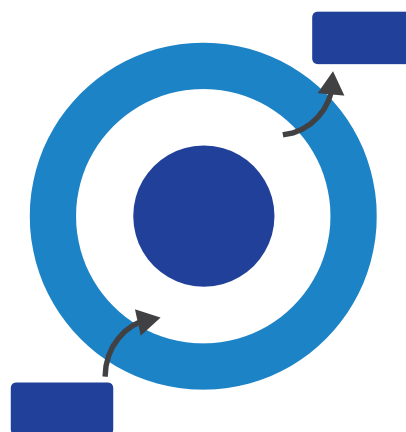
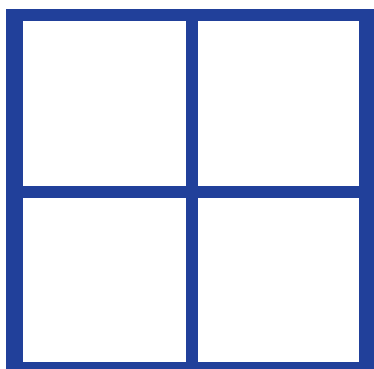




World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

IMPEGNARSI NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DATI E METODI



Edited by Hanne Tønnesen



CLINICAL HEALTH PROMOTION CENTRE



Alcohol / Drugs

Tobacco

Nutrition

Physical
Activity

Co-morbidity

Bispebjerg University Hospital, Denmark • Health Sciences, Lund University, Sweden • www.whocc.org • info@whocc.org

IMPEGNARSI NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DATI E METODI

Edited by Hanne Tønnesen

CEO, WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre
Bispebjerg University Hospital, Denmark • Health Sciences, Lund University, Sweden

Sintesi

Questo manuale promuove l'*empowerment* dei pazienti per migliorare gli esiti di salute e le prestazioni del sistema sanitario. Sottolinea le importanti implicazioni del miglioramento della comunicazione tra pazienti e operatori sanitari e dell'aderenza terapeutica. Questo documento basato sulla ricerca, comprende le teorie sulle fasi del cambiamento e sull'equilibrio decisionale, e inserendo esempi tratti dalla pratica clinica quotidiana, stabilisce i principi guida per supportare gli operatori sanitari nella migliore comprensione e nella responsabilizzazione dei pazienti a cambiare stile di vita e abitudini. Questi principi descrivono un approccio generale all'*empowerment* dei pazienti, costituito da tre strumenti principali: la LINEA, il BOX e il CERCHIO. Affronta in modo specifico i principali fattori di rischio per il corretto stile di vita come il fumo, la dieta, il consumo di alcol e l'inattività fisica, ponendo l'obiettivo dell'intervento a monte delle loro cause. Si basa sulle evidenze, a dimostrazione del fatto che gli interventi personalizzati sulle caratteristiche della popolazione sono fondamentali per il successo.

PAROLE CHIAVE

SALUTE PUBBLICA, PROMOZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA, EUROPA

ISBN: 978-87-994329-0-5

Inviare le richieste relative alle pubblicazioni dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa a:

Publications

WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Organizzazione Mondiale della Salute 2012

Tutti i diritti riservati. L'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Salute accoglie favorevolmente le richieste di permesso di riprodurre o tradurre le sue pubblicazioni, in parte o per intero.

Le designazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcun parere da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità in merito allo status giuridico di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità o concernente la delimitazione delle sue frontiere o dei suoi confini. Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un accordo completo. La menzione di società specifiche o di determinati prodotti esclusivi non implica che siano sostenuti o raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità rispetto ad altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori ed omissioni, i nomi dei prodotti esclusivi sono contraddistinti da lettere maiuscole iniziali. Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dall'Organizzazione mondiale della sanità per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale spetta al lettore.

In nessun caso l'Organizzazione mondiale della sanità sarà responsabile per i danni derivanti dal suo utilizzo. Le opinioni espresse da autori, editori o gruppi di esperti non rappresentano necessariamente le decisioni o la politica dichiarata dell'Organizzazione Mondiale della Salute.

Layout & Illustration: Niels Fibæk Bertel, WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre

Printet by PJ Schmidt Grafisk

Copy-Editing: Diana Wyatt

Prefazione

La WHO Regionale Europea deve affrontare molteplici sfide sanitarie in un contesto socio-politico estremamente dinamico, in cui le disparità sanitarie persistenti svolgono un ruolo sempre più importante.

Il livello e la distribuzione della salute variano all'interno e tra i paesi, con una serie di fattori determinanti tra cui circostanze socioeconomiche, stili e comportamenti di vita e capacità del sistema sanitario. Le politiche, le funzioni e gli accordi di governance della salute pubblica che incidono sulla salute devono essere rafforzati e resi più coerenti al fine di aumentare in modo omogeneo i livelli di salute. L'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha avviato lo sviluppo, con gli Stati membri, di una nuova politica europea per la salute, denominata Health 2020. La politica europea per la salute 2020 stabilirà un quadro d'azione per accelerare il raggiungimento di una salute migliore per tutti, adattabile alle diverse realtà che compongono la Regione Europea dell'OMS. In linea con questo, il piano d'azione europeo per il rafforzamento della salute pubblica ha cercato di rinnovare l'attenzione sulla salute pubblica assumendo un reale impegno nella prevenzione e nella promozione della salute. In questo contesto, l'Ufficio Regionale e il Centro di collaborazione dell'OMS per la Promozione della Salute basata sull'evidenza negli ospedali e nei servizi sanitari hanno sviluppato congiuntamente questa pubblicazione che affronta le principali sfide della salute pubblica da affrontare attraverso la promozione della salute. Ogni fornitore di servizi sanitari, sia a livello primario che specializzato, ha un ruolo cruciale da svolgere nel miglioramento della salute dei pazienti. La promozione della salute può essere parte integrante del loro percorso clinico, come l'interruzione del fumo dopo l'intervento chirurgico o, a lungo termine, per mantenerli sani per un periodo più lungo. L'Ufficio Regionale OMS per l'Europa considera la Rete Internazionale di Promozione della Salute negli ospedali e nei servizi sanitari un partner importante per la Salute 2020 e il Piano d'azione europeo. Basato sulla ricerca, compresi concetti e teorie del processo di cambiamento, e incorporando esempi tratti dalla pratica clinica quotidiana, questo documento presenta una traduzione della teoria nella pratica clinica. Il documento stabilisce alcuni principi guida che potrebbero aiutare gli operatori sanitari a comprendere meglio e responsabilizzare i pazienti nei loro viaggi individuali verso il cambiamento comportamentale. Noi dell'OMS speriamo che questa pubblicazione fornisca un importante contributo alla discussione che porterà a una rinnovata attenzione alla promozione della salute in un contesto più ampio e strategico del Piano d'azione europeo per la salute pubblica.

Hanne Tønnesen

Zsuzsanna Jakab

CEO, WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre,
Bispebjerg University Hospital, Copenhagen

WHO Regional Director for Europe

WHO-CC • Clinical Health Promotion Center • Bispebjerg University Hospital • Copenhagen, Denmark • Health Sciences • Lund University, Sweden

RINGRAZIAMENTI

Questo libro raccoglie le conoscenze di un ampio gruppo di esperti e ricercatori di sanità internazionale in una vasta gamma di professioni e specialità.

Prof James O Prochaska
Dir Cancer Prevention Research Center, University of Rhode Island

Shu-Ti Chiou, MD PhD MSc Dir-Gen of Health Promotion, Department of Health, Taiwan

Prof Torben V Schroeder, MD PhD
Head of Dept; Surgery and Internal Medicine, University of Copenhagen

Prof Hanne Tønnesen, MD PhD,
CEO at WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Bispebjerg University Hospital, Copenhagen

Prof Mogens L Larsen, MD PhD Head of Dept; Cardiology, Odense University Hospital

Arne Høst, MD PhD, Head of Dept; Pediatrics,
Odense University Hospital

Prof Larry Gentilello, MD PhD
Dept of Surgery, University of Texas

Prof Else Marie S Damsgaard, MD PhD MSc Geriatric Dept, Aarhus University Hospital

Prof Claudia Spies, MD
Head of Dept; Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Charité Hospital, Berlin

Prof Hartmut Berger, MD
Med Dir; Vitos Philipppshospital, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Riedstadt

Oliver Groene, MScPH PhD
Dept Health Services Research & Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine

John G Clark, AuD PhD
Communication Sciences and Disorders University of Cincinnati

Tim Neumann, MD
Dept Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Charité Hospital, Berlin

Paul Rainer, PhD
Vitos Philipppshospital, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Riedstadt

Katrine CB Kildedal, RM
Deputy Chief, Obstetrics and Gynaecology Dept, Aalborg Hospital

Walter Gassmann, MSc
Vitos Philipppshospital, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Riedstadt

Samuel Trychin, MSc PhD
Private Practice & Consultant to Stairways Behavioral Health, Erie, Pennsylvania

Sally Fawkes, MBA PhD School of Public Health,
La Trobe University, Melbourne

Pernille Lottrup, RM MA
Consultant at The Danish Association of Midwives, Copenhagen

Thor B Jensen, MA
WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre Bispebjerg University Hospital, Copenhagen

Si ringrazia Maria Ruseva e Casimiro Dias dell'OMS Europa e il consulente capo Hans Henrik Philipsen dell'Ida Institute per i loro utili commenti e contributi al libro.

1. INTRODUZIONE

Questo capitolo introduce la nuova politica sanitaria europea dell'OMS: Salute 2020. L'OMS considera i cittadini come consumatori e produttori di assistenza sanitaria. Si sottolinea l'importanza di concentrarsi sullo stile di vita, sulle abitudini e sulla prontezza al cambiamento dell'individuo. La responsabilizzazione (empowerment) dei pazienti è essenziale per migliorare i risultati sulla salute e questo libro fornisce un'introduzione teorica ed esempi pratici di modi per impegnarsi nei processi di cambiamento dei pazienti.

Alla sessantesima sessione del Comitato Regionale OMS per l'Europa, gli Stati membri hanno dato all'OMS / Europa un mandato forte e chiaro per sviluppare la nuova politica sanitaria europea, Health 2020, per accelerare i progressi verso il raggiungimento del potenziale sanitario della Regione Europea. Il suo scopo è quello di rivitalizzare le capacità e i servizi di sanità pubblica, sviluppando politiche basate sull'evidenza e soluzioni di governance per sostenere i miglioramenti della salute.

In quanto ombrello politico, Health 2020 contribuirà inoltre a garantire il coordinamento e la coerenza in tutte le attività svolte dall'OMS / Europa, dagli Stati membri e dai partner per conto della popolazione e con essa. In linea con questo, il piano d'azione europea per rafforzare la salute pubblica pone una rinnovata attenzione pubblica sulla salute e un forte impegno per la prevenzione e la promozione della salute.

Stili di vita e comportamenti individuali hanno acquisito maggiore attenzione nello sforzo di affrontare le attuali sfide di salute pubblica, in particolare nel settore delle malattie non trasmissibili. Quattro principali tipi di malattie non trasmissibili rappresentano la maggior parte della mortalità e del carico di malattia nella regione europea dell'OMS: malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche. Affrontare i principali fattori di rischio come il fumo, il consumo di alcol, la nutrizione e l'attività fisica significa focalizzare efficacemente l'azione a monte delle cause di questi stili di vita e differenze comportamentali.

I programmi e le attività di salute pubblica hanno maggiori probabilità di avere un impatto significativo se basati su una chiara comprensione di determinati stili di vita e comportamenti, nonché del contesto ambientale. Gli argomenti da affrontare devono essere chiaramente definiti per identificarne le cause e i meccanismi che li sostengono, definire strategie per un cambiamento sostenibile e sviluppare modelli che incorporano questi fattori in contesti specifici in tutta la Regione Europea dell'OMS.

La prontezza al cambiamento è un fattore importante sia a livello individuale che di popolazione. Esistono prove sempre più evidenti in abitudini e stili di vita come il fumo e l'attività fisica che i programmi e gli interventi adattati alle caratteristiche della popolazione target sono le chiavi del successo.

I cittadini sono sia consumatori che produttori di assistenza sanitaria. La responsabilizzazione dei cittadini e dei pazienti è essenziale per migliorare i risultati sanitari e le prestazioni del sistema sanitario. Ha importanti implicazioni migliorando la comunicazione tra i pazienti e gli operatori sanitari, con il potenziale per migliorare l'aderenza al trattamento, ottenere un maggiore controllo sulla malattia, promuovere un uso adeguato dei servizi sanitari e sostenere l'inclusione sociale. In effetti, i deficit di alfabetizzazione sanitaria e di partecipazione dei pazienti sono tra i fattori che hanno contribuito maggiormente all'allargamento delle disparità di salute.

La promozione della salute può avere diversi effetti in base al contesto sociale ed educativo in cui viene applicata. Pertanto, l'educazione alla salute e l'empowerment dei pazienti devono tenere conto dei determinanti sociali, al fine di evitare il rischio di aggravare le disuguaglianze sanitarie. Inoltre, anche gli operatori sanitari devono essere motivati per consentire ai pazienti di assumere un ruolo guida nella gestione della loro salute e dei loro trattamenti. Ciò implica importanti cambiamenti nel rapporto tra pazienti e professionisti della salute, che rimane ancora ampiamente paternalistico.

