GISED

Giovanni Careddu
Simone Casucci
Miryam Ciotola
Laura Cipolloni
Alessio Lai

Coordinatore:
Natalia Visalli



patrocini richiesti:

Ministero della Salute
Diabete Italia
AMD
SID



CorriRegione

CorriRegione

Coordinamento del progetto:

Responsabile Scientifico: E. Rossi

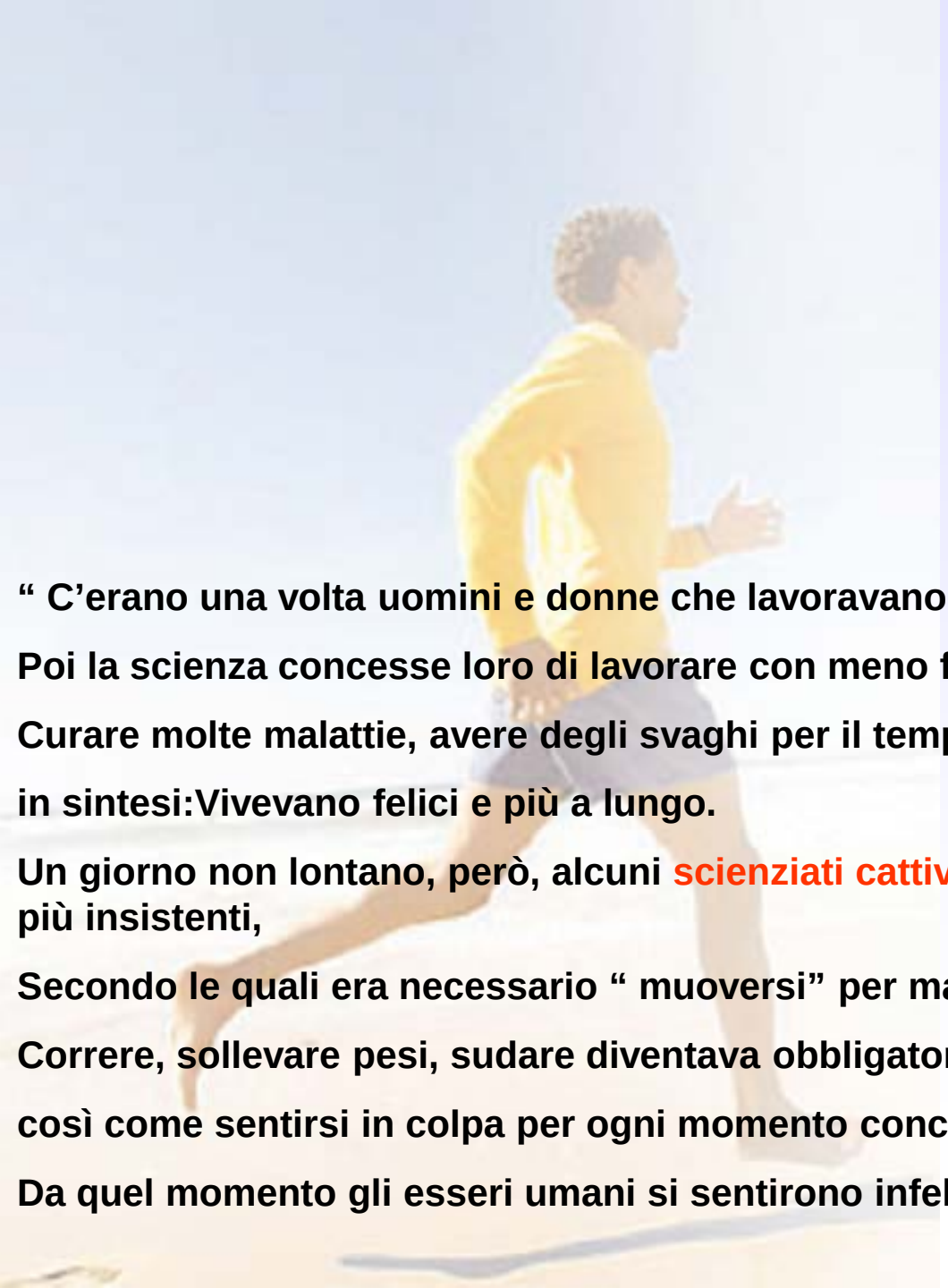
Team di Progetto: S. Colarusso
M. Ciotola
N. Visalli
M. Agrusta

Coordinamento organizzativo

teorema consulting
sede legale: via Carmine Napolitani, 4
84083 Castel San Giorgio (SA)
uffici: via Starza Parco degli Aranci
84086 Roccapiemonte (SA)
tel. +39 081951642
fax +39 0819535912
info@teoremaconsulting.it
www.teoremaconsulting.it

Con il contributo non condizionato di:

Roche ACCU-CHEK®



“ C’erano una volta uomini e donne che lavoravano duramente…

Poi la scienza concesse loro di lavorare con meno fatica, mangiare meglio,

Curare molte malattie, avere degli svaghi per il tempo libero;

in sintesi:Vivevano felici e più a lungo.

Un giorno non lontano, però, alcuni scienziati cattivi iniziarono a diffondere voci, sempre più insistenti,

Secondo le quali era necessario “ muoversi” per mantenersi in buona salute.

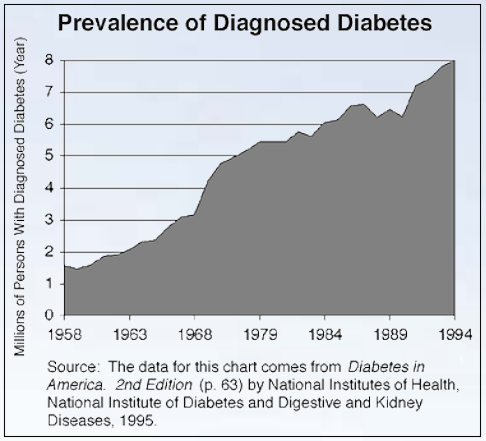
Correre, sollevare pesi, sudare diventava obbligatorio,

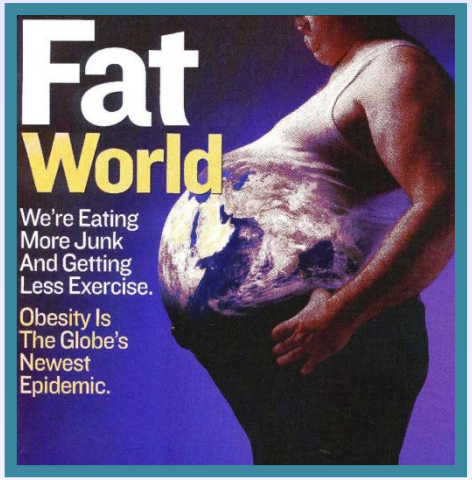
così come sentirsi in colpa per ogni momento concesso alla pigrizia.

Da quel momento gli esseri umani si sentirono infelici!”

Anonimo

Che motivi hanno gli scienziati di “essere cattivi”





Comorbidità e obesità

DIABETE
- 67% BMI ≥27
- 46% BMI ≥30

CANCRO
- ~50% donne postmenopausa con K mammario ha BMI ≥29

IPERTENSIONE
- 23.9% uomini sovrappeso
- 23.0% donne sovrappeso
- 38.4% uomini obesi
- 32.3% donne obese

DISLIPIDEMIA
- 24.7% obesi

I grandi trials



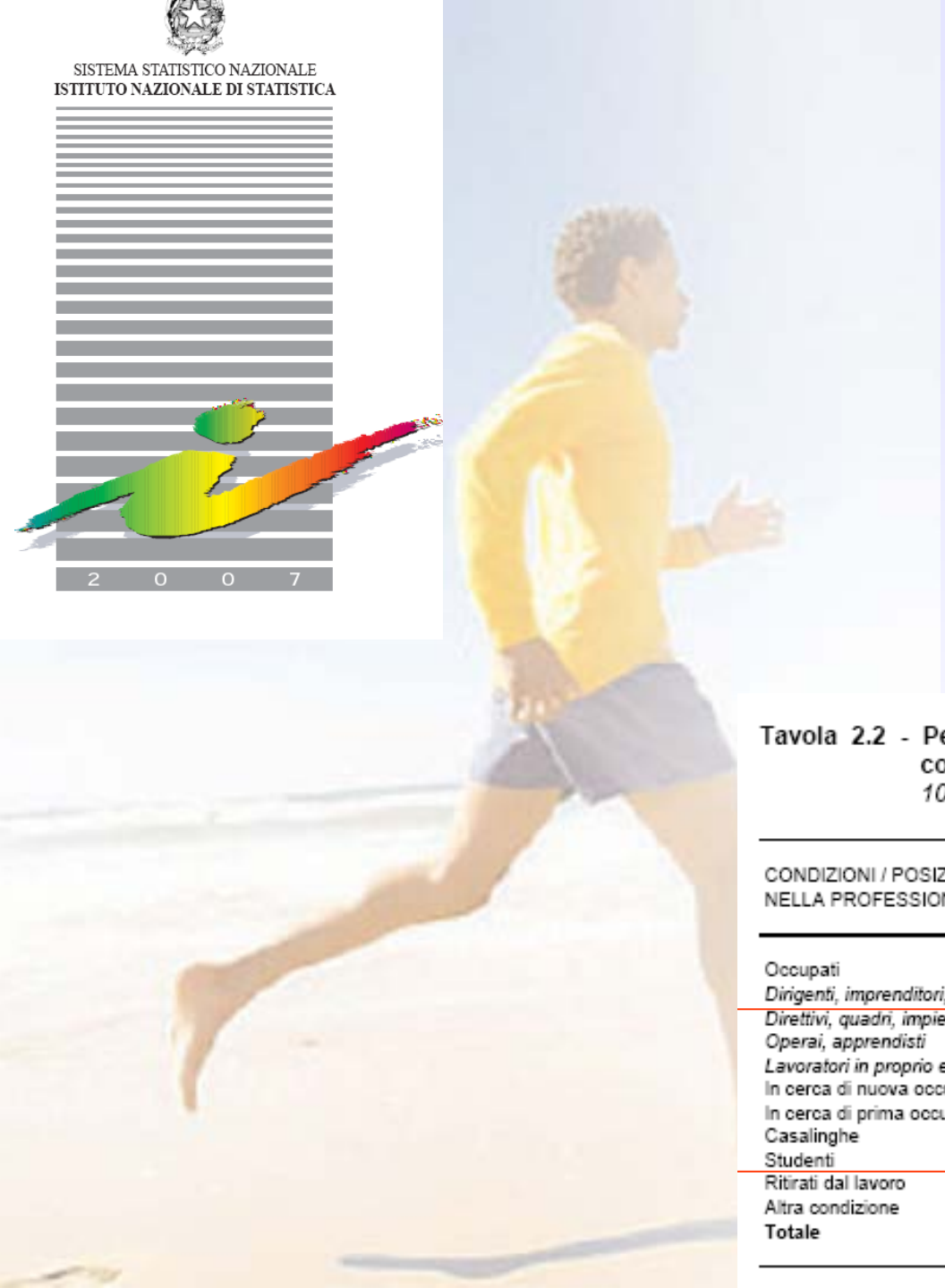


Riduzione del rischio (%)

Studio	*Lifestyle*	*Farmaci*
Da Qing	31– 46	
DPS	58	
DPP	58	31

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

2 0 0 7



Praticano sport

Tavola 2.2 - Persone di 15 anni e più che praticano sport per sesso, condizione e posizione nella professione – Anno 2000 *(per 100 persone di 15 anni e più con le stesse caratteristiche)*

CONDIZIONI / POSIZIONI NELLA PROFESSIONE	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Occupati	39,9	29,9	36,2
Dirigenti, imprenditori, liberi professionisti	*47,1*	*39,6*	*45,3*
Direttivi, quadri, impiegati	*48,1*	*36,2*	*42,1*
Operai, apprendisti	*34,1*	*19,8*	*29,7*
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	*33,3*	*21,4*	*29,9*
In cerca di nuova occupazione	25,5	25,7	25,6
In cerca di prima occupazione	43,3	24,3	34,2
Casalinghe	-	9,7	9,7
Studenti	72,9	50,4	61,4
Ritirati dal lavoro	13,5	8,0	11,2
Altra condizione	19,7	3,5	8,1
Totale	**35,4**	**19,7**	**27,3**

Grafico 2.7 - Persone di 6 anni e più che praticano sport per alcune motivazioni della pratica, sesso e classe di età – Anno 2000 *(per 100 persone di 6 anni e più stesso sesso e classe di età che praticano sport)*

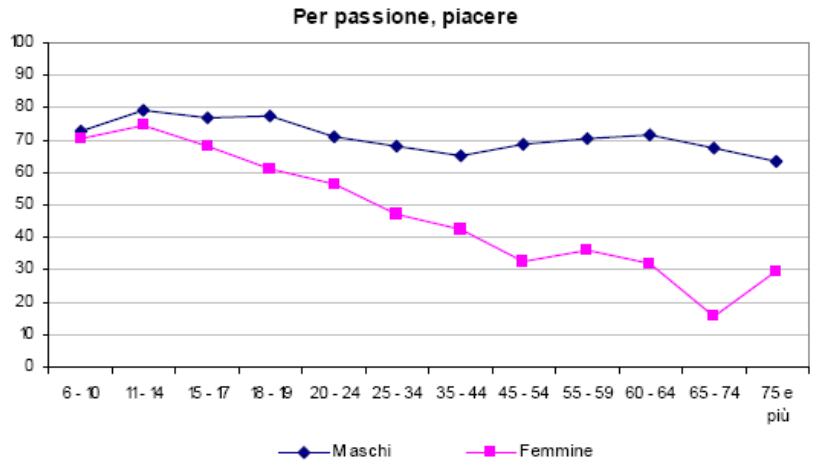
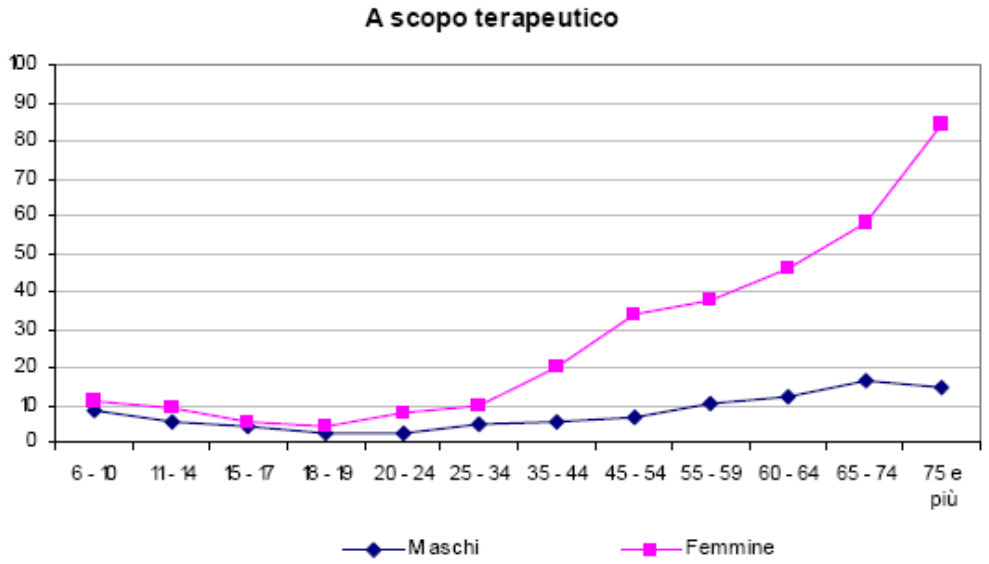




Grafico 2.7 segue - **Persone di 6 anni e più che praticano sport per alcune motivazioni della pratica, sesso e classe di età – Anno 2000** *(per 100 persone di 6 anni e più dello stesso sesso e classe di età che praticano sport)*



Lifestyle Balance

Healthy Eating ▲ Being Active



?

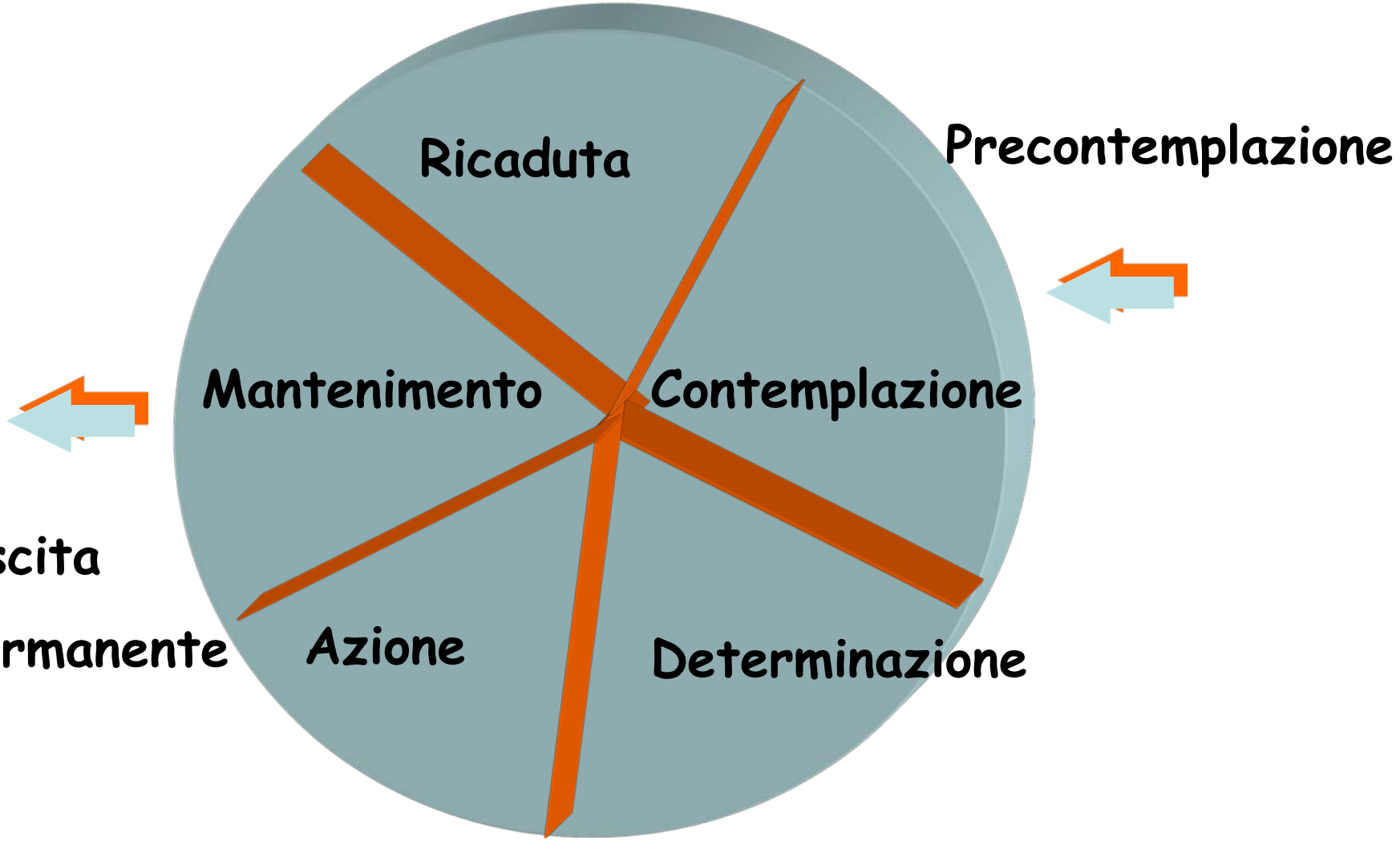
E’ possibile modificare lo stile di vita del paziente diabetico



Utilizzando tecniche quali il problem solving, raggiungimento degli obiettivi, controllo degli stimoli

Ruota del cambiamento

processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso progressivo



Modello di Prochaska e Di Clemente





ALIMENTAZIONE

3 all'anno

ATTIVITÀ FISICA

2 la settimana

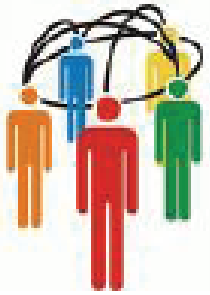
MOTIVAZIONE

campagne periodiche con competizioni tra i partecipanti e camminate di gruppo

Passare informazioni competenti e aggiornate

non è sufficiente

ad indurre la modifica di comportamenti



IMPORTANZA

Perché

dovrei cambiare?

- Ne vale la pena?
- Perché dovrei?
- Che beneficio ne avrò?
- Che cosa cambierà?
- A quale costo?
- Lo voglio veramente?
- Poi sarà diverso?

Emozioni

Ridotta tolleranza

alla frustrazione



Fatica, stanchezza, fiato corto, dolori muscolari….

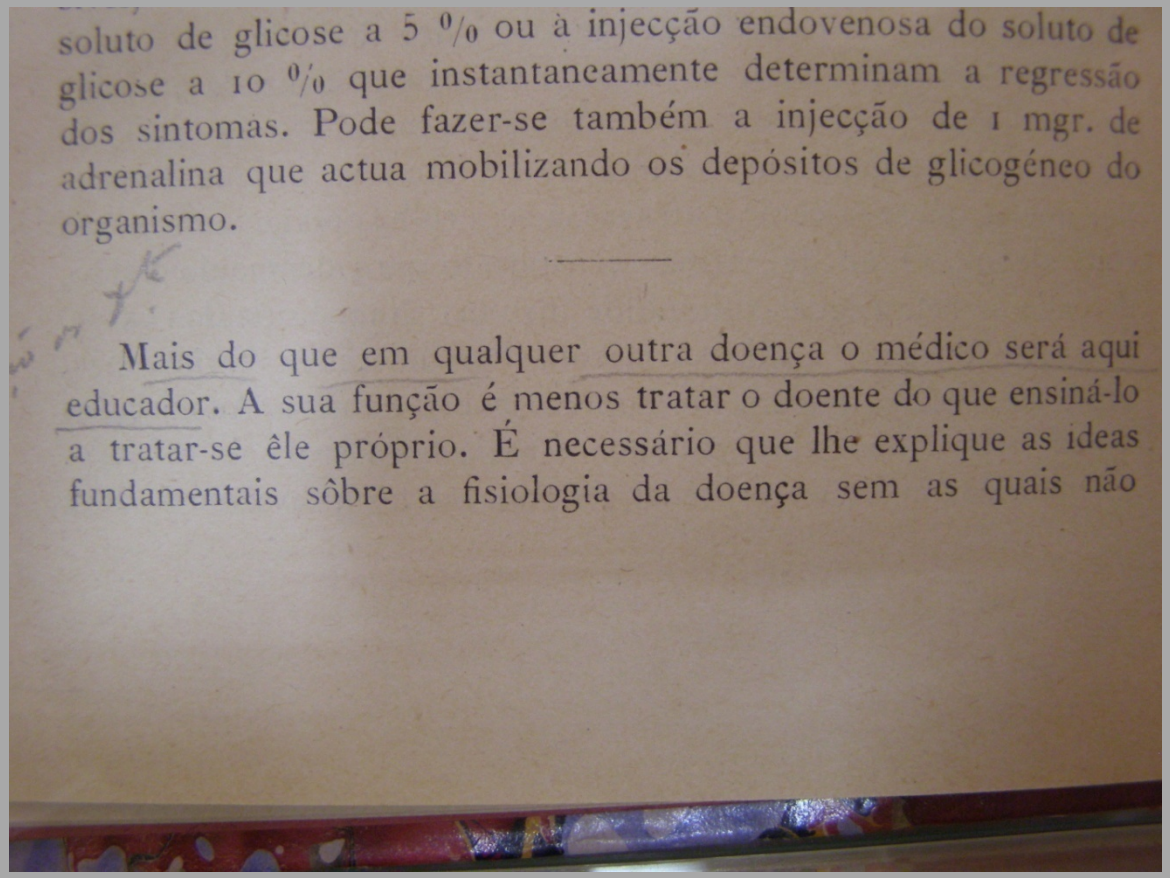
Filtri

Risposta fisiologica

Performance scadente

Valutazione cognitiva



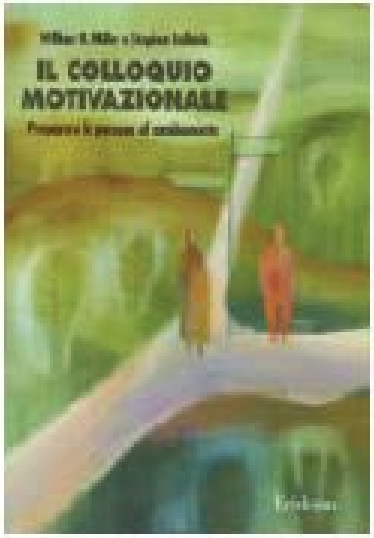


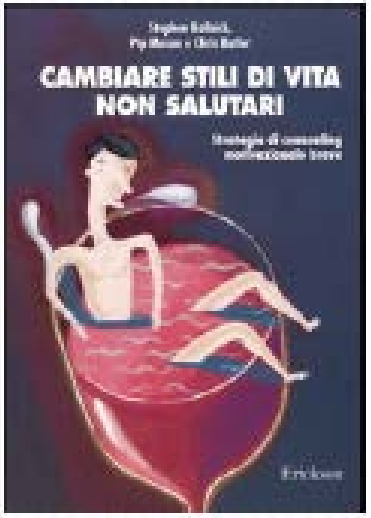
soluto de glicose a 5 % ou à injecção endovenosa do soluto de glicose a 10 % que instantaneamente determinam a regressão dos sintomas. Pode fazer-se também a injecção de 1 mgr. de adrenalina que actua mobilizando os depósitos de glicogéneo do organismo.

Mais do que em qualquer outra doença o médico será aqui educador. A sua função é menos tratar o doente do que ensiná-lo a tratar-se êle próprio. É necessário que lhe explique as ideas fundamentais sôbre a fisiologia da doença sem as quais não

“In questa malattia più che in qualunque altra il medico deve essere un educatore. Il suo compito non è tanto trattare il paziente quanto insegnargli a trattarsi da sé stesso ...”

Dott. Ernesto Roma, Lisbona 1925





Il colloquio motivazionale è un approccio che si è dimostrato efficace per aiutare a superare l'ambivalenza tipica che frena le persone nel realizzare i cambiamenti desiderati

Stato attuale **Stato desiderato**



L’ Ambivalenza è una fase naturale del processo di cambiamento

Più profonda è la percezione del disagio (frattura interiore), maggiore sarà l’importanza attribuita al cambiamento

Scambio di informazioni



COME

- Formulare domande aperte molto semplici
- Ascoltare ed incoraggiare con aiuti verbali e non verbali
- Chiarificare e riassumere: controllare se ciò che si è capito corrisponde a quanto detto dal paziente

IL PAZIENTE

La resistenza



Non la sto seguendo, non sono d’accordo

Diverse priorità

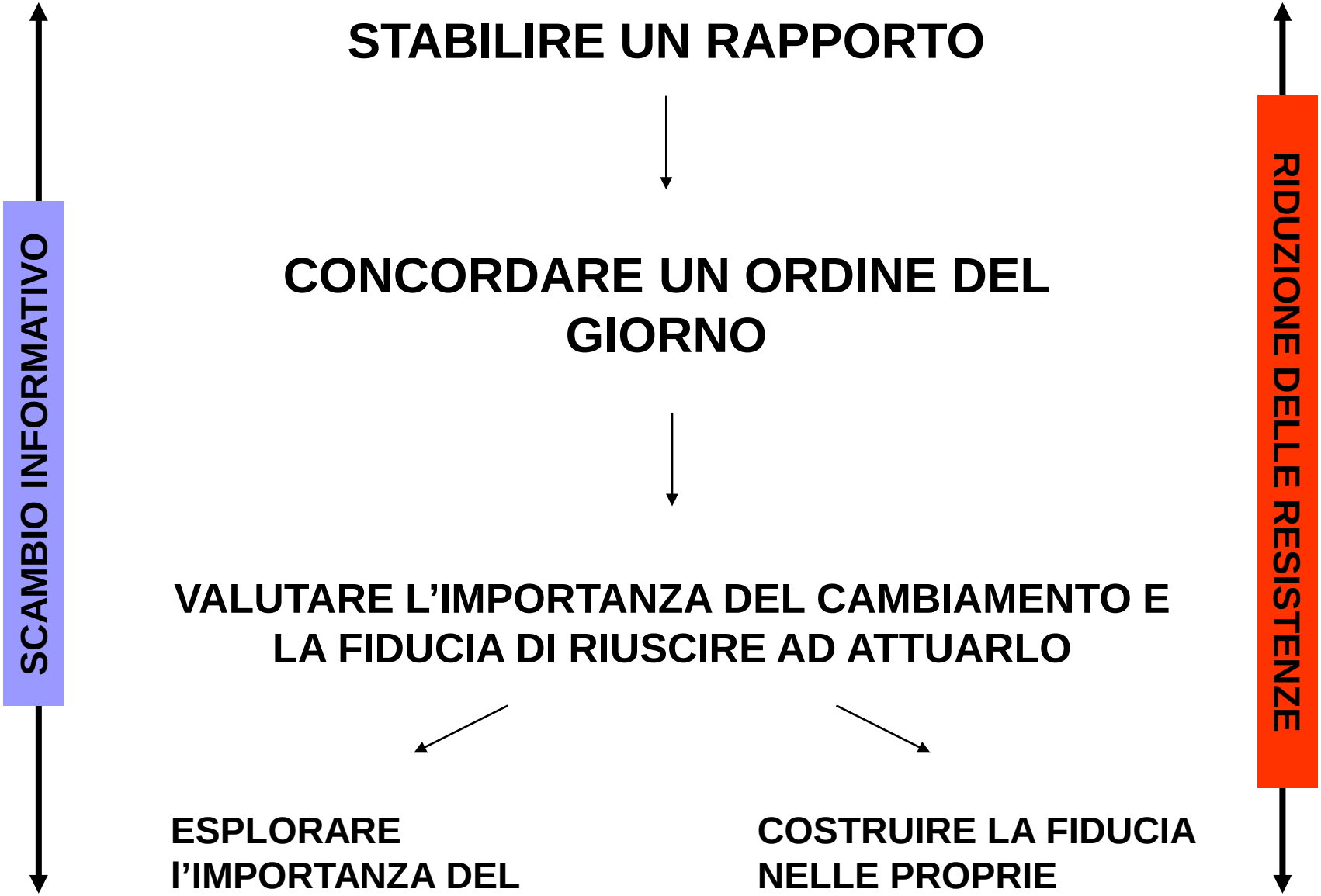
Diverse aspirazioni

IL COUNSELOR

- Andare avanti
- Procedere con cautela
- Rallentare
- Fermarsi



Se la resistenza persiste non è un problema del paziente, ma di capacità del counselor


SCAMBIO INFORMATIVO
STABILIRE UN RAPPORTO
CONCORDARE UN ORDINE DEL GIORNO
VALUTARE L'IMPORTANZA DEL CAMBIAMENTO E LA FIDUCIA DI RIUSCIRE AD ATTUARLO
ESPLORARE l'IMPORTANZA DEL CAMBIAMENTO
COSTRUIRE LA FIDUCIA NELLE PROPRIE CAPACITÀ
RIDUZIONE DELLE RESISTENZE

Stabilire un rapporto

Descrizione di una giornata tipo

Mi può descrivere una Sua giornata-tipo, ponendo attenzione ai momenti in cui svolge attività fisica?



Concordare l’ordine del giorno

Ha mai preso in considerazione che fare attività fisica può migliorare il controllo del diabete?

In questa fase il tema viene sollevato solo per discuterne, non per affrontare la strategia del cambiamento

“ Penso che sap  *e due che Lei è stato disubbid to….”*

IMPORTANZA

Perché dovrei cambiare?

Cosa non fare

….allora entrambi sappiamo quanto sia importante per Lei perdere peso. Mi sembra che Lei non sia entusiasta, ma dovrà impegnarsi seriamente, questa volta. Ecco la dieta che penso possa funzionare….

Cosa fare

Adottare un atteggiamento di curiosità e di ascolto attivo

Valutare



0

FORNIRE
Informazioni chiare, in modo non giudicante

10

Viene data l’opportunità alla persona di appropriarsi delle informazioni e rifletterci sopra

“Forse questo non à il momento giusto per affrontare questo argomento…..”

POSSIBILE DARE INFORMAZIONI

Affermazioni automotivanti

Sono quelle attraverso le quali i pazienti riconoscono il problema, esprimono la volontà di cambiare, esprimono una preoccupazione rispetto al problema, e manifestano ottimismo rispetto al cambiamento.

Ci si convince con le proprie parole

FIDUCIA

Come

cambiare?

Autoefficacia

fiducia di una persona nella sua capacità di ottenere uno specifico cambiamento.

Non è una qualità totalmente presente o assente, muta nelle varie situazioni

FIDUCIA

Come

cambiare?

DOMANDE EVOCATIVE:

Quale sarebbe un buon primo passo?

RIVEDERE I SUCCESSI PASSATI

Le vengono in mente altre situazioni in cui in passato è riuscita…

RISORSE PERSONALI

Quali punti di forza possiede per riuscire a realizzare questo cambiamento?

BRAIN STORMING

Produrre liberamente il maggior numero di idee su come il cambiamento può essere realizzato

RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Sostituire l'idea del "fallimento" (riprovevole per il paziente) con quella di "tentativo" (apprezzabile)

IMPORTANZA

Perché

dovrei cambiare?

DISPONIBILITÀ

AL

CAMBIAMENTO

FIDUCIA

Come

cambiare?



Motivazione

livello manifesto

E' tensione all'obiettivo, al di là degli ostacoli incontrati e degli errori commessi

E' capacità di puntare sulla speranza di successo e non sulla paura del fallimento



Strategia

per la modifica dei comportamenti

Identificare il problema

Dare informazioni

Capire quanto il paziente è disposto a cambiare

Fissare degli obiettivi

Ridefinire i comportamenti

Acquisizione di nuove condotte



Empowerment

Valorizzazione del paziente

che deve essere reso consapevole

del fatto che la cura della sua malattia è in buona parte nelle sue stesse mani e che deve diventare massimo esperto del suo diabete



Nell’adulto

- **Nessuno apprende nulla se non è motivato o incentivato**
- **L’oggetto di apprendimento deve valere la pena, deve essere desiderabile**
- **L’oggetto di apprendimento deve essere percepito utile a qualche scopo personale**

Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force

Karen B. Eden, PhD; C. Tracy Orleans, PhD; Cynthia D. Mulrow, MD, MSc; Nola J. Pender, PhD, RN; and Steven M. Teutsch, MD, MPH

Purpose: **To determine whether counseling adults in primary care settings improves and maintains physical activity levels.**

Data Sources: **The Cochrane Database of Systematic Reviews and Registry of Controlled Trials and the MEDLINE, HealthStar, and Best Evidence databases were searched for papers published from 1994 to March 2002.**

Study Selection: **Controlled trials, case–control studies, and observational studies that examined counseling interventions aimed at increasing physical activity in general primary care populations were reviewed. The researchers included trials in which 1) a patient's primary care clinician performed some of the counseling intervention; 2) behavioral outcomes (physical activity) were reported; and 3) the study was of "good" or "fair" quality, according to criteria developed by the U.S. Preventive Services Task Force.**

Data Extraction: **Data were abstracted on design and execution, quality, providers, patients, setting, counseling intervention, and self-reported physical activity at follow-up.**

Data Synthesis: **Eight trials involving 9054 adults met the inclusion criteria. Among six controlled trials with a usual care control group, the effects of counseling on physical activity were mixed. Because most studies had at least one methodologic limitation, it was difficult to rigorously assess the efficacy of the interventions. More research is needed to clarify the effect, benefits, and potential harms of counseling patients in primary care settings to increase physical activity.**

Conclusion: **Evidence is inconclusive that counseling adults in the primary care setting to increase physical activity is effective.**

Ann Intern Med. 2002;137:208-215. **www.annals.org**

For author affiliations, see end of text.

See related article on pp 205-207.

Sedentary behavior (little to no recreational, household, or occupational physical activity) is one of the strongest risk factors for many chronic diseases and conditions, including cardiovascular disease, hypertension, diabetes, obesity, osteoporosis, colon cancer, and depression (1, 2). Only 25% of Americans achieve the level of physical activity recommended in Healthy People 2010 guidelines, that is, 30 minutes of moderate activity on 5 or more days per week or 20 minutes of vigorous activity three or more times per week (3). Twenty-nine percent report getting no regular physical activity. A recent review of observational studies reported that risk for all-cause mortality was 20% to 30% lower among adults who met the Healthy People 2010 recommendations and somewhat lower for adults who exercised moderately or vigorously at least a few times per month or once per week (4).

Despite inconclusive evidence that counseling by primary care clinicians improves patient activity levels, in 1996 the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) focused on eight studies published between 1988 and 1998 in which primary care clinicians directly advised patients to increase physical activity (8). The authors rated only two of these studies as good quality; in four studies, counseling led to small, short-term increases in self-reported activity levels. The other review summarized 15 studies published between 1979 and 1999 of interventions initiated or conducted in the primary care setting, regardless of whether the primary care clinician played any role (7). This review concluded that counseling was "moderately effective" but did not use study quality as a criterion for inclusion. Neither review sought evidence about the potential harms associated with increasing physical activity.

Since these reviews were published, results of several additional trials of counseling have been made available. In consultation with members of the USPSTF, we performed a new systematic review that focused on controlled trials published since the 1996 USPSTF guidelines and ad-

Study, Year (Reference)	Study Design	Patients	Theory	Provider Education and Materials
Counseling vs. usual care				
Physically Active for Life, 1999 (20)	RCT of 24 community-based primary care practices matched by size (34 physicians); PA only	Sedentary adults (not meeting HP) ≥50 y. Intervention group: 181 patients; mean age, 65 y; baseline stages: 13% precontemplative, 31% contemplative, 56% preparation stage; 12% nonwhite. Control group: 174 patients; mean age, 66 y; baseline stages: 17% precontemplative, 33% contemplative, 50% preparation stage; 20% nonwhite	Transtheoretical (5 stages), social cognitive, health education	Training, pretested manual, and poster for patients
Norris et al., 2000 (22)	RCT of 32 primary care physicians in a staff-model HMO, stratified by clinic; PA only	Adults >30 y scheduled for well visits. Intervention group: 384 adults; mean age, 53 y; baseline stages: 2.6% precontemplative, 51.3% contemplative, 46.3% action; 11% nonwhite. Control group: 463 patients; mean age, 57 y; baseline stages: 3.4% precontemplative, 46.8% contemplative, 49.8% action; 8% nonwhite	Transtheoretical (3 stages)	1-h training, follow-up calls with providers
Smith et al., 2000 (26)	Nonrandomized controlled trial of patients in 27 general practices in Australia; controls recruited first; PA only	Active and inactive adults 25–65 y. Prescription-only intervention group: 380 patients; mean age, 43 y; median total PA, 95 min. Prescription + booklet intervention group: 376 patients; mean age, 43 y, median total PA, 120 min. Control group: 386 patients, mean age, 42 y; total PA, 145 min	Transtheoretical (5 stages)	20–30 min of training
Kerse et al., 1999 (21)	RCT of 42 metropolitan general practices (42 physicians); PA, social activity	Adults ≥65 y. Intervention group: 135 patients; mean age, 73 y; total activity, 281 min/wk. Control group: 132 patients; mean age, 74 y; total activity, 328 min/wk	Not reported	3-h seminar with exercise physiologist, sociologist, and geriatrician; 15 min follow-up detailing; prompt card
Change of Heart, 1999 (23)	RCT of 20 general practices (20 nurse practitioners), minimization technique; PA, smoking, diet	Adults 18–69 y with ≥1 CHD risk factor. Intervention group: 316 patients; mean age, 48 y, 80% BMI >25 kg/m^2 + sedentary. Control group: 567 patients; mean age, 46 y; 79% BMI >25 kg/m^2 + sedentary	Transtheoretical (5 stages)	3-d training with refresher day at 6 mo
Burton et al., 1995 (19)	RCT of 4195 Medicare patients in 119 practices; PA, immunization, smoking, drinking	Sedentary Medicare beneficiaries. 65–74 y, 61%; 75–84 y, 33%; ≥85 y, 6%. Intervention group: 2105 patients. Control group: 2090 patients	Suggested but not directed	CME credits on preventive and counseling visits, educational materials
Comparison of different interventions (no usual care)				
Activity Counseling Trial, 2001 (25, 27, 28)	RCT of 874 adult patients from 11 primary care settings (51 physicians, 2 physician assistants, 1 nurse practitioner); PA only	Inactive adults 35–75 y in stable health. Advised intervention group: 292 patients; average age, 51 y. Assisted intervention group: 293 patients; average age, 52 y. Counseled group: 289 patients; average age, 52 y	Social cognitive	Advice training (clinicians) assist and behavioral counseling training (health educators)
Swinburn et al., 1998 (24)	RCT of 491 patients of 37 providers in 2 New Zealand urban centers; PA only	Sedentary adults. 50% had ≥1 CHD risk factor. Intervention group: 239 patients. Control group: 252 patients	Self-management (goal setting)	1 training session on assessing and prescribing physical activity

Il PACE *(Patient-centered Assessment and Counseling for Exercise)* è basato sul modello transteoretico del cambiamento di Prochaska-DiClemente

- I pazienti vengono classificati, attraverso un questionario standardizzato, negli stadi di precontemplazione, contemplazione ed azione/mantenimento

- Ogni livello prevede un protocollo specifico d'intervento per aiutare il paziente a progredire nell'adozione o nel mantenimento di uno stile di vita più attivo

PACE Research and Development Team. *Patient-centered Assessment and counseling for exercise and Nutrition. San Diego State University Foundation and San Diego Center for Health Interventions, 1999*

Calfas KJ, Sallis JF,. Zabinski MF, et al. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. Prev Med 2002; 34: 153-61.

Pace Canada. Counseling for healthy, active living. http://www.pace-canada.org/

Pianificare il primo passo (Punteggio: da 2 a 4)

Complimenti! Sul modulo di valutazione ha indicato che è pronto ad aumentare la sua attività fisica. Sta facendo un grande passo nel miglioramento della sua salute mentale e fisica. Questo modulo può aiutarla ad incominciare un programma di esercizi che potrà mantenere nel tempo

Quali sono i due vantaggi più importanti che spera di ottenere facendo dell'esercizio?



Scriverle l'aiuterà a memorizzarle

Si applichi su queste raccomandazioni:

- Fare dell'attività moderata per 30 - 60 min. per *5 - 7* giorni alla settimana
- Fare dell'attività intensa per 20 – 40 min. per 3 – *5* giorni alla settimana

FACCIAMO UN PIANO D'AZIONE

SCELGA UNO O DUE ESERCIZI

Le piace? Ci sono dei famigliari o degli amici disposti a partecipare alla sua attività? Pensa di poter essere costante durante tutto l'anno?

- **CHI PUÒ AIUTARLA E COME**
- **TIPO DI ESERCIZIO**
- **DOVE ANDRÀ AD ESERCITARSI?** *Può fare i suoi esercizi a casa o nelle vicinanze? Dovrà andare in una palestra, un parco o un club?*
- **QUALE SECONDO LEI IL MIGLIOR MOMENTO PER FARE GLI ESERCIZI?**

Cominci piano e si impegni per raggiungere la meta fissata.

(Ad es: può cominciare con 5 – 10 min. per raggiungere nel tempo 30 –60 minuti di attività moderata o 20 – 40 min. di attività intensa)

DIARIO

Utilizzi questo schema come un diario della propria attività. Si segni il tempo, le impressioni positive e gli eventuali impedimenti che l'hanno scoraggiato e provi a fare qualcosa a riguardo

Data	
Attività	
Minuti	
Sensazioni e commenti	

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed reduced obesity indicator through brief physical activity

RSS Save search Advanced

Display Settings: Abstract Send to:

See 1 citation found using an alternative search:

Ann Behav Med. 2006 Apr;31(2):179-85.

Reducing obesity indicators through brief physical activity counseling (PACE) in Italian primary care settings.

Bolognesi M[1], Nigg CR, Massarini M, Lippke S.

Author information

Abstract

BACKGROUND: There is an alarming prevalence of obesity and sedentariness in Western countries. An ideal context for health promotion and preventive medicine seems to be the setting of primary care provided by the general practitioner (GP). Purpose: Therefore, this study evaluated the impact of GPs' brief physical activity counseling for overweight and obese patients.

METHODS: Individuals recruited during routine physician visits were randomly split into an experimental (n = 48) group that received the Patient-centered Assessment and Counseling for Exercise (PACE) protocol, and a usual-care control (n = 48) group. Body mass index (BMI) and abdominal girth were assessed as objective biometrical parameters. Patients in the experimental group self-reported their readiness for physical activity and self-efficacy.

RESULTS: The experimental group had significantly better BMI and abdominal girth compared with the control group after a 5- to 6-month follow-up. Furthermore, the experimental group progressed in their stage of physical activity readiness and increased their self-efficacy.

CONCLUSIONS: The GPs' counseling for physical activity using the PACE protocol influenced mediators and biometrical outcomes in an Italian primary care context.

PMID: 16542133 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Publication Types, MeSH Terms

LinkOut - more resources

Le 10 regole …..

- Partire dalle conoscenze del paziente
- Linguaggio semplice
- Conversazioni tra pari
- Uso di metafore
- Un facilitatore che garantisca i contenuti
- Verifica delle conoscenze
- Verifica delle abilità
- Carta degli obiettivi
- Verifica degli outcomes clinici
- Mantenimento dei risultati nel tempo





Vinco la sedentarietà con piccole azioni quotidiane

Bevo costantemente acqua durante l'attività fisica

Utilizza scarpe ed abbigliamento adeguato

Concordo con il diabetologo e il MMG l'attività motoria più idonea

Adeguo la mia alimentazione

Mi alleno in modo progressivo e costante

Controllo costantemente la mia glicemia

Riduco la dose di insulina in caso di attività fisica di lunga durata

Evito l'attività nelle ore più calde e nei giorni più freddi

GISED

Giovanni Careddu
Simone Casucci
Miriam Ciotola
Laura Cipolloni
Alessio Lai

Coordinatore:
Natalia Visalli



Buona attività fisica a tutti!