglioramento delle condizioni di salute del soggetto; Esercizio Fisico Adattato (EFA) è rivolto a portatori di patologie cardiovascolari e metaboliche dove l'esercizio prescritto e somministrato funziona/deve funzionare come un vero e proprio farmaco, impattando positivamente sulla funzione.

In questa direzione si andrebbe a delineare la collaborazione con il progetto europeo Empowering Hospital, che si propone di **sperimentare a livello ospedaliero un modello di intervento per promuovere stili di vita salutari (astensione dal fumo, riduzione del consumo di alcolici, adozione di una dieta corretta e di un'adeguata attività fisica)**: 1) nei pazienti che giungono alla struttura ospedaliera a seguito di fasi acute di malattie cronico-degenerative, 2) nei loro familiari e 3) negli stessi operatori sanitari.

L'iniziativa si declina attraverso le seguenti azioni:

- profilazione dei soggetti in base alla presenza di fattore di rischio comportamentale
- offerta di colloqui di counselling e di workshop volti a modificare e a monitorare i fattori di rischio
- modificazione dell'ambiente ospedaliero
- creazione di relazioni con le organizzazioni del territorio al fine di fornire opportunità per mantenere i comportamenti promossi

Obiettivo del contributo è presentare:

- 1) una overview di revisioni degli interventi efficaci realizzati nel setting ospedaliero per promuovere stili di vita salutari
- 2) il disegno di valutazione di efficacia dell'intervento

1) La overview ha analizzato revisioni sistematiche di alta qualità vagliate tramite AMSTAR pubblicate tra il 2006 e il 2015, ed è stata realizzata da due revisori. I partecipanti degli studi considerati sono persone sane che entrano in contatto con la struttura sanitaria, pazienti con patologie croniche (patologie cardiovascolari, BPCO, diabete di tipo II, obesità, tumore al seno e al colon). Gli interventi esaminati sono di tipo comportamentale.

2) Il disegno di valutazione dell'intervento è stato realizzato per valutare l'effetto dell'introduzione di interventi di prevenzione che la revisione della letteratura ha evidenziato essere efficaci all'interno di due organizzazioni sanitarie in modo da poterne valutare la cost-effectiveness e la loro eventuale diffusione

Sono state incluse 239 revisioni. I seguenti interventi realizzati nel setting sanitario hanno mostrato evidenza di efficacia:

- 1) Interventi a media e ad alta intensità per promuovere l'attività fisica e una dieta sana rivolti a pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di una patologia cronica
- 2) interventi rivolti ai pazienti ricoverati per promuovere la cessazione dal fumo che iniziano in ospedale e continuano per più di un mese dalle dimissioni
- 3) interventi per promuovere la cessazione dal fumo basati sul consiglio breve o sul counselling intenso con o senza supporto farmacologico rivolti a pazienti e a persone sane incontrate durante attività di carattere sanitario
- 4) interventi brevi per promuovere la riduzioni del consumo di alcolici rivolti a pazienti consumatori eccessivi ricoverati in ospedale

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e programmi regionali)

Sono state incluse 239 revisioni. I seguenti interventi realizzati nel setting sanitario hanno mostrato evidenza di efficacia:

- 1) Interventi a media e ad alta intensità per promuovere l'attività fisica e una dieta sana rivolti a pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di una patologia cronica
- 2) interventi rivolti ai pazienti ricoverati per promuovere la cessazione dal fumo che iniziano in ospedale e continuano per più di un mese dalle dimissioni
- 3) interventi per promuovere la cessazione dal fumo basati sul consiglio breve o sul counselling intenso con o senza supporto farmacologico rivolti a pazienti e a persone sane incontrate durante attività di carattere sanitario
- 4) interventi brevi per promuovere la riduzioni del consumo di alcolici rivolti a pazienti consumatori eccessivi ricoverati in ospedale

Bibliografia

Bibliografia

- Al Ani MF, Al Subhi LK, Bose S. Consumption of fruits and vegetables among adolescents: a multi-national comparison of eleven countries in the Eastern Mediterranean Region. *British Journal of Nutrition* 2016; 115:1092–1099.
- Bissell P, May CR, Noyce PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine* 2004; 58:851–862.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288:2469-75; doi:10.1001/jama.288.19.2469.
- CDC. Chronic disease prevention and health promotion. Atlanta, GA: CDC; 2017, <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.html> (ultimo accesso 30.6.2017).
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A Systematic Review of the Associations Between Dose Regimens and Medication Compliance. *Clinical Therapeutics* 2001; 23:1296-1310.
- Conn VS, Ruppap TM, Enriquez M, Cooper P. Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: Systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2016; 12:218–246
- Cramer JA, A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27:1218-24.
- Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J; VA Naltrexone Study Group 425. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health*. 2003; 6:566-73.
- Daniali SS, Darani FM, Eslami AA, Mazaheri M. Relationship between Self-efficacy and Physical Activity, Medication Adherence in Chronic Disease Patients. *Adv Biomed Res*. 2017; 6:63. doi: 10.4103/2277-9175.190997.
- Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review* 2015;
- Eaton S, Roberts S, Turner B. Delivering person centred care in long term conditions. *BMJ* 2015;350:h181 doi: 10.1136/bmj.h181.
- Greene J. Patient activation improves health outcomes, reduces costs. *PharmacoEconomics & Outcomes News*. 2015;723:22–2.
- Hibbard JH, Greene J, Overton V. Patients With Lower Activation Associated With Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' 'Scores'. *Health Affairs* 2013; 32:216-222.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res*. 2005; doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00438.
- Holmes EAF, Hughes DA, Morrison VL. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. *Value In Health* 2014. 17: 863 – 876.
- Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2015. 98:545–552.
- Kohler LN, Garcia DO, Harris RB, Oren E, Roe1 DJ, Jacobs ET. Adherence to Diet and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines and Cancer Outcomes: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 25:1018-1028.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling* 2013; 93:157–168.
- Mastellos N¹, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; CD008066. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3.
- McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and metanalysis. *Physiotherapy* 2015; 101:1–12.
- Mockford C, Staniszewska S, Griffiths F, Herron-Marx S. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24:28–38.
- Mosen DM, Schmittiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *J Ambul Care Management*. 2007;30:21–29. doi: 10.1097/00004479-200701000-00005
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
- Prochaska JO & DiClemente CC, Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:390-395.
- Skolasky RL, Green AF, Scharfstein D, Boulton C, Reider L, Wegener ST. Psychometric Properties of the Patient Activation Measure among Multimorbid Older Adults. *Health Services Research* 2011; 46:457-478.
- Tseng HM, Liao SF, Wen YP, Chuang YJ. Stages of change concept of the transtheoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. *Primary care diabetes* 2017; 11:29–36.
- UN Secretary General. Prevention and control of non-communicable diseases. UN General Assembly, 2011. www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=E.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization,

Geneva; 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> (ultimo accesso 30.6. 2017).

- Zhu LX, Ho SC, Hung Sit JW, He HG. The effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2014; 95:384–392.
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
- Feenstra TL, van Baal PHM, Hoogenveen RT, SMC Vijgen, E Stolk, WJE Bemelmans. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM report 260601003/2005.
- Clinical Practice Guideline. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. U.S. Department of Health and Human Services, 2008
- WHO. *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual*. World Health Organization 2011, Geneva, 2011
- Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):CD007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
- Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD006611. doi: 10.1002/14651858.CD006611.pub4.
- Scott-Sheldon LA, Lantini R, Jennings EG, Thind H, Rosen RK, Salmoirago-Blotcher E, Bock BC. Text Messaging-Based Interventions for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 2016;4:e49. doi: 10.2196/mhealth.5436.
- Pechmann C, Delucchi K, Lakon CM, Prochaska JJ. Randomised controlled trial evaluation of Tweet2Quit: a social network quit-smoking intervention. *Tob Control* 2017;26:188-194. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052768.
- Hassandra M, Lintunen T, Kettunen T, et al. Effectiveness of a Mobile Phone App for Adults That Uses Physical Activity as a Tool to Manage Cigarette Craving After Smoking Cessation: A Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc* 2015;4:e125. doi: 10.2196/resprot.4600.
- Ubhi HK, Michie S, Kotz D, Wong WC, West R. A mobile app to aid smoking cessation: preliminary evaluation of SmokeFree28. *J Med Internet Res* 2015;17:e17. doi: 10.2196/jmir.3479.
- Finkelstein J, Cha EM. Using a Mobile App to Promote Smoking Cessation in Hospitalized Patients. *JMIR Mhealth Uhealth* 2016;4:e59. doi: 10.2196/mhealth.5149.
- Mullen KA, Manuel DG, Hawken SJ, et al. Effectiveness of a hospital-initiated smoking cessation programme: 2-year health and healthcare outcomes. *Tob Control* 2017;26:293-299. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052728.
- Rigotti NA, Tindle HA, Regan S, et al. A Post-Discharge Smoking-Cessation Intervention for Hospital Patients: Helping Hand 2 Randomized Clinical Trial. *Am J Prev Med* 2016;51:597-608. doi: 10.1016/j.amepre.2016.04.005.
- Rigotti NA, Regan S, Levy DE, et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312:719-28. doi: 10.1001/jama.2014.9237.
- Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD010392. DOI:

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

<p>OBIETTIVO GENERALE: Realizzazione, diffusione, monitoraggio e valutazione di modalità di integrazione fra Servizi Territoriali, Servizi Ospedalieri e Terzo settore che favoriscano la responsabilizzazione e le opportunità di scelta delle persone rispetto a stili di vita salutari dalla prevenzione alla gestione delle malattie croniche</p>
<p>OBIETTIVO SPECIFICO 1: Formazione di gruppi di operatori intersettoriali delle Unità Operative coinvolte OBIETTIVO SPECIFICO 2: Predisposizione del piano di monitoraggio e valutazione del progetto OBIETTIVO SPECIFICO 3: Introduzione di strumenti condivisi fra Servizi territoriali e Servizi Ospedalieri per il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari sui comportamenti e rischio con il ruolo centrale del MMG e delle Cure primarie OBIETTIVO SPECIFICO 4: Predisposizione di momenti dedicati all' approccio motivazionale durante i ricoveri ospedalieri OBIETTIVO SPECIFICO 5: Introduzione di strumenti condivisi fra Servizi territoriali e Servizi Ospedalieri per il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari sui comportamenti e rischio con il ruolo centrale del MMG e delle Cure primarie OBIETTIVO SPECIFICO 6: Realizzazione Convegno finale per diffusione pacchetti operativi prodotti</p>

REFERENTE PROGETTO: Cristina Marchesi		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Ausl Reggio Emilia / Luoghi di Prevenzione-Lilt di Reggio Emilia	Cristina Marchesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinamento Amministrativo del progetto 2. Formazione degli operatori attraverso il centro Luoghi di Prevenzione 3. Monitoraggio e valutazione dei risultati in collaborazione con Università Piemonte Orientale e Luoghi di Prevenzione 4. Coordinamento della ricerca azione in 3 Ausl della Regione Emilia-Romagna che prevedano l'integrazione fra Servizi Ospedalieri e territorio 5. Linea di supporto telefonico per l'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio attraverso Luoghi di Prevenzione 6. Organizzazione convegno finale e diffusione degli strumenti operativi del progetto
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Usl Toscana Sud Est	Mateo Ameglio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione dei compiti previsti dalla Ricerca Azione 2. Partecipazione alle attività di formazione, monitoraggio, valutazione del Progetto
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ATS Sardegna	Massimo Diana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione dei compiti previsti dalla Ricerca

		Azione 2. Partecipazione alle attività di formazione, monitoraggio, valutazione del Progetto
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Sede Centrale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Francesco Schittulli	1. diffusione degli strumenti operativi per favorire l'integrazione fra sistema sanitario e terzo settore contributo all'organizzazione del convegno conclusivo 2. verifica della fattibilità di azioni progettuali integrate fra Ausl e Servizi Ospedalieri con la collaborazione delle Sezioni Provinciali LILT del territorio nazionale

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Realizzazione, diffusione, monitoraggio e valutazione di modalità di integrazione fra Servizi Territoriali, Servizi Ospedalieri e Terzo settore che favoriscano la responsabilizzazione e le opportunità di scelta delle persone rispetto a stili di vita salutari dalla prevenzione alla gestione delle malattie croniche
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Costituzione di gruppi di lavoro integrati fra Servizi territoriali, servizi ospedalieri e terzo settore; integrazione della promozione della salute rispetto agli stili di vita a rischio dalla prevenzione alla cura
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Il 100% delle Unità operative ottengono i risultati attesi, valutati, trimestralmente dall'Università Piemonte Orientale in collaborazione con la regione capofila
<i>Standard di risultato</i>	Le procedure adottate dal progetto risultano trasferibili nel 30% dei territori italiani attraverso la collaborazione con la Sede Centrale della LILT

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Formazione di gruppi di operatori intersettoriali delle Unità Operative coinvolte
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Ogni Unità operativa forma un gruppo intersettoriale di almeno 30 operatori appartenenti a servizi diversi
<i>Standard di risultato</i>	Ogni unità operativa costituisce un gruppo di lavoro intersettoriale di almeno 15 operatori che hanno aderito alla formazione
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri seminariali intersettoriali periodici da parte della Regione capofila; ▪ Monitoraggio delle attività con la consulenza dell'Università Piemonte Orientale ▪ Supervisione e formazione a distanza attraverso la piattaforma didattica www.luoghidiprevenzione.it

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Predisposizione del piano di monitoraggio e valutazione del progetto
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Il 100% aderisce al piano di monitoraggio e valutazione del progetto
<i>Standard di risultato</i>	L'80% delle unità operative introduce le azioni previste dal piano di monitoraggio in accordi formali fra Asl, Servizi Ospedalieri e Terzo settore
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formazione degli operatori coinvolti dalle Unità Operative rispetto ai propri compiti ▪ Consegna reportistica trimestrale sulle azioni previste per il monitoraggio e la valutazione del progetto ▪ Documentazione conclusiva di fattori facilitanti e fattori di ostacolo alla diffusione delle azioni di progetto

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Introduzione di strumenti condivisi fra Servizi territoriali e Servizi Ospedalieri per il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari sui comportamenti e rischio con il ruolo centrale del MMG e delle Cure primarie
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Il 100% delle Unità operative coinvolte adotta gli strumenti operativi del gruppo operativo interregionale e inserisce procedure di coinvolgimento degli utenti documentate per almeno 200 utenti per ogni unità operativa
<i>Standard di risultato</i>	Il 50% delle Unità operative coinvolte inseriscono in modo ordinario gli interventi con accordi formali/ informali che includano Servizi territoriali, ospedalieri e terzo settore
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ produzione e condivisione di modalità di comunicazione comune fra le Unità operative che riguardino protocolli di intesa fra servizi territoriali e servizi ospedalieri ▪ produzione e condivisione di modalità di comunicazione comune fra le Unità operative che riguardino la relazione Servizi Sanitari e popolazione generale ▪ Attivazione delle modalità comunicative rivolte alla popolazione generale da parte della Sede Centrale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ente pubblico con forte esperienza in ambito preventivo e di promozione della salute.

OBIETTIVO SPECIFICO 4	Predisposizione di momenti dedicati all' approccio motivazionale durante i ricoveri ospedalieri
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Il 100% delle Unità operative coinvolte adotta gli strumenti operativi del gruppo operativo interregionale e inserisce procedure di coinvolgimento degli utenti documentate per almeno 100 utenti per ogni unità operativa
<i>Standard di risultato</i>	Il 50% delle Unità operative coinvolte inseriscono in modo ordinario gli interventi con accordi formali/ informali che includano Servizi territoriali, ospedalieri e terzo settore
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventi a media e ad alta intensità per promuovere l'attività fisica e una dieta sana rivolti a pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di una patologia cronica ▪ interventi rivolti ai pazienti ricoverati per promuovere la cessazione dal fumo che iniziano in ospedale e continuano per più di un mese dalle dimissioni ▪ interventi per promuovere la cessazione dal fumo basati sul consiglio breve o sul counselling intenso con o senza supporto farmacologico rivolti a pazienti e a persone sane incontrate durante attività di carattere sanitario ▪ interventi brevi per promuovere la riduzioni del consumo di alcolici rivolti a pazienti consumatori eccessivi ricoverati in ospedale

OBIETTIVO SPECIFICO 5	Introduzione di strumenti condivisi fra Servizi territoriali e Servizi Ospedalieri per il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari sui comportamenti e rischio con il ruolo centrale del MMG e delle Cure primarie
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Il 100% delle Unità operative coinvolte adotta gli strumenti operativi del gruppo operativo interregionale e inserisce procedure di coinvolgimento degli utenti documentate per almeno 200 utenti per ogni unità operativa
<i>Standard di risultato</i>	Il 50% delle Unità operative coinvolte inseriscono in modo ordinario gli interventi con accordi formali/informali che includano Servizi territoriali, ospedalieri e terzo settore

<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Produzione e condivisione di modalità di comunicazione comune fra le Unità operative che riguardino protocolli di intesa fra servizi territoriali e servizi ospedalieri ▪ Produzione e condivisione di modalità di comunicazione comune fra le Unità operative che riguardino la relazione Servizi Sanitari e popolazione generale ▪ Attivazione delle modalità comunicative rivolte alla popolazione generale da parte della Sede Centrale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ente pubblico con forte esperienza in ambito preventivo e di promozione della salute.
--	---

<p>OBIETTIVO SPECIFICO 6</p>	<p>Realizzazione Convegno finale per diffusione pacchetti operativi prodotti</p>
<p><i>Indicatore/i di risultato</i></p>	<p>Il 100% delle Unità operative partecipa con almeno 15 operatori appartenenti a Servizio Sanitario pubblico e terzo settore alla produzione dei pacchetti operativi</p>
<p><i>Standard di risultato</i></p>	<p>Il 100% delle Unità operative coinvolte inseriscono in modo ordinario gli interventi con accordi formali/ informali che includano Servizi territoriali, ospedalieri e terzo settore nelle loro attività ordinarie</p>
<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri periodici dei gruppi di lavoro individuati dalle Unità operative per la produzione dei pacchetti operativi. ▪ Organizzazione e realizzazione Convegno finale ▪ Pubblicazione degli Atti del Convegno. ▪ Diffusione on line aperta a tutte le regioni.