Un'altra sfida nella promozione della salute consiste nel rompere le tradizionali barriere tra i servizi sanitari pubblici e i servizi sanitari, attraverso lo sviluppo di sistemi di informazione integrati per un'adeguata sorveglianza sanitaria e un approccio coerente.

Tuttavia, le politiche e gli interventi dei settori politico, economico e ambientale hanno una forte influenza sulla salute della popolazione. Il miglioramento dei esiti sanitari come obiettivo sociale significa che il governo e tutti i settori della società ne sono responsabili. Un focus sulla salute in tutte le politiche affronta sfide sanitarie complesse promuovendo una risposta integrata nei diversi settori della società, come inserire le attuali maggiori problematiche sanitarie nel programma generale di sviluppo delle politiche.

2. Iniziare

Questo capitolo è un'introduzione per tutti i lettori del libro. Introduce il processo di cambiamento e definisce i limiti del campo. Il capitolo descrive il ruolo degli operatori sanitari, inclusi medici, infermieri, fisioterapisti, audiologi, terapisti occupazionali e dietologi, nonché la relazione tra il professionista della salute e il paziente. Il capitolo introduce inoltre brevemente l'importanza di documentare l'implementazione e l'impatto.

Ogni medico, infermiere, fisioterapista, audiologo, terapeuta oculista, dietista o qualsiasi altro professionista sanitario a diretto contatto con il paziente, si trova di fronte a pazienti che, per vari motivi, devono cambiare le loro abitudini. Ogni paziente si aspetta il nostro supporto autentico e allo stesso modo tutti vogliamo trattare e aiutare i nostri pazienti nel miglior modo possibile.

Quando si tratta di sostenere il cambiamento delle abitudini dei nostri pazienti, il fatto è che molti di noi semplicemente non hanno le conoscenze e l'esperienza necessarie per offrire il supporto specifico necessario. Ciò è dovuto al fatto che i metodi per dare motivazione e sostegno possono essere semplicemente territori sconosciuti. Se non disponiamo dei metodi e degli strumenti necessari per fornire un supporto sufficiente, impiegheremo tempo e risorse considerevoli con risultati deludenti.

Processo di cambiamento

Le teorie sul cambiamento del comportamento indicano fortemente che l'uso di strategie globali, con interventi multipli o programmi sviluppati in modo sinergico, è più efficace degli approcci sanitari isolati. Queste strategie possono includere la pianificazione, l'educazione, il monitoraggio comportamentale, le tecniche motivazionali e il supporto sociale, la consulenza e il rafforzamento del ruolo della società.

Gli psicologi James O. Prochaska e Carlo C. DiClemente hanno dato un contributo significativo a quest'area di conoscenza circa venti anni fa. Hanno riconsiderato la precedente interpretazione di un processo lineare del cambiamento attraverso numerosi studi su persone che cercavano di smettere di fumare (1-3). Diversi altri studiosi hanno contribuito alla nuova prospettiva. Tra questi Irving L. Janis e Leon Mann hanno presentato il loro bilancio decisionale strutturato per sostenere i pazienti nella loro decisione di cambiare abitudini (4). Quasi contemporaneamente William R. Miller ha descritto come preparare le persone al cambiamento con interventi motivazionali (5-7). Un'ulteriore elaborazione di queste teorie sarà descritta nel capitolo 3.

Definizioni

In questo libro saranno ampiamente utilizzate una serie di termini e definizioni. Le più frequenti sono spiegate nei paragrafi seguenti.

Le fasi del cambiamento

In questo libro le fasi del cambiamento sono definite secondo Prochaska e DiClemente che descrivono il processo di cambiamento come un modello ciclico o a spirale piuttosto che un percorso lineare e lo categorizzano in cinque fasi: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione e il Mantenimento. Molti tentativi di cambiamento possono essere seguiti da successi e sconfitte con ricadute (Relapse) da cui imparare all'interno di un percorso di progressione non lineare. Se le prime tre fasi si concentrano sul cambiamento del pensiero e della determinazione al cambiamento, l'Azione e il Mantenimento sono correlate ai cambiamenti comportamentali. Alla fine, quando il paziente ha completato la modifica, Prochaska e DiClemente usano il termine Uscita Permanente per descrivere un cambiamento duraturo (2; 8).

In questo libro le diverse fasi sono state riunite in un cerchio, il che aiuta a illustrare il processo ciclico di cambiamento (fig. 4.4 nel cap. 4).

Processo decisionale

Il Processo Decisionale è una teoria elaborata nel 1977 da IL Janis e L. Mann che viene spiegata con il modello del "bilancio decisionale" in cui si confrontano i guadagni e le perdite che possono derivare da una scelta (fig. 4.3 in cap. 4). Riflettendo e misurando pro e contro, una decisione potrebbe essere "bilanciata" in base ai potenziali guadagni e perdite stimati sia nella situazione che precede che in quella che segue il cambiamento. In questo modo, le potenziali ambivalenze verso il cambiamento saranno incluse nel processo. L'equilibrio tra pro e contro è individuale (4).

Il Colloquio Motivazionale

Il colloquio motivazionale è stato introdotto per la prima volta nel 1983 da Miller (7) e ulteriormente sviluppato da Miller e Stephen Rollnick come approccio di consulenza per aiutare le persone affette da dipendenze patologiche a gestire il cambiamento (5). Il colloquio motivazionale è una forma ridefinita del processo di guida dei pazienti e si basa su quattro principi: resistenza, comprensione, ascolto e responsabilizzazione (5). Il ruolo principale di un consulente è di aiutare a ridurre l'ambivalenza, potenziare la motivazione personale e facilitare il cambiamento del paziente. Ascoltando e comprendendo la motivazione del paziente per il cambiamento, il consulente può aiutare il paziente a opporsi alle motivazioni contro di esso. L'obiettivo è che il consulente autorizzi così il paziente ad esplorare come può cambiare con successo lo stile di vita o il comportamento di salute (6).

Promozione della salute clinica

La promozione della salute clinica è definita come promozione della salute centrata sul paziente, la prevenzione delle malattie e la riabilitazione, che coinvolge attivamente il paziente (9). L'OMS definisce la promozione della salute clinica come "il processo che consente alle persone di aumentare il controllo e migliorare la propria salute" (10).

Miglioramento della salute per i pazienti

Il miglioramento della salute in ambito clinico è inteso come salute fisica e / o psicosociale. Per ottenere il miglioramento sia a breve che a lungo termine, è necessario aggiungere la promozione della salute nel percorso del paziente. (11).

Limiti e sistemi di riferimento

In questo libro, il sistema di riferimento è il miglioramento della salute per il paziente. Al contrario, l'impegno nel processo di cambiamento verso una salute più scadente (ad esempio iniziando a fumare) non fa parte di questo libro o dell'intero concetto a cui si rivolge. Non è noto se questi processi contrari seguano un modello diverso da quello descritto nel libro.

Un'altra limitazione è che questo libro ha un approccio clinico. Include il processo di cambiamento dei pazienti e il relativo supporto da parte degli operatori sanitari come parte integrante del percorso di un paziente in ambito clinico. Potrebbe svolgersi in un ospedale, una clinica, un centro di assistenza sanitaria, una clinica di riabilitazione e molti altri contesti clinici più o meno specializzati. Pertanto, gli operatori sanitari possono utilizzare questo libro come preparazione e introduzione su come offrire supporto ai pazienti che si trovano di fronte alla necessità di cambiare l'abitudine o lo stile di vita.

Questo libro offre un approccio all'assistenza centrata sul paziente. I pazienti e le loro famiglie diventano parte del team sanitario nel prendere decisioni cliniche. Inoltre, l'assistenza centrata sul paziente considera le tradizioni culturali, le preferenze personali, i valori, le situazioni familiari e gli stili di vita. Questo approccio richiede maggiori investimenti nell'educazione dei pazienti e nell'educazione alla salute, potenzialmente promuovendo il coinvolgimento nella società civile. Questo approccio ha il potenziale per migliorare la percezione della qualità dell'assistenza, può migliorare l'aderenza, può ridurre l'assistenza non necessaria e migliorare i risultati del trattamento.

Per tutti questi motivi, l'empowerment dei cittadini e l'assistenza sanitaria centrata sul paziente sono considerati importanti elementi per migliorare i risultati sanitari e le prestazioni del sistema sanitario. L'approccio centrato sul paziente può contribuire a una migliore comunicazione tra pazienti e professionisti della salute, nonché a una migliore adesione ai regimi di trattamento. Alla fine porterà a una riduzione dell'uso inappropriato dei servizi sanitari, a una riduzione dei costi sanitari, a un maggiore controllo delle malattie, a un miglioramento della salute e della qualità della vita.

Questo manuale si differenzia dagli altri libri sul cambiamento del comportamento sanitario in quanto focalizzato sull'inserimento e il completamento di programmi di assistenza sanitaria con obiettivi chiari. Per molti pazienti, supporto, consigli semplici e potenziamento non sono sufficienti per raggiungere un risultato migliore. Per tale motivo, è necessario seguire il paziente per tutto il viaggio, compresa la realizzazione e il completamento dei programmi specifici di educazione e intervento del paziente. Buoni esempi sono l'intervento intensivo per smettere di fumare prima dell'intervento chirurgico, la riabilitazione cardiaca, le consultazioni con gli audiologi sull'uso degli apparecchi acustici e altre attività che coinvolgono un aiuto clinico esperto.

Ruoli e relazioni

Quando si tratta di cambiare stile di vita e comportamenti, è fondamentale restituire ai pazienti la responsabilità e il controllo del processo. Il ruolo dei professionisti della salute è di mettere in agenda e mantenere il problema del cambiamento, impostare la scena, aprire il dialogo e supportare i pazienti mentre svolgono il duro lavoro nei relativi programmi. I professionisti della salute saranno ancora gli esperti che forniranno le informazioni sull'evidente effetto ottenuto attraverso il raggiungimento dei cambiamenti; per esempio, che la cessazione del fumo in relazione alla chirurgia dimezza il tasso di complicanze (12).

Documentazione di attuazione ed effetto

In ambito clinico, le attività correlate al paziente e il loro esito, insieme a complicanze e altri problemi, devono essere documentati nei registri medici. Nel complesso, la documentazione di diagnosi e intervento è ben definita attraverso la Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS, la Classificazione internazionale delle funzioni e la Classificazione internazionale delle cure primarie (13-15) dotate di sistemi di classificazione nazionali o internazionali per il trattamento e l'assistenza.

In ambito ospedaliero, sembra che ci sia pochissima documentazione nelle cartelle cliniche sulle attività a supporto dei cambiamenti nello stile di vita dei pazienti, con il risultato che queste attività spesso diventano invisibili nei registri di intervento e nelle analisi. Questa situazione può essere simile per altri contesti clinici al di fuori degli ospedali.

Questa mancanza di registrazione si basa su una scarsa tradizione da parte del personale nel documentare questi dati clinici.

A causa di questa discrepanza tra ciò che viene erogato e ciò che è registrato negli ospedali, le attività di promozione della salute sono quasi invisibili nei budget e nei bilanci, nella registrazione delle procedure e delle diagnosi, nella gestione della qualità e nei database degli esiti clinici. Pertanto è difficile stabilire le priorità delle risorse e valutare l'effetto di tali interventi in termini di risultati e costi. I semplici modelli validati per la documentazione e la gestione della qualità sono riportati nel capitolo 10.

Letteratura di riferimento

- (1) Diclemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velicer MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:295-304.
- (2) Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12:727-35.
- (3) Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- (4) Janis IL, Mann L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. New York: Collier Macmillan; 1977.
- (5) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
- (6) Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care*. New York: The Guilford Press; 2008.
- (7) Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983;11:147-72.
- (8) Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- (9) National Board of Health D. [Terminology - Prevention, Health Promotion and Public Health]. 2005.
- (10) Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference on Health Promotion, WHO/HPR/HEP/95.1, (1986).
- (11) General Assembly of the International HPH Network. *HPH Constitution*. 2008.
- (12) Thomsen T, Villebro NM, Møller AM. Interventions for pre-operative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 7 2010:CD002294.
- (13) World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: 1992.
- (14) World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. 2001.
- (15) World Health Organization. *International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2)*. 2003.
- (16) Nickelsen TN. Data Validity and coverage in the Danish National Health Registry. A literature Review. *Ugeskr Læger* 2001;164:33-7.
- (17) Træden UI, Zwisler A-DO, Møller L, Tønnesen H. Prevention and health promotion at Danish hospitals - a survey. Copenhagen: Clinical Unit of Preventive Medicine and Health Promotion & The Danish national network of health promoting hospitals; 2001.

3. Storia e teoria di riferimento

Questo capitolo offre una breve panoramica della storia e della teoria su cui si basa questo libro. Le tre diverse teorie presentate nel capitolo 1 saranno tutte elaborate di seguito.

Negli anni '70 e '80, la ricerca sul cambiamento comportamentale si è concentrata sulla descrizione e l'applicazione

di modelli teorici, compresi i fattori importanti per la promozione e il mantenimento dei cambiamenti. In questo periodo, gli psicologi hanno sviluppato e descritto diverse teorie relative al processo di cambiamento. Tre di queste teorie sono sopravvissute e tutti i loro autori hanno lavorato con la sfida di cambiare comportamento (1-4).

Si sono resi conto che dirigere, persuadere e costringere le persone a cambiare comportamento non ha fatto alcuna differenza. Tutti hanno sviluppato una migliore comprensione del processo di cambiamento e hanno descritto diversi modi in cui le persone potevano essere aiutati da un terapeuta usando un approccio più guidato e semi-strutturato.

Le teorie sono state ulteriormente sviluppate nel tempo e i metodi fanno ora parte della routine quotidiana di molti professionisti in molte diverse strutture sanitarie.

Le teorie e gli approcci sono stati criticati per non essere universali e i critici sono stati criticati per non aver compreso, usato o valutato correttamente le idee.

Cambiamento dell'atteggiamento sanitario

Storia

Il Colloquio Motivazionale è stato concepito per la prima volta da William R. Miller nel 1983 come un intervento breve per i bevitori problematici (2). Ha definito la motivazione come un processo interpersonale. L'approccio si basava su idee della psicologia sociale sperimentale con un focus su processi come l'attribuzione e l'autoefficacia. Esaminando le visite in cui vi era disaccordo tra il paziente e il sanitario coinvolti, Miller iniziò a chiedersi quale effetto avrebbe potuto avere l'interazione tra il sanitario e il paziente sull'esito della consultazione. Sugerì che la disponibilità dei pazienti a parlare apertamente dei loro pensieri sul perché e su come avrebbero accettato un cambiamento veniva influenzata dal modo di parlare dei pazienti con i sanitari. La resistenza dei pazienti era spesso il risultato di un approccio conflittuale da parte di un consulente. Miller si concentrò sulla dissonanza cognitiva tra il persistere di un comportamento problematico e la consapevolezza delle sue conseguenze negative come elemento trainante il processo verso una decisione di cambiamento (2).

Teoria

Invece di cercare di convincere le persone a cambiare, il consulente dovrebbe mirare a stimolare la motivazione dei pazienti a cambiare. La motivazione concettualizzata come processo interpersonale lascia spazio al consulente per accompagnare i pazienti nel loro processo motivazionale (2). Il consulente può facilitare questo processo attraverso interviste motivazionali, evitando così la negazione, la bassa autostima e la bassa autoefficacia. Questo processo è stato originariamente descritto in un diagramma schematico con 6 passaggi (2):

1. Elicitare dichiarazioni auto-motivazionali che possono essere facilitate chiedendo al paziente le proprie preoccupazioni seguite da riflessioni empatiche.
2. Valutazione oggettiva come esame fisico o domande sull'alcol.
3. Istruzione, in cui il consulente risponde alle esigenze del paziente o richiesta di chiarimenti.
4. Sommario di 1-3.
5. Transizione, durante la quale diventa chiaro se il paziente è pronto per l'azione o meno.
6. Negoziazione di alternative relative al risultato di 5.

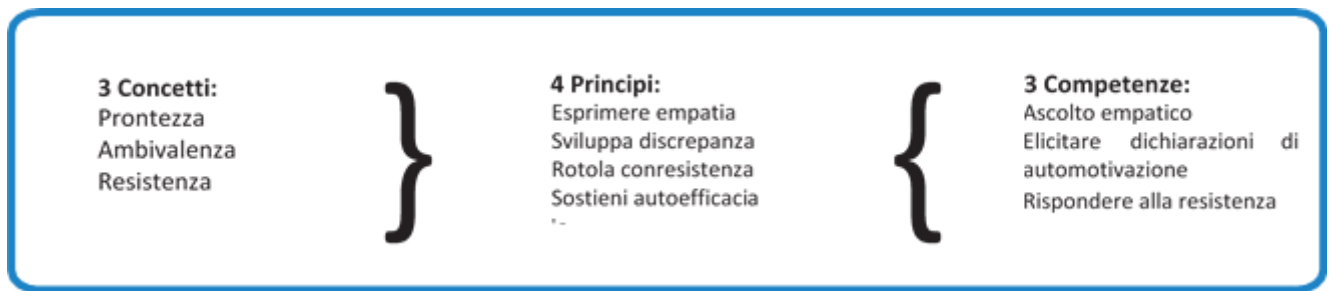
Pratica

Il Colloquio Motivazionale si è evoluto nel tempo. È descritto come un metodo (5) originariamente utilizzato in setting specialistici e in seguito orientato verso le cure primarie e in altri ambiti sociali (6).

Dall'inizio degli anni '90, l'utilizzo del Colloquio Motivazionale è stato esteso oltre il consumo di alcolici e testato su altri problemi di salute in cui risulta necessario un cambiamento delle abitudini. Da allora ne sono stati pubblicati molti adattamenti, che coprono una vasta gamma di aree di assistenza sanitaria come diabete, malattie cardiovascolari, psicosi, ecc. In vari studi clinici, il Colloquio Motivazionale è risultato un metodo più efficace in confronto a metodi tradizionali o nessun metodo, per incoraggiare la volontà dei pazienti di iniziare, completare il trattamento e di partecipare al follow-up(7).

WHO-CC • Centro di promozione della salute clinica • Ospedale universitario di Bispebjerg • Copenaghen, Danimarca
• Scienze della salute • Università di Lund, Svezia

3.1 Il Colloquio Motivazionale comprende tre concetti principali, quattro principi di base e tre competenze di base (8)



In pratica, il Colloquio Motivazionale è più flessibile e adattabile di quanto sembrava inizialmente e funziona come una descrizione schematica (2).

Il Colloquio Motivazionale è uno stile e un approccio per i consulenti che lavorano con pazienti che avvertono un'esigenza o un desiderio di cambiare un comportamento che sta danneggiando la loro salute.

Il Colloquio Motivazionale ottiene grandi vantaggi essendo centrato sul paziente e sostituendo uno stile di confronto con uno stile di guida tra il professionista della salute e il paziente.

Lo stile di guida migliora l'impegno del paziente nei confronti del cambiamento e l'adesione al trattamento (9).

Il Colloquio Motivazionale aiuta i pazienti a progredire verso un cambiamento (10). Il Colloquio Motivazionale funzionerà come un potenziamento della volontà dei pazienti di cambiare le loro abitudini. A causa dell'evoluzione del Colloquio Motivazionale nel tempo, quanto segue si basa esclusivamente sulle pubblicazioni più recenti.

Lo Stile di Guida

Nello stile di guida, il sanitario si comporta come una guida istruita e offre le informazioni pertinenti dopo aver posto domande e ascoltato. Con le domande il sanitario invita il paziente a valutare perché e come si debba apportare una modifica. L'intenzione di cambiare il comportamento deve provenire dal paziente perché le sue ragioni articolate attiveranno il cambiamento reale. Per sostenere questo processo, è necessario avere una comprensione della prospettiva del paziente sulla situazione attuale, la sua motivazione al cambiamento e gli ostacoli che potrebbero essere sulla strada di questo processo.

Il processo di cambiamento comportamentale differisce da altre tipologie di visite, poiché la risposta ai problemi che si sono verificati probabilmente sta nel paziente. Un ruolo principale dell'operatore sanitario è quello di ascoltare la contemplazione del paziente e di aver compreso le sfide. Un ruolo che molti all'inizio troveranno difficile. Ciò non significa che il metodo di fornire informazioni debba essere trascurato, ma le informazioni sono utili solo se il paziente comprende, accetta e vede il loro beneficio. Alle informazioni seguono le domande su quali sarebbero le implicazioni per il paziente (11).

Strategie a supporto

Un elemento importante nel Colloquio Motivazionale è quello di essere in grado di identificare il "discorso del cambiamento": cioè quando il paziente parla del perché e di come può cambiare le sue abitudini. Una volta stabilita questa situazione, è necessario disporre di strategie chiare che consentano al paziente di lavorare con i propri punti di forza anziché concentrarsi sulle debolezze (9). L'operatore sanitario sostiene la motivazione per cambiare e dà responsabilità al paziente invece di raccomandare, persuadere o dirigere. A quel punto, è giusto introdurre lo stile di guida e la relativa strategia. In questo modo, l'operatore sanitario mantiene il controllo sulla consultazione e, allo stesso tempo, il paziente mantiene la responsabilità del cambiamento.

La maggior parte dei pazienti si sente ambivalente sul fatto che debbano cambiare o meno. Tuttavia, nel Colloquio Motivazionale lo sviluppo e l'articolazione delle discrepanze spesso facilitano il processo di cambiamento. È utile chiedere informazioni su pro e contro per aiutarli nel processo decisionale. Il passo successivo strategico dovrebbe essere quello di concentrarsi su quanto sia importante il cambiamento per il paziente e su quanto il paziente si senta sicuro del cambiamento che sta per subire. L'operatore sanitario deve rispondere in base alle risposte.

Se il paziente è pronto a cambiare, è di nuovo utile tornare allo stile di guida, questa volta con l'obiettivo di ottenere la soluzione dal paziente. Ancora una volta il professionista sanitario chiede, ascolta e offre informazioni utili (9).

Bilancio Decisionale

Storia

Irvin L. Janis e Leon Mann descrissero per la prima volta il Decisional Balance (DB) nel campo della psicologia nel 1977 (12). Essi usarono il un bilancio decisionale come approccio ai conflitti personali e all'ambivalenza. Esso ha avuto un'influenza significativa sulla successiva psicologia comportamentale.

Teoria

Alla base delle teorie di Janis e Mann c'era l'esame dei diversi tipi di decisioni prese nella vita quotidiana. I molti tipi di decisioni sono stati caratterizzati dalle difficoltà dei decisori nel creare una panoramica del processo e del risultato delle loro decisioni (12).

Janis e Mann affermano che non c'è modo di dare punteggi quantitativi per il successo di una decisione, ci possono essere solo valutazioni soggettive della soddisfazione o del rimpianto post-decisionali.

Esaminando una vasta letteratura, Janis e Mann estrapolano un elenco di criteri per determinare la qualità di una procedura decisionale. Più criteri soddisfa la persona, più è probabile che rispetti la decisione presa.

La sintesi di tutti i criteri è caratterizzata da un'elaborazione attenta delle informazioni (13). Janis e Mann spiegano che l'elaborazione attenta dell'informazione non è una questione di tutto o niente, ma si esprime con diversi livelli di coinvolgimento nelle diverse situazioni.

L'attenzione può essere vista come una considerazione delle diverse alternative o una valutazione delle conseguenze fatte dal decisore.

Le considerazioni teoriche di Janis e Mann erano che lo stress emergente dai conflitti decisionali potrebbe portare a un fallimento nel raggiungere un processo decisionale di alta qualità. Il livello di stress è individuale, ma un'osservazione generale è stata che lo stress deriva dai danni a cui potrebbero portare le decisioni sbagliate.

Sulla base della ricerca condotta su persone che si sottopongono a processi decisionali stressanti, Janis e Mann concludono che uno degli indicatori di un processo decisionale di successo è una completa contemplazione di tutte le conseguenze della decisione (11). Dichiarano che gli errori di omissione e commissione sulla scheda del Decisional Balance (DB) aumenteranno la vulnerabilità del decisore al feedback negativo. Come strumento per una completa contemplazione di queste conseguenze, Janis e Mann usano un foglio DB sviluppato nel lontano 1959 (12). Nel tempo sono stati descritti diversi modelli, tuttavia oggi viene utilizzata solo una versione con quattro quadrati (figura 4.3).

Pratica

La ricerca di Janis e Mann mostra che molti abbandoni sono causati dalla mancanza di comprensione di tutte i potenziali ostacoli.

Il foglio del DB funziona come una procedura per colmare le lacune (12).

Il decisore dovrà riflettere su eventuali ostacoli e perdite mettendo le parole in bianco nella comprensione delle diverse possibili conseguenze derivanti dalla decisione futura.

In questo modo, il DB stimola la consapevolezza del decisore verso i propri desideri o le speranze per le alternative preferite.

Fornisce inoltre il frame-work e il tempo necessari per riflettere. Si presume che il processo decisionale segua lo stesso schema generale, nonostante le differenze individuali nella tolleranza del conflitto decisionale e gli approcci per risolverlo (13). Pertanto, DB può essere utilizzato in molte situazioni

.

A prima vista, il DB sembra più utile per i pazienti nelle prime fasi di considerazione di un cambiamento nelle loro abitudini (14). Tuttavia, può essere utilizzato in tutte le fasi che coinvolgono l'ambivalenza e il processo decisionale. Il DB può essere usato come un'intervista - sia verbale che scritta - ma è anche molto utile come strumento per generare il dialogo. Il completamento del DB in relazione a un cambiamento può favorire l'adesione al trattamento e risultati migliori (15).

Fasi e processi di cambiamento

Storia

Nel 1982, James O. Prochaska e Carlo C. DiClemente introdussero il concetto di Terapia transteoretica (4), che due anni dopo fu perfezionato nel Modello Transteoretico (TTM) (16). TTM considera il cambiamento comportamentale come un processo intenzionale che si svolge nel tempo e comporta progressi attraverso una serie di fasi di cambiamento (16). TTM integra processi e principi di cambiamento da tutte le principali teorie, da cui il nome Transteoretica.

Teoria

Secondo Prochaska e DiClemente una persona che sta cambiando stile di vita attraverserà cinque fasi e dieci processi di cambiamento. In questo modo, hanno introdotto una diversa percezione del processo, che differiva dalla conoscenza a quel tempo lineare, del processo in cambiamento. Le cinque fasi sono state successivamente integrate da una fase aggiuntiva, che descrive il completamento o la conclusione del processo di modifica. Tutte e sei le fasi saranno ulteriormente descritte di seguito.

Precontemplazione

La precontemplazione è la fase iniziale in cui gli individui non intendono agire nell'immediato futuro, generalmente considerato nei sei mesi successivi. Le persone possono trovarsi in questa fase a causa della mancanza di consapevolezza delle conseguenze di determinati comportamenti sulla salute. Oppure, possono essere demoralizzati per la loro incapacità di cambiare, come milioni di persone che hanno cercato di perdere peso più volte e con diversi metodi.

Questa fase è spesso fraintesa nel senso che queste persone possono dare l'impressione di non voler cambiare. La storia degli individui demoralizzati indica invece che vorrebbero cambiare, ma hanno rinunciato alla loro capacità di farlo.

Contemplazione

La contemplazione è la fase in cui le persone intendono cambiare nei prossimi sei mesi, ma non nel mese successivo. Sono più consapevoli dei benefici o dei vantaggi del cambiamento, ma possono anche essere profondamente consapevoli delle conseguenze, come dover rinunciare ai cibi preferiti o rischiare di fallire.

Il conflitto decisionale tra vantaggi e conseguenze può portare a una profonda ambivalenza che si riflette nella massima: "In caso di dubbio, non agire." Dei fumatori che intendono smettere nei prossimi sei mesi, senza aiuto, meno del 50% smetterà per 24 ore nei prossimi 12 mesi.

Preparazione

Nella fase di preparazione, le persone intendono agire nel prossimo mese. La loro preoccupazione numero uno è: "Se agirò, fallirò?" L'entusiasmo qui li sta aiutando a essere ben preparati, perché la maggior parte delle persone sa da quando è cresciuta che più è preparata nel mondo accademico o atletico, più è probabile che raggiunga i suoi obiettivi.

Azione

Nella fase di azione, il cambiamento è in genere evidente e osservabile, con le persone che hanno smesso di fumare o iniziato ad allenarsi.

Questa è la fase più impegnata, in cui le persone devono lavorare di più per evitare di regredire a una fase precedente. Molte persone credono che i rischi di maggiore ricaduta si esauriranno nei primi giorni o settimane.

Scopriamo che le persone che progrediscono attraverso l'azione lavorano più duramente per circa sei mesi, che rappresentano la parte più ripida delle curve di ricaduta nelle dipendenze (3).

Quindi l'azione è definita come priva di rischi per sei mesi ed è importante incoraggiare le persone a pensare di vivere questo periodo come se se fossero stati sottoposti a un intervento chirurgico salvavita. A seguito di tale intervento chirurgico, si concederebbero sei mesi per guarire? Faranno sapere agli altri che non saranno nella loro forma migliore e avranno bisogno di più supporto? Questo è il tipo di priorità necessario per progredire in questo momento difficile.

Mantenimento

Il mantenimento è la fase in cui le persone sono libere dal loro problema per un periodo che va da sei mesi a cinque anni. Le persone sono considerate guarite dal cancro dopo cinque anni senza remissione. Per molte persone, potrebbero essere necessari cinque anni per liberarsi dalle cause comportamentali del cancro. Durante questa fase, gli individui non devono lavorare intensamente, ma devono essere preparati a far fronte alle cause comuni di ricaduta.

Questi sono tempi di distress, in cui le persone sono ansiose, depresse, annoiate o stressate. La maggior parte degli esseri umani affronta lo stress aumentando le abitudini insane. Cerchiamo di preparare le persone a far fronte a tali tentazioni attraverso un'alternativa sana, come parlare con una persona di supporto, camminare o rilassarsi.

Uscita permanente

L'uscita permanente è la fase in cui le persone sono totalmente fiduciose di non tornare mai più al loro comportamento ad alto rischio e non hanno la tentazione di ritornare indietro. Tra i tossicodipendenti alcolisti e fumatori nei loro primi cinque anni di astinenza, circa il 20% ha raggiunto questo stadio (17).

Queste persone possono utilizzare tutti i loro sforzi di cambiamento per migliorare altri aspetti della loro vita. Ma per molti può assumere il significato di una fase di mantenimento.

L'obiettivo ideale è che la nuova sana abitudine diventi automatica e sotto il controllo di una motivazione, come prendere un'aspirina ogni giorno nello stesso momento e luogo.

Come descritto, le sei fasi sopra menzionate dovrebbero essere viste come un modello ciclico piuttosto che un modello lineare. Nel capitolo 4 (figura 4.4) le sei fasi e una fase aggiuntiva per la ricaduta sono state assemblate in un cerchio, che funge da illustrazione per le diverse fasi che una persona attraversa nel suo processo di cambiamento.

Pratica

L'applicazione del modello transteoretico inizia valutando in quali fasi si trovano i pazienti e aiutandoli a stabilire obiettivi realistici come passare alla fase successiva. La ricerca mostra che se spingiamo i pazienti a progredire rapidamente dalla precontemplazione all'azione, ci possono essere conseguenze impreviste come un'interruzione del trattamento, un cambiamento prima di aver completato il trattamento, la ricaduta rapida o semplicemente mentire.

Precontemplazione

Quali principi possono aiutare i pazienti a progredire dalla fase di precontemplazione a quella di contemplazione? Una meta-analisi dei pro e dei contro del cambiamento per

48 abitudini sane hanno rivelato risultati notevoli (18). Nella Precontemplazione sono maggiori le conseguenze rispetto ai vantaggi mentre nella contemplazione sono maggiori i vantaggi.

Quindi, il primo principio di progressione è quello di aumentare i vantaggi. Gli individui sedentari vorremmo che elencassero i benefici che possono trarre da una regolare attività fisica, e poi li potremmo stimolare a cercare di raddoppiare l'elenco. La maggior parte ne ha cinque o sei e diciamo che ce ne sono oltre 60. Se vediamo l'elenco salire, è come vedere la pressione sanguigna che scende. Sappiamo che la nostra medicina comportamentale sta funzionando.

Contemplazione

Nella contemplazione, pro e contro sono esattamente legati, riflettendo una profonda ambivalenza.

Dalla contemplazione alla preparazione, i contro scendono, quindi il secondo principio è quello di aiutare ad abbassare i contro.

Il contro numero uno per l'attività fisica è il tempo, quindi alcune persone lo riducono andando in bicicletta, dove possono svolgere più attività e rivedere un articolo per lavoro o aggiornarsi sulle notizie.

Altri possono fare volontariato per aiutare ad allenare la squadra di calcio del loro bambino e così, allo stesso tempo, fare un po' di attività fisica, fare servizi di comunità, incontrare genitori e divertirsi.

Fortunatamente, i contro devono diminuire solo della metà rispetto all'aumento dei pro, quindi investiamo il doppio sull'aumento dei pro.

Preparazione e azione

Nella fase di preparazione, i professionisti superano i contro, quindi gli individui sono incoraggiati ad agire quando hanno un equilibrio favorevole. Una volta in azione, i soggetti possono utilizzare il loro crescente elenco di pro per mettere in atto altri processi di cambiamento.

Quando scrivono sulla loro lista di cose da fare, "camminare per il mio cuore", le persone prendono un impegno quotidiano basato sul processo di auto-liberazione dalla analisi esistenziale.

Quando guardano l'elenco vengono spinti all'azione basata sul controllo dello stimolo dalla Terapia Comportamentale.

Quando cancellano la loro lista, si stanno rafforzando sulla base della teoria di Skinnerian. Mentre passano da un pro all'altro ogni settimana, come "camminare per il mio peso", "il mio sonno", "la mia autostima" e "la mia vita sessuale", progrediranno e forse finiranno per correre.

Nel tempo, stanno usando l'attività fisica per affermare gran parte del loro corpo, sé e altri sulla base dell'autovalutazione della teoria cognitiva e della psicologia del Sé.

Questa descrizione illustra come vengono applicati diversi principi e processi per produrre progressi nelle diverse fasi del cambiamento. Questo approccio integrato porta allo sviluppo di Interventi a misura di computer (CTI) mediante il quale i soggetti vengono valutati sulle variabili TTM correlate al loro stadio attuale.

La loro valutazione viene confrontata con un database normativo e possono ricevere feedback su come stanno applicando i principi e i processi rispetto ai pari che realizzano il maggior progresso.

Nel tempo, le persone possono darsi un feedback, come ad esempio: "Congratulazioni, hai compiuto due fasi, il che significa che hai triplicato le tue possibilità di agire efficacemente nei prossimi mesi".

In studi di popolazione randomizzati i CTI sono stati risultati efficaci con una gamma crescente di problemi, tra cui fumo, esercizio fisico, dieta, stress, depressione e aderenza ai farmaci.

La percentuale in fase di intervento o di mantenimento nel follow-up a lungo termine varia da circa il 25% per il fumo (19), a circa il 45% per esercizio fisico e dieta (20), a oltre il 65% per lo stress (21) e l'adesione ai farmaci (22).

Questi risultati si ottengono per le popolazioni in cui la maggioranza (circa l'80%) sarebbe etichettata come non motivata quando li raggiungiamo in modo proattivo a casa, a scuola, al lavoro o nelle cliniche per offrire un aiuto adeguato alle loro esigenze personali. I risultati possono essere notevolmente robusti con esiti molto comparabili per il fumo, ad esempio con adulti e fumatori più anziani, fumatori ispanici e afroamericani e fumatori con malattie mentali (23).

Interventi simili si sono dimostrati altrettanto efficaci quando trattiamo popolazioni per tre o quattro comportamenti contemporaneamente (24). Gli individui che lavorano su tre comportamenti sono efficaci quanto quelli che lavorano su due, che sono efficaci quanto quelli che lavorano su uno. Ma pochissime persone intervengono su più di un cambio di comportamento alla volta perché spesso non sono pronte.

Quindi possono progredire attraverso le prime fasi di due comportamenti, ad esempio, mentre stanno lavorando per mantenere l'azione su un singolo comportamento. Nel tempo, il risultato ha un impatto molto maggiore sulle popolazioni con più comportamenti a rischio per la salute che presentano i maggiori rischi di morbidità, disabilità, mortalità, perdita di produttività e aumento dei costi sanitari.

L'influsso delle teorie

Sebbene i tre modelli TTM, MI e DB siano basati su teorie piuttosto diverse, si riferiscono tutti al processo di cambiamento. Pertanto, DB è stato descritto in relazione all'MI (14) e alle fasi di cambiamento (25) e sia TTM che DB sono stati descritti in relazione all'MI (26).

Riferimenti scientifici

(1) Janis IL, Mann L. Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment. New York: Collier Macmillan; 1977.

- (2) Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983;11:147-72.
- (3) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- (4) Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy* 1982;19:276-88.
- (5) Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009;37:129-40.
- (6) Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 2001;20:68-74.
- (7) Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725-42.
- (8) Rollnick S, Allison J. Motivational Interviewing. In: Heather N, Stockwell T, editors. *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2004. p. 105-15.
- (9) Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping People Change Behaviour*. New York: The Guilford Press; 2008.
- (10) Miller WR, Rollnick S. Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and the therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2004;18:299-308.
- (11) Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultation about changing behaviour. *BMJ* 2005;331.
- (12) Janis IL, Mann L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. New York: Collier Macmillan; 1977.
- (13) Mann L, Burnett P, Radford M, Ford S. The Melbourne Decision Making Questionnaire: An Instrument for Measuring Patterns for Coping with Decisional Conflict. *Journal of Behavioral Making* 1997;10:1-19.
- (14) Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, preparing people to change addictive behaviour*. New York: The Guilford Press 2002.
- (15) Colten ME, Janis IL. *Effects of self-disclosure and the decisional balance procedure*. Yale University Press 1982.
- (16) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- (17) Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: a cross-sectional analysis. *J Subst Abuse* 1992;4:107-16.
- (18) Hall K, Rossi JS. Examining the transtheoretical model using meta-analytic procedures and integrative analysis and longitudinal data. In: Keller S, Velicer WF, (ed.). *Research on the Transtheoretical model: Where Are We Now, Where Are We Going?* Pabst Science Publishers 2004.

Where Are We Going? Pabst Science Publishers 2004.

- (19) Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggiero L, Laforge RG, Rossi JS, Johnson SS, Lee PA. Counselor and stimulus control enhancements of a stage matched expert system for smokers in a managed care setting. *Preventive medicine* 2001;32:23-32.
- (20) Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, Burden V, Perrin N, Leo M, Flaherty-Robb M, Prochaska JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive medicine* 2008;46:226-31.
- (21) Evers KE, Prochaska JO, Johnson JL, Mauriello LM, Padula JA, Prochaska JM. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychol* 2006;25:521-9.
- (22) Johnson SJ, Driskell MM, Johnson JL, Dymont SJ, Prochaska JO, Prochaska JM, Bourne L. Transtheoretical model intervention for adherence to lipid-lowering drugs. *Dis Manage* 2006;9:102-13.
- (23) Velicer WF, Redding CA, Sun X, Prochaska JO. Demographic variables, smoking variables, and outcome across five studies. *Health Psychol* 2011;26:-278.
- (24) Prochaska JJ, Velicer WF, Prochaska JO, Delucchi K, Hall SM. Comparing intervention outcomes in smokers treated for single versus multiple behavioral risks. *Health Psychol* 2011;25:380-8.
- (25) Migneault JP, Pallonen UE, Velicer WF. Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addict Behav* 1997;22:339-51.
- (26) Miller WR, Rollnick S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009;37:129-40.

4. IL MODELLO OPERATIVO

Questo capitolo descrive come i tre elementi presentati nel capitolo 2 sono combinati in un modello operativo e come questo modello viene tradotto in pratica. Il modello operativo è facile da usare e flessibile per adattarsi al singolo paziente, alle condizioni e al percorso clinico. Il modello è quindi utile per i medici e altri operatori sanitari, che vogliono supportare i loro pazienti attraverso il processo di cambiamento. Vengono forniti esempi di dialoghi dalla pratica.

I fatti

Ciascuna delle teorie e degli elementi descritti nel capitolo 2 presenta dei vantaggi. Sono stati ampiamente testati e utilizzati. Tuttavia, in relazione ai pazienti potresti scoprire che l'utilizzo di uno solo non è sufficiente nella situazione

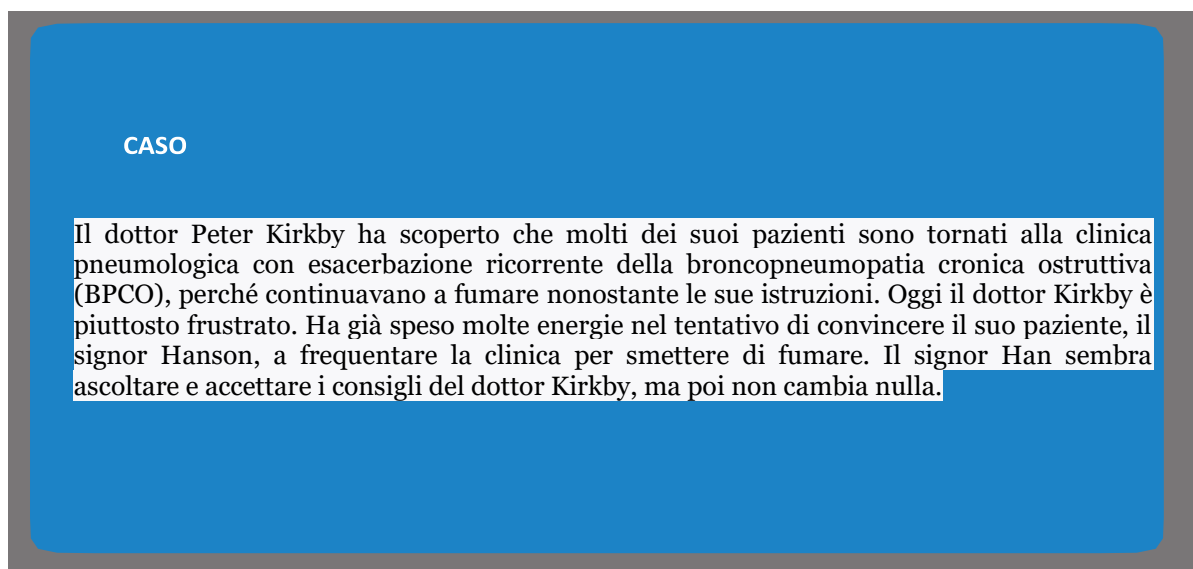
clinica concreta e spesso il paziente avrà la stessa sensazione (1). Ciò potrebbe essere particolarmente vero se il paziente ha bisogno di compiere un passo da gigante e cambiare immediatamente un comportamento insano per ottenere il risultato migliore del presente percorso clinico.

Oggi, dobbiamo accettare che, al fine di cambiare stile di vita, i pazienti ospedalieri necessitano di più supporto e programmi intensivi rispetto a brevi interventi e supporto motivazionale (2; 3). Inoltre, la stragrande maggioranza dei pazienti spesso si sente molto positiva riguardo all'introduzione di cambiamenti nello stile di vita seguiti dal supporto nel contesto clinico (4; 5).

La possibilità di un significativo miglioramento di salute in un tempo molto breve aumenta la motivazione a cambiare atteggiamento in ambito clinico. Alcune impostazioni e percorsi dei pazienti potrebbero consentire più tempo per passaggi più piccoli e processi più lunghi. L'impostazione clinica è stata descritta come "un momento educativo" o "una finestra di opportunità" per modificare il comportamento sanitario (5-8).

Per soddisfare il bisogno di sostegno del paziente durante le diverse fasi del cambiamento, è stato sviluppato un modello traslazionale e operativo. Per la pratica clinica, il Modello Operativo ha integrato tre strumenti che sono tutti utili agli operatori sanitari a supporto del paziente: la LINEA, la SCATOLA e il CERCHIO. I tre strumenti si adattano direttamente al percorso del paziente, che verrà illustrato alla fine di questo capitolo (figura 4.5).

La pratica



CASO

Il dottor Peter Kirkby ha scoperto che molti dei suoi pazienti sono tornati alla clinica pneumologica con esacerbazione ricorrente della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), perché continuavano a fumare nonostante le sue istruzioni. Oggi il dottor Kirkby è piuttosto frustrato. Ha già speso molte energie nel tentativo di convincere il suo paziente, il signor Hanson, a frequentare la clinica per smettere di fumare. Il signor Hanson sembra ascoltare e accettare i consigli del dottor Kirkby, ma poi non cambia nulla.

La maggior parte degli operatori sanitari riconoscerà probabilmente la frustrazione del Dr. Kirkby in situazioni simili, quando un paziente non segue un modo semplice, ovvio e razionale per ottenere un risultato migliore, ma continua invece un comportamento a rischio fino a sviluppare malattie e problemi più gravi. Il modello operativo potrebbe aiutare il dottor Kirkby a rimanere professionale e a restituire la responsabilità e la titolarità della cessazione del fumo al paziente.

Il dottor Kirkby ha già fatto l'importante passo per chiarire se il paziente sta fumando e informarlo con efficacia sullo stretto legame tra fumo e sviluppo e sulla crescita della BPCO. Ha anche raccomandato al paziente di smettere di fumare. Ora è giunto il momento per il Dr. Kirkby di alzarne la voce e lasciare che il signor Hanson faccia il duro lavoro di viaggiare attraverso il processo di cambiamento. Il dottor Kirkby deve limitare il suo ruolo a quello di sostenere il viaggio in modo pertinente.

All'inizio è più difficile tacere (relativamente) e stare lontano dalla scena di quanto ci si possa aspettare; tuttavia è utile per il processo se il paziente ottiene lo spazio necessario per la riflessione e l'azione. È anche importante che il paziente senta la fiducia del Dr. Kirkby.

In cambio, il Dr. Kirkby può aspettarsi la sensazione di soddisfazione professionale quando il paziente ottiene il cambiamento, in compensazione alla sua prima sensazione di frustrazione.

La Linea

Una LINEA è facile da usare per impostare la scena e aprire i dialoghi. Questo strumento è solo una semplice scala analogica visiva (visual analogue scale, VAS) da zero a dieci, ma la semplicità consente di mantenere l'attenzione sul processo anziché sul tecnicismo. È conveniente utilizzare moduli stampati che il paziente deve compilare con una penna; tuttavia è possibile utilizzare un pezzo di carta o una lavagna. Bastano pochi minuti per fornire informazioni, porre domande e ottenere risposte.

La LINEA prevede due domande personali per il paziente: una sull'importanza di cambiare immediatamente stile di vita e una sull'autostima del paziente nella sua capacità di apportare tale cambiamento (figure 4.1 e 4.2). L'approccio clinico prevede che il paziente rifletta e decida su base informata; pertanto il professionista sanitario dovrà informare il paziente delle conseguenze cliniche di un mancato cambiamento di abitudini quando introduce la LINEA.


Una parte importante del modello è che è il paziente che compila i moduli e risponde verbalmente alle domande. Il dottor Kirkby non dovrebbe discutere con Mr. Hanson o dirgli che ha un problema. Per il signor Hanson è necessario avere il tempo e il silenzio necessari per riflettere. Potrebbe essere la prima volta che riflette in questo modo, e la prima volta che il Dr. Kirkby ha ascoltato questo tipo di riflessione.

4.1 L'importanza di smettere di fumare (9; 10)

Spiega al tuo paziente:

Il fumo peggiora la tua funzione respiratoria e può ridurre l'efficacia dei farmaci

Chiedi al tuo paziente: In una scala da 0 a 10, quanto è importante per te smettere di fumare subito?



'per nulla' *'moltissimo'*

Se il signor Hanson dovesse scegliere il numero 6 senza dare motivazione, il Dr. Kirkby potrebbe rispondere con una breve domanda del tipo: "Perché hai valutato l'importanza con 6 e non 3?" e poi tacere di nuovo fino a quando il paziente ha terminato la riflessione e la risposta.

Il signor Hanson potrebbe rispondere: "Ho scelto il numero 6 perché i miei polmoni non funzionano bene e riesco a malapena a camminare al secondo piano. E per di più, ai miei nipoti non piace che io fumo". In questo modo, il signor Hanson trova motivi individuali per smettere di fumare. Il Dr. Kirkby dovrà rimanere tranquillo e neutrale durante la riflessione del paziente, poiché l'effetto dell'ascolto della propria voce ha un impatto maggiore di quello dell'ascolto di qualcun altro che parla.


4.1 Classifica di fiducia in se stessi del successo nel processo di cambiamento (9; 10)

Spiega al tuo paziente:

Smettendo di fumare puoi la tua funzione respiratoria e a l'efficacia dei farmaci

Chiedi al tuo paziente:

Se decidi di smettere di fumare, a che livello lo farai?



'per nulla' *'moltissimo'*

Dopo che il signor Hanson ha compilato il modulo, può condividere le sue riflessioni. Oppure, il Dr. Kirkby potrebbe

aggiungere una domanda simile a quella sopra, sul perché il signor Hanson abbia valutato la sua decisione come un 5. Mr. Hanson: "Ho scelto il numero 5 anziché 3 perché so che mia figlia potrebbe sostenermi - e sarebbe di grande aiuto." Il Dr. Kirkby potrebbe anche aggiungere una domanda del tipo: "Cosa ci vorrebbe per aumentare la tua capacità da 5 a 7?" È importante che il Dr. Kirkby non tenti di assumersi la responsabilità della situazione. Se il signor Hanson tace, il Dr. Kirkby potrebbe porre un'altra domanda: "Cosa posso fare per aiutarti a passare dal numero 5 al 7?"

La LINEA è uno strumento che consente al medico di comprendere relativamente rapidamente come il paziente vede l'importanza del cambiamento e quanto si sente sicuro di entrare e completare il processo di cambiamento. Questa informazione è strettamente correlata al singolo paziente e alle sue condizioni. Ora il paziente ha aperto la porta a ciò che conta davvero.

Ulteriori informazioni individuali verranno raccolte dal prossimo strumento, la SCATOLA (vedi sotto). Sarà utile per le prossime fasi del processo di cambiamento.

20 WHO-CC • Centro di promozione della salute clinica • Ospedale universitario di Bispebjerg • Copenaghen, Danimarca • Scienze della salute • Università di Lund, Svezia

La SCATOLA

Il Dr. Kirkby dovrebbe quindi procedere all'introduzione della SCATOLA, che integra la LINEA sostenendo l'ulteriore riflessione del paziente. Consiste in quattro quadrati aperti da compilare e riflette l'ambivalenza che è spesso correlata a un processo di cambiamento.

4.1 Uso della SCATOLA per aprire il dialogo (9-11)

1: Che vantaggi da continuare a fumare?	2: Che svantaggi da continuare a fumare?
3: Che svantaggi da smettere di fumare?	4: Che vantaggi da smettere di fumare?

Le domande all'interno dei quadranti del bilancio decisionale SCATOLA sono selezionate per riflettere le preoccupazioni relative agli impatti situazionali o personali della cessazione del fumo. Le domande sono più facilmente personalizzabili attraverso un attento ascolto.

È importante che il Dr. Kirkby non fraintenda l'ambivalenza con la mancanza di motivazione. Fa parte del processo di cambiamento provare un po' di ambivalenza, e la SCATOLA è un modo semplice per mapparla a livello individuale. Ancora una volta, il Dr. Kirkby dovrebbe tacere e lasciare che il paziente faccia il lavoro. Se non riesce a tacere, può ripetere le ultime parole dette dal paziente, oppure può sostenere la riflessione dicendo: "Quindi, da un lato, dici che devi smettere di fumare a causa della tua salute e dei tuoi nipoti. D'altra parte, hai paura di non riuscire a smettere. Vedo che questa è una situazione difficile?" Il punto interrogativo alla fine della frase indica curiosità invece di conclusione, giudizio o stanchezza.

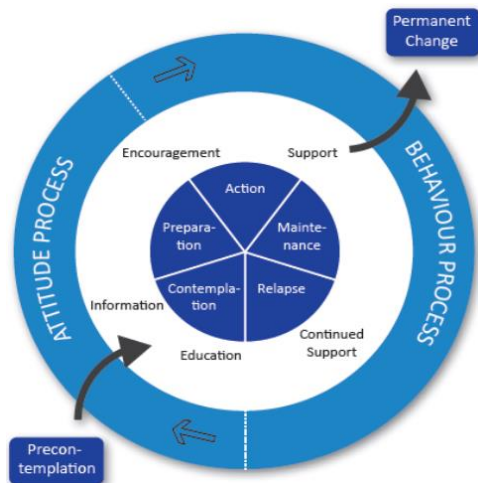
Dopo aver completato la LINEA e la SCATOLA, il signor Hanson ha mosso i primi passi sulla dura strada per smettere di fumare. Ha rivendicato la proprietà del processo. Il signor Hanson è lo specialista personale nella propria situazione e condizione, mentre il dott. Kirkby è lo specialista professionale. Hanno raggiunto un quadro comune e più chiaro delle ragioni del fumo e della rinuncia al fumo, su cosa il signor Hanson può costruire nel processo di cambiamento e su come il Dr. Kirkby può supportarlo.

In questo momento è importante introdurre il CERCHIO, che è principalmente uno strumento per il dott. Kirkby da consultare da solo.

II CERCHIO

A differenza di LINEA e SCATOLA, il CERCHIO non è uno strumento che di solito è necessario impiegare direttamente nel dialogo con un paziente. Il CERCHIO è un'illustrazione delle diverse fasi che una persona attraverserà quando sta subendo il processo di cambiamento. Può essere interessante per il paziente conoscere le diverse fasi; tuttavia il CERCHIO è soprattutto uno strumento per il professionista per capire quali iniziative sono appropriate a supporto del paziente. Le diverse iniziative dipendono da dove si trova il paziente all'interno del processo di cambiamento.

4.4 Il CERCHIO (9-11)



All'interno del cerchio blu sono mostrate le diverse fasi tra la precontemplazione e il cambiamento permanente. Nel cerchio bianco sono indicati diversi tipi di azione dal clinico. Il cerchio azzurro esterno offre una panoramica delle fasi relative ai cambiamenti di atteggiamento e comportamento.

Come menzionato nel capitolo 2, il processo di cambiamento è stato descritto come un processo circolare. Ciò significa che le fasi di Ricaduta e Cambiamento Permanente sono state aggiunte alle fasi introdotte per la prima volta da Prochaska e Di Clemente. Le due fasi aggiuntive potrebbero essere viste come un ulteriore sviluppo della fase, che Prochaska e Di Clemente chiamano Uscita Permanente. Dividendo la fase di Uscita Permanente in due fasi, il CERCHIO fornisce un'ulteriore comprensione della sfida di mantenere il cambiamento. Alla fine, la fase di Mantenimento comporterà una ricaduta o una fase di cambiamento permanente.

Questa aggiunta offre una visione più ampia dell'intero processo (figura 4.4).

Precontemplazione

Questa è la prima fase del cambiamento, in cui il paziente non si preoccupa del proprio comportamento e non ha piani per apportare una modifica. Il piano per un cambiamento nel comportamento è molto distante, a più di sei mesi di distanza.

Contemplazione

In questa fase, il paziente diventa ambivalente riguardo al proprio comportamento ma ha iniziato a riflettere sul cambiamento. Il piano è di cambiare comportamento entro i prossimi sei mesi.

Preparazione

In questa fase, il paziente si preoccupa di come completare il cambio di comportamento e sta pianificando di cambiare comportamento entro il mese successivo.

Azione

Questa è la fase in cui il paziente ha recentemente cambiato comportamento e si impegna a mantenere il nuovo stile di vita. Questa fase dura circa sei mesi.

Mantenimento

In questa fase, il paziente ha vissuto con il cambiamento per almeno sei mesi e quindi presta attenzione decrescente al mantenimento del nuovo comportamento nello stile di vita.

Ricaduta

In alcuni casi, il paziente può sperimentare una ricaduta e tornare al suo comportamento precedente. Dovrà quindi ricominciare, ma sempre ad un livello più alto di esperienza e conoscenza. Lo stadio del recupero può verificarsi ripetutamente, come ad esempio per molti fumatori.

Cambiamento Permanente

In questa fase, il paziente ha integrato il nuovo comportamento come parte della sua identità e ora può resistere alle tentazioni di riprendere il vecchio comportamento.

La maggior parte dei pazienti che hanno compilato la LINEA e la SCATOLA avranno superato la fase di precontemplazione, ma il Dr. Kirkby deve ancora far rimanere la responsabilità del processo nelle mani del paziente. Per continuare il dialogo potrebbe essere utile chiedere al signor Hanson qualcosa del tipo: "Cosa dovrebbe succedere adesso? Sembra che tu abbia molte buone ragioni per cambiare le tue abitudini al fumo. Cosa farai?"

A seconda della risposta, il CERCHIO può aiutare il Dr. Kirby a sapere cosa fare. Se il signor Hanson è nelle prime fasi, sono necessarie informazioni e se ha iniziato l'azione reale, l'incoraggiamento e il sostegno sono l'approccio giusto.

Il Modello Operativo

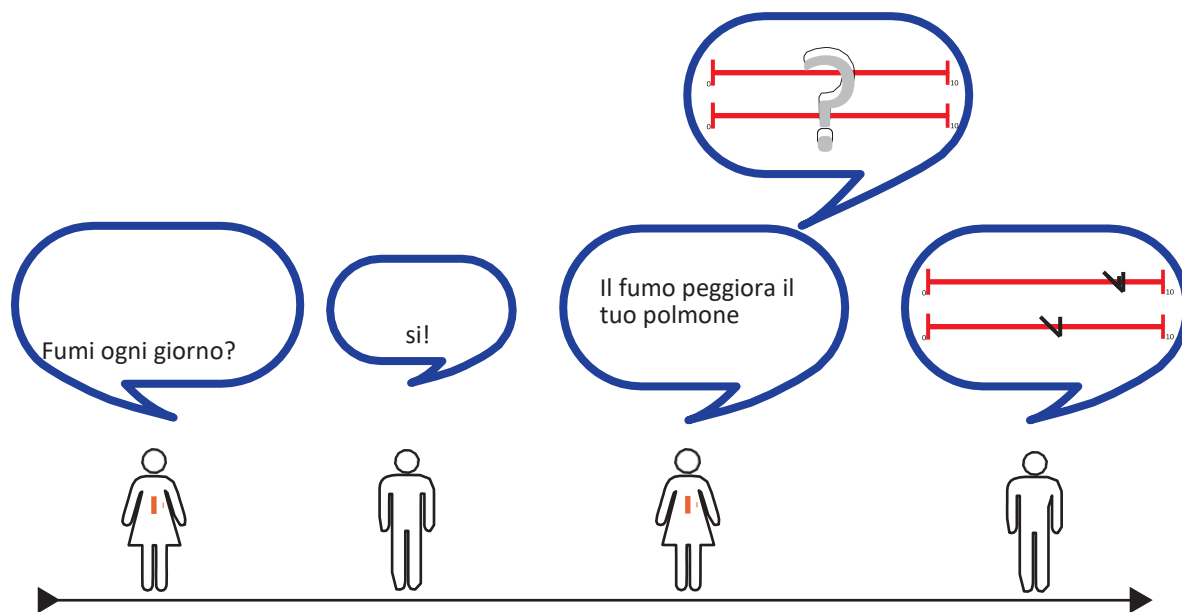
Nel complesso, il Dr. Kirby può anche utilizzare l'intero Modello operativo come strumento professionale di supporto nella sua guida dei pazienti. Sentirà spesso una calma professionale e una soddisfazione nel sapere sempre qual è il prossimo passo. Nella figura 4.5 seguente, viene illustrata l'integrazione della LINEA, della SCATOLA e del CERCHIO nel percorso clinico.

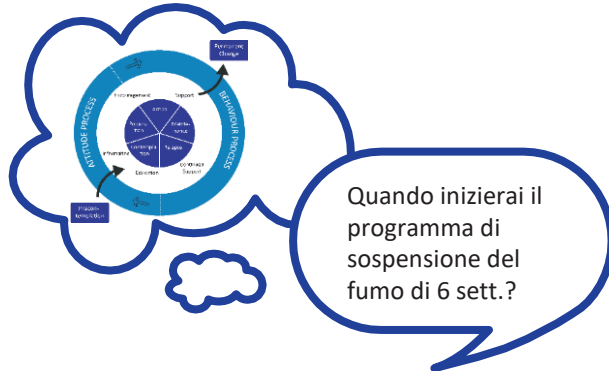
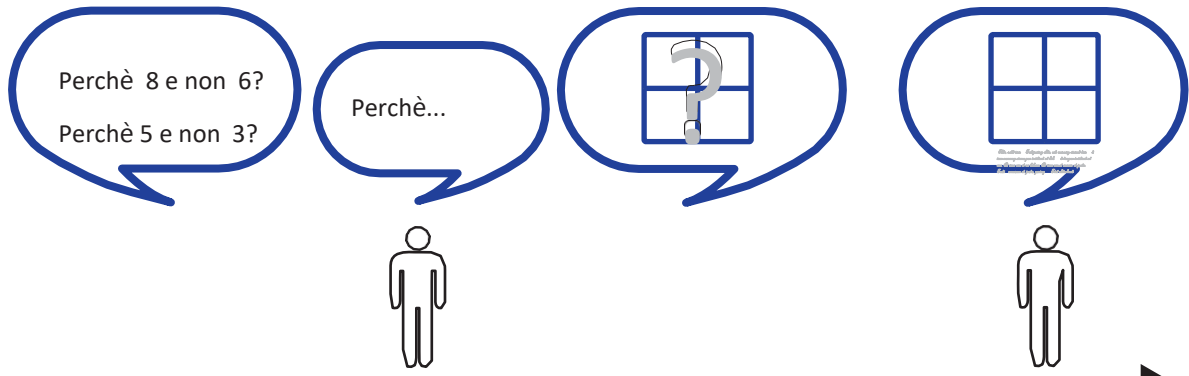
Di fronte a un paziente che ha dei dubbi su un necessario cambiamento nello stile di vita, il Modello Operativo può essere di grande aiuto. La LINEA è di solito il primo strumento ad essere introdotto. La LINEA funziona come una classifica di autoefficacia, in cui al paziente viene data l'opportunità di riflettere sul cambiamento che sta per affrontare. Laddove la LINEA viene utilizzata per far riflettere il paziente, la SCATOLA funziona come uno strumento per aiutare il paziente a valutare i pro e i contro in una determinata situazione e per illustrare l'ambivalenza del paziente nei confronti dei cambiamenti comportamentali. Il CERCHIO è uno strumento che aiuta l'operatore sanitario a seguire e comprendere le diverse fasi del cambiamento che il paziente subirà.

I seguenti capitoli forniranno maggiori informazioni sull'uso del Modello Operativo con diversi gruppi di pazienti e in contesti clinici diversi.

Come sperimenterete nei capitoli seguenti, il Modello Operativo funziona come uno strumento correlato al processo per il supporto dei pazienti, ma al fine di rendere il processo di cambiamento davvero efficace, il Modello operativo non può essere autonomo. L'uso del Modello Operativo deve essere integrato con un rinvio a un programma standardizzato di intervento. Le prove mostrano che brevi interventi hanno poco o nessun effetto. Il supporto nel processo di cambiamento dovrebbe basarsi sull'evidenza di interventi efficaci.

4.2 Il modello operativo come supporto per gli operatori sanitari





Riferimenti Scientifici

- (1) Thomsen T, Esbensen BA, Samuelsen S, Tønnesen H, Møller AM. Brief preoperative smoking cessation counselling in relation to breast cancer surgery: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13:344-9.
- (2) Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD001837.
- (3) McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD005191.
- (4) Goldstein H, Tonnesen H. Preventive medicine in Danish hospitals. *Ugeskr Laeger* 2005;167:1177-80.
- (5) Boel T, Kannegaard PN, Goldstein H, Andersen T. Smoking, alcohol overconsumption and obesity before elective surgery. Prevalence and patient motivation for risk reduction. *Ugeskr Laeger* 2004;166:3297-300.
- (6) Warner DO. Perioperative abstinence from cigarettes: physiologic and clinical consequences. *Anesthesiology* 2006;104:356-67.
- (7) Goldstein H, Tonnesen H. Preventive medicine in Danish hospitals. *Ugeskr Laeger* 2005;167:1177-80.
- (8) McBride CM, Puleo E, Pollak KI, Clipp EC, Woolford S, Emmons KM. Understanding the role of cancer worry in creating a “teachable moment” for multiple risk factor reduction. *Soc Sci Med* 2008;66:790-800.
- (9) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. [Smoking Cessation in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2001.
- (10) Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbæk M, Tønnesen H. [Alcohol - Health Promotion in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (11) Jørgensen SJ, Hansen HV, Hessov I, Lauritsen JB, Madelung S, Tønnesen H. [Operation - Complications can be prevented] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.

5. Il modello operativo utilizzato in area chirurgica: riduzione del rischio preoperatorio

Questo capitolo introduce l'utilizzo del modello operativo in ambiente chirurgico. I pazienti chirurgici trarranno beneficio da un cambiamento attraverso le attività di promozione della salute e, in questo cambiamento, la LINEA, la SCATOLA e il CERCHIO possono essere di grande aiuto. I pazienti chirurgici hanno spesso brevi periodi di degenza, per questo il contatto personale deve essere stabilito immediatamente e gli strumenti e gli interventi applicati devono essere molto efficaci.

Nel caso descritto in questo capitolo, un chirurgo utilizza gli strumenti per sostenere un paziente che deve affrontare la sfida di dover smettere di bere alcolici prima dell'intervento all'anca.

I fatti

L'esito di un intervento chirurgico come per altri tipi di trattamento è strettamente correlato a quattro parametri principali: diagnosi (patologia maligna o benigna); trattamento (curativo o palliativo); organizzazione (ad esempio formazione del personale o uso di linee guida cliniche basate sull'evidenza); salute e comorbidità del singolo paziente. Il peso della malattia e la lunghezza del percorso chirurgico del paziente sono stati migliorati negli ultimi secoli attraverso una migliore diagnostica e trattamento. Il miglioramento dell'organizzazione è stato al centro degli ultimi decenni, ma gli investimenti aggiuntivi per la promozione della salute per i pazienti sono stati al centro dell'attenzione solo negli ultimi anni. Le complicanze perioperatorie più frequenti sono le infezioni, le complicanze della ferita, problemi cardiopolmonari ed episodi emorragici (1-3). L'aumento di complicanze legato all'assunzione di alcol dopo procedure chirurgiche maggiori e minori, chirurgia a cielo aperto e chirurgia a distanza, dopo operazioni acute e pianificate è presente sia per gli uomini che per le donne. Un'assunzione media superiore a due unità al giorno (1U=10ml=8g di alcol puro) sembra essere la soglia. Il tasso di complicanze aumenta di circa il 50% per un paziente che beve 3-4 unità al giorno e aumenta di circa il 300-400% con un'assunzione media di 5 o più unità al giorno - questo si rileva anche nel caso di pazienti senza dipendenza o altre malattie indotte dall'alcol come cirrosi epatica, pancreatite o polineuropatia (2).

La spiegazione è che l'alcol riduce significativamente tutte le funzioni degli organi e aumenta il rischio di alterare la risposta immunitaria, indurre insufficienza cardiaca subclinica, squilibrio emostatico prima dell'intervento chirurgico e aumento della risposta allo stress chirurgico perioperatorio.

Perciò i pazienti con un'assunzione di alcol di 2-3 U diventano più vulnerabili all'intervento rispetto a quelli con un'assunzione media di 0-2 unità al giorno (4-7).

Uno studio ha dimostrato che è sufficiente la sospensione dell'alcol per sole quattro settimane prima dell'intervento per dimezzare lo sviluppo di complicanze postoperatorie che richiedono un trattamento e per migliorare le funzioni degli organi tra cui la capacità immunitaria, la funzione cardiaca, l'equilibrio emostatico e la risposta allo stress perioperatorio (8). L'effetto della riduzione dell'alcol sull'esito chirurgico non è stato ancora dimostrato (9).

CASO

Il signor Jensen è in lista d'attesa per un secondo intervento di sostituzione protesica dell'anca per artrite dolorosa. Il signor Jensen ha 62 anni. Ha un *body mass index* di 25.2 kg/m². Ogni giorno gli piace bere una buona bottiglia di vino rosso insieme alla moglie e alla sera preferisce del *brandy*. Non fuma e non soffre di malattie croniche (a parte l'artrite-indicazione di artroplastica). La prima artroplastica ha avuto complicazioni e un lungo ricovero. Questa volta il signor Jensen spera che il risultato sia migliore.

Nel caso, il signor Jensen sembra assumere la sua bottiglia di vino rosso quasi ogni sera e anche se non soffre di problemi di salute questo aumenta il suo rischio di sviluppare complicazioni dopo l'intervento chirurgico di circa il 300-400%.

Il signor Jensen ha anche altre alternative oltre a sperare in un risultato migliore dell'intervento.

Può trarre beneficio da un programma preoperatorio che include informazioni, supporto motivazionale e un programma concreto di intervento di quattro settimane per la sospensione dell'alcol (10).

Pratica

Il programma gold standard (Gold Standard Programme-SPG) per gli interventi sulla sospensione dell'alcol prima dell'intervento chirurgico consiste in cinque incontri in quattro settimane tra il paziente un infermiere qualificato per la promozione della salute. L'SPG prevede l'utilizzo di piccole dosi di disulfiram con monitoraggio medico (11), il trattamento profilattico dei sintomi di astinenza dall'alcol e vitamine del gruppo B secondo le raccomandazioni generali (12).

La lista operatoria delle aree chirurgiche è diversa da altri contesti medici. E' caratterizzata da una data di intervento fissata, un periodo preoperatorio relativamente breve e una degenza ospedaliera minima - almeno nel caso di un percorso privo di complicanze. I pazienti chirurgici necessitano quindi di un programma di intervento sull'alcol, che si svolge in regime ambulatoriale preoperatorio e prosegue la degenza ospedaliera.

Il programma dovrebbe essere molto efficace, poiché raramente ci sarà tempo per ripeterlo. Ciò significa che questi pazienti devono passare attraverso le diverse fasi del cambiamento relativamente rapidamente (figura 4.4) rispetto ad altri gruppi di pazienti. Per noi è importante ricordare che il livello di motivazione non è uniforme. Ad esempio, i pazienti chirurgici sembrano più disposti a cambiare rispetto ai pazienti in altri contesti (13).

Utilizzo del Modello Operativo

A Jensen verrà offerto l'SPG per la sospensione dell'alcol sopra descritta, in quanto si tratta per ora dell'unico programma basato sulla evidenza per ridurre i tassi di complicanze (10). Ma prima di impegnarsi nel programma, il signor Jensen deve capire e accettare che rinunciare all'alcol è la soluzione giusta durante il periodo chirurgico.

Il dialogo di apertura del programma di cessazione dell'alcol comprende un'introduzione del modello operativo: la LINEA, la SCATOLA e il CERCHIO. Le informazioni e le domande devono essere indirizzate in modo particolare al paziente chirurgico, all'intervento e al rischio aumentato di complicanze per i pazienti che bevono troppo.

Contrariamente all'esempio illustrato nel capitolo 4, l'uso della LINEA includerà in tre domande e non solo due (figure 5.1, 5.2, 5.3). Le complicazioni peri e postoperatorie generano la necessità di un altro livello di riflessione da parte del paziente.

5.1 Il rischio di complicanze (14;15)

Spiega al tuo paziente:

Tutti gli interventi chirurgici hanno un rischio di complicanze, ma molte di esse si possono prevenire. Un fattore importante per la prevenzione è il tuo impegno.

Chiedi al tuo paziente:

Signor Jensen in una scala da 0 a 10, quanto è importante



La maggior parte dei pazienti fornirà ovviamente un alto punteggio per evitare complicazioni; questo costituisce un eccellente inizio del dialogo. Le prossime due domande per Jensen seguono lo stesso metodo delle figure 4.1 e 4.2.

5.2 L'importanza di smettere di bere (14;15)

Spiega al tuo paziente:

IL rischio di complicanze postoperatorie aumenta di 3-4 volte nel paziente che assume alcolici in eccesso.

Chiedi al tuo paziente:

Signor Jensen, in una scala da 0 a 10, quanto è importante per lei smettere di bere in relazione all'intervento chirurgico?



Il prossimo passo sarà informarsi sulla fiducia che il signor Jensen ha in se stesso

5.3 Fiducia in se stesso per smettere di bere (14;15)

Spiega al tuo paziente:
Se smetti di bere 4 settimane prima dell'intervento puoi dimezzare il rischio di complicanze chirurgiche.

Chiedi al tuo paziente:
Se decidessi di smettere di bere in relazione all'operazione, fino a che punto saresti in grado di farlo?

0 10

'Per nulla' 'Moltissimo'

La LINEA è uno strumento per facilitare la riflessione del signor Jensen sulla sfida di smettere di bere. Come spiegato nel capitolo 3, la LINEA non è intesa come uno strumento per valutare le considerazioni del paziente sul cambiamento del comportamento o sulla sua capacità di sottoporsi a tale processo. La LINEA è uno strumento per dare al paziente spazio per le riflessioni sul cambiamento e per aprire il dialogo; la scala dipende dalla valutazione che il paziente dà alle sue considerazioni.

Una parte importante della contemplazione e della preparazione di Mr. Jensen è la riflessione sui benefici che il cambiamento delle abitudini porterà alla sua vita. La SCATOLA offre a Jensen l'opportunità di pensare a pro e contro, e questo gli dà un'idea dell'impatto del cambiamento che sta per affrontare.

5.4 Utilizzo del BOX per aprire il dialogo (14-16)

1: What are the advantages in continuing your usual intake of alcohol?	2: What are the disadvantages in continuing your usual intake of alcohol?
3: What are the disadvantages of giving up drinking alcohol?	4: What are the advantages of giving up drinking alcohol?

Impatto

L'impatto include un tremendo effetto sull'assunzione di alcol nel periodo perioperatorio. Circa l'80-90% dei pazienti chirurgici sottoposti a SPG di quattro settimane ha smesso di bere in fase preoperatoria. Anche il risultato postoperatorio è significativamente migliorato con lo sviluppo di un minor numero di complicanze (10). Un recente studio di intervista su pazienti chirurgici con assunzione pericolosa di alcol ha mostrato un atteggiamento positivo nei confronti dell'SPG (17).

ESEMPI DI EFFETTI

Un intervento sull'alcol con un effetto del 5-10% significa che devi trattare da 20 a 40 pazienti alcolici (numero necessario per il trattamento (NNT) = Da 20 a 40) per avere un paziente in più libero da complicazioni, mentre un altro programma con un effetto del 90% porta a NNT = da 2 a 3, vale a dire che devi solo trattare 2-3 pazienti alcolici per sperimentare un paziente extra senza complicazioni (2).

Fino ad ora, nessuno studio ha seguito l'effetto a lungo termine dell'SPG sulle abitudini di consumo. Tuttavia, un GSP perioperatorio simile per l'intervento per smettere di fumare ha mostrato un tasso sorprendentemente alto di cessazione continua del 21-33% dopo un anno (18-21).

Una sfida in relazione all'implementazione è il fatto che i pazienti chirurgici non sono le uniche persone che hanno bisogno di cambiare le loro abitudini: anche molti chirurghi e anestesisti hanno bisogno di un cambiamento. Inoltre, al fine di integrare più attività di promozione della salute nel percorso operativo, sia il personale chirurgico che l'organizzazione devono cambiare le loro abitudini. I chirurghi ortopedici svedesi hanno dato un esempio impressionante nei loro sforzi globali per raggiungere tutti i fumatori sottoposti a operazioni ortopediche elettive attraverso il loro programma nazionale: Un intervento senza fumo (22).

Nel complesso, l'aumento del tasso di complicanze dopo l'intervento chirurgico ha conseguenze enormi per il singolo paziente che beve troppo e per la società nel suo insieme.

I costi aggiuntivi sono stati stimati a 29-48 € pro capite in Danimarca a seconda del modello di calcolo (23). Ciò corrisponde a 14,3-23,6 miliardi di € per l'intera regione dell'Unione Europea se la frequenza e la distribuzione di interventi chirurgici e l'utilizzo dell'alcol sono simili a quelli danesi.

Anche a una frequenza e una distribuzione inferiori, i costi sono enormi per le complicazioni potenzialmente prevenibili.

Raccomandazioni

Chirurghi, anestesisti e personale dovrebbero informare i loro pazienti con un'elevata assunzione di alcol che questo aumenta il rischio di complicanze dopo l'intervento chirurgico e che smettere di bere 4 settimane prima dell'intervento ha un effetto molto significativo.

Fissata la data dell'intervento, il tempismo è tutto, perciò il programma di intervento per smettere di bere alcolici deve essere molto efficace come l'SPG. Fortunatamente, i pazienti chirurgici hanno un atteggiamento positivo nei confronti della riduzione del rischio in generale.

Il personale esperto può utilizzare il Modello operativo, che si concentra in particolare sul supporto dei pazienti chirurgici per entrare nel SPG per la cessazione dell'alcol.

Il personale dovrebbe inoltre essere formato al SPG stesso, che comprende l'educazione del paziente, i farmaci di supporto e il follow-up.

Ulteriori ricerche e sviluppi

Dobbiamo conoscere meglio i possibili effetti a lungo termine del modello operativo sullo stile di vita e sulle malattie che a cui predispone. Sono necessari anche ulteriori studi di intervento su diversi gruppi di pazienti.

Riferimenti scientifici

- (1) Spies CD, Nordmann A, Brummer G, Marks C, Conrad C, Berger G, Runkel N, Neumann T, Müller C, Rommelspacher H, Specht M, Hannemann L, Striebel HW, Schaffartzik W. Intensive care unit stay is prolonged in chronic alcoholic men following tumor resection of the upper digestive tract. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996;40:649-56.
- (2) Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: Evidence for best practice. *Br J Anaesth* 2009;102:297-306.
- (3) Spies CD, Neuner B, Neumann T, Blum S, Müller C, Rommelspacher H, Rieger A, Sanft C, Specht M, Hannemann L, Striebel HW, Schaffartzik W. Intercurrent complications in chronic alcoholic men admitted to the intensive care unit following trauma. *Intensive Care Med* 1996;22:286-93.
- (4) Tønnesen H. Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Dan Med Bull* 2003;50:139-60.
- (5) Spies C, Eggers V, Szabo G, Lau A, von Dossow V, Schonenfeld H, Althoff H, Hegenscheid K, Bohm B, Schroeder T, Pfeiffer S, Ziemer S, Paschen C, Klein M, Marks C, Miller P, Sander M, Wernecke KD, Achterberg E, Kaisers U, Volk HD. Intervention at the level of the neuroendocrine-immune axis and postoperative pneumonia rate in long-term alcoholics. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174:408-14.
- (6) Spies CD, von Dossow V, Eggers V, Jetschmann G, El-Hilali R, Egert J, Fischer M, Schröder T, Höflich C, Sinha P, Paschen C, Mirsalim P, Brunsch R, Hopf J, Marks C, Wernecke KD, Pragst F, Ehrenreich H, Müller C, Tønnesen H, Oelkers W, Rohde W, Stein C, Kox WJ. Altered cell-mediated immunity and increased postoperative infection rate in long-term alcoholic patients. *Anesthesiology* 2004;100:1088-100.
- (7) Bradley KA, Rubinsky AD, Sun H, Bryson CL, Bishop MJ, Blough DK, Henderson WG, Maynard C, Hawn MT, Tønnesen

H, Hughes G, Beste LA, Harris AH, Hawkins EJ, Houston TK, Kivlahan DR. Alcohol Screening and Risk of Postoperative Complications in Male VA Patients Undergoing Major Non-cardiac Surgery. *J Gen Intern Med* 2011;26:162-9.

- (8) Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318:1311-6.
- (9) Shourie S, Conigrave KM, Proude EM, Ward JE, Wutzke SE, Haber PS. The effectiveness of a tailored intervention for excessive alcohol consumption prior to elective surgery. *Alcohol Alcohol* 2006;41:643-9.
- (10) Oppedal K, Møller AM, Tønnesen H. Preoperative alcohol cessation intervention for postoperative complications and alcohol disorder (Protocol). *The Cochrane Collaboration*; 2010.
- (11) Krampe H, Ehrenreich H. Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. *Curr Pharm Des* 2010;16:2076-90.
- (12) Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet* 1997;349:1897-900.

- (13) Shi Y, Warner DO. Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *Anesthesiology* 2010;112:102-7.
- (14) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. [Smoking Cessation in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2001.
- (15) Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbaek M, Tønnesen H. [Alcohol - Health Promotion in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (16) Jørgensen SJ, Hansen HV, Hessov I, Lauritsen JB, Madlung S, Tønnesen H. [Operation - Complications can be prevented] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (17) Pedersen B, Alva-Jørgensen P, Raffing R, Tønnesen H. Fractures and Alcohol Abuse - Patient opinion on alcohol intervention. *The Open Orthop J* 2011;5:7-12.
- (18) Lindström D, Sadr-Azodi O, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Näsell H, Ponzer S, Adami J. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg* 2008;248:739-45.
- (19) Näsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of Smoking Cessation Intervention on Results of Acute Fracture Surgery - A Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg (Am)* 2010;92:1335-42.
- (20) Villebro NM, Møller AM, Pedersen T, Tønnesen H. Long-term effects of a preoperative smoking cessation programme. *Clin Respir J* 2008;2:175-82.
- (21) Thomsen T, Villebro NM, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 7 2010;(7):CD002294.
- (22) www.enrokfrioperation.se. 17-03-2012.
- (23) Hardt F, Grønbaek M, Tønnesen H, Kampmann P. [The Socio-Economic Consequences of Alcohol Consumption] In Danish. Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch; 1999.

6. Cardiologi impegnati nel Processo di Cambiamento: la riabilitazione

Questo capitolo introduce la riabilitazione cardiaca, che ha dimostrato di avere un grande impatto sul recupero dei pazienti cardiaci. I programmi completi di riabilitazione cardiaca durano spesso tra le quattro e le dodici settimane e si concentrano ampiamente sul cambiamento dei diversi comportamenti correlati al rischio cardiovascolare.

Nel caso menzionato in questo capitolo, Peterson sta subendo un programma di riabilitazione presso l'Unità di assistenza coronarica. Si trova di fronte alla necessità di un permanente cambiamento di stile di vita e abitudini.

I programmi di riabilitazione cardiaca sono stati sviluppati per la prima volta negli anni '60. L'obiettivo dei programmi è garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali possibili per i pazienti che hanno subito un infarto. L'ottimizzazione delle condizioni di salute aiuteranno i pazienti, grazie ai loro sforzi, a preservare o riprendere il loro precedente livello di funzione nella società. Ciò è finalizzato al mantenimento delle attività lavorative, al controllo della malattia di base e al miglioramento della prognosi del paziente con malattia coronarica.

I fatti

Le meta-analisi di 21 studi clinici randomizzati effettuati negli anni '80 hanno fornito dati sull'effetto della riabilitazione cardiaca sulla mortalità a lungo termine per cause cardiovascolari (1) e una recente analisi di Cochrane mostra che la riabilitazione cardiaca è efficace nel ridurre la mortalità cardiaca (2).

Oggi, la riabilitazione cardiaca consiste in programmi di approccio multidisciplinare alla riduzione complessiva del rischio cardiovascolare, che hanno come obiettivo la valutazione e la modifica dei fattori di rischio.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, si possono distinguere tre fasi dopo un infarto (vedere 6.1). Il programma di riabilitazione inizia immediatamente durante la permanenza nell'unità di cura coronarica (CCU), ma la parte principale si svolge dopo la dimissione.

6.1 Le tre fasi dell'infarto acuto

Fase I (giorni)	Fase II (settimane/mesi)	Fase III (mesi/anni)
Ricovero	Dimissione	Cure primarie Follow-up
Terapia intensive cardiaca	Centro di Riabilitazione Cardiovascolare	Obiettivi a lungo termine
Prevenzione recidive a breve termine	Stratificazione rischio +controllo fattori di rischio:	
Cessazione fumo	- Interventi per smettere di fumare	
Presa in carico riabilitativa	- Consulenza dietistica (incl. alcohol)	
	- Attività fisica > 30 min / day	
	- Consulenza specialistica	
	- Ottimizzazione terapia	

Fase I è il trattamento acuto nell'unità di cura coronarica fino alla dimissione. Fase II è il programma ambulatoriale dalla dimissione fino al ritorno alle attività lavorative o alla capacità di gestire le attività quotidiane. Fase III è l'ulteriore decorso dopo la fase II. L'intervallo tra i programmi di degenza ospedaliera (fase I) e ambulatoriale (fase II) dovrebbe essere il più breve possibile, preferibilmente non più di 1-2 settimane. La sequenza rapida di queste fasi riduce il livello di ansia e depressione.

La durata del programma di riabilitazione iniziale varia generalmente da quattro a dodici settimane. Al fine di mantenere uno stile di vita sano, il proseguimento del programma nella fase di follow-up (III) dovrebbe essere coordinato insieme al medico di medicina generale (3).

6.1 Le tre fasi dell'infarto acuto

Fase I (giorni) Ricovero
Terapia intensive cardiaca Prevenzione recidive a breve termine
Cessazione fumo
Presa in carico riabilitativa

Fase II (settimane/mesi)
Dimissione
Centro di Riabilitazione Cardiovascolare
Stratificazione rischio +controllo fattori di rischio:
- Interventi per smettere di fumare
- Consulenza dietistica (incl. alcohol)
- Attività fisica > 30 min / day
- Consulenza specialistica
- Ottimizzazione terapia

Fase III (mesi/anni)
Cure primarie
Follow-up
Obiettivi a lungo termine

CASO

Il Sig. Peterson è un direttore commerciale di 55 anni che ogni giorno viaggia molte ore in automobile. Ha iniziato a fumare all'età di 16 anni e oggi è moderatamente sovrappeso. Viene dimesso dall'unità di cura coronarica quattro giorni dopo il suo primo attacco di cuore. Non era mai stato ricoverato in ospedale prima. E' stato sottoposto a rivascolarizzazione con angioplastica coronarica percutanea (PCI).

Alla dimissione, Peterson assume quattro diversi farmaci ogni giorno. È in programma per la sua prima visita nella clinica di riabilitazione il prossimo mercoledì.

Il Sig. Peterson continua a non fumare e la dott.ssa Adons lo invia a partecipare ad un programma, in cui sarà affiancato da un istruttore esperto. Il sig. Peterson lavorerà con un dietologo per impostare una dieta sana per il cuore, con un fisioterapista in un programma per aumentare l'attività fisica e in momenti diversi avrà consultazioni con la dott.ssa Adons o l'infermiera riguardo la sua riabilitazione generale e le sue terapie.

Nella prima consultazione la dott.ssa Adons informa il Sig. Peterson che ha un rischio aumentato di reinfarto e di mortalità precoce a causa dei suoi fattori di rischio. Un programma online spiega come la modifica dello stile di vita può ridurre significativamente il rischio cardiovascolare.

Oggi, la degenza in ospedale per un infarto è stata ridotta a pochi giorni e l'attenzione principale è rivolta al trattamento acuto con l'inizio e il monitoraggio di farmaci, come aspirina, beta-bloccanti e statine. Tuttavia, già in terapia intensive cardiovascolare Mr. Peterson riceverà brevi informazioni e raccomandazioni per introdurlo in un programma di riabilitazione cardiaca sartoriale presso una clinica di riabilitazione.

Inoltre, proprio mentre è in ospedale, il Sig. Peterson si impegnerà a iniziare un cambiamento di stile di vita. Poiché il Sig. Peterson è ricoverato in un ospedale per non fumatori, inizierà un programma per smettere di fumare prima di lasciare la degenza. Anche il primo passo verso una rilevante modifica dietetica viene compiuto durante la degenza ospedaliera, poiché tutti gli alimenti disponibili nel menu soddisfano i criteri dietetici per alimenti salutari per il cuore.

La Pratica

Il mercoledì seguente, Peterson partecipa al suo primo incontro presso la clinica di riabilitazione cardiovascolare. Qui la dott.ssa Adons si presenta come riferimento generale del sig. Peterson e spiega il programma in clinica. In questa prima riunione, il dott. Adons e il sig. Peterson valutano le sue condizioni e i suoi parametri di salute. Peterson spiega che dalla sua dimissione, ha cercato su Internet, dove ha trovato informazioni che indicano che l'alcool protegge il cuore. Peterson ha seguito il consiglio alla lettera e ora beve una bottiglia di vino ogni giorno. È molto attento a non ubriacarsi, quindi beve il primo bicchiere di vino al mattino e dopo aspetta dalle due alle tre ore prima di bere il bicchiere successivo.

La dott.ssa Adons spiega che durante il suo programma ambulatoriale, Peterson lavorerà con diversi operatori sanitari per r

Prima di iniziare i programmi per modificare lo stile di vita la dott.ssa Adons fornisce al sig. Peterson queste informazioni:

- Un intervento per smettere di fumare ridurrà il rischio di reinfarto non fatale e il tasso di mortalità cardiovascolare sarà ridotto fino al 50% in un periodo di follow-up di due anni.
- La modifica delle abitudini alimentari ha un ruolo importante nella riabilitazione cardiaca perchè reduce significativamente la mortalità totale.
- Un'eccessiva assunzione di alcol dovrebbe essere evitata, poiché l'alcool è direttamente tossico per le cellule muscolari cardiache e quindi può aumentare il rischio di disfunzione muscolare di un cuore già ischemico e per lo sviluppo di cardio-miopia alcolica nel tempo.
- A causa degli effetti avversi dell'obesità su altri fattori di rischio, è importante ridurre il peso.
- È stato dimostrato che la consulenza sull'attività fisica e l'allenamento fisico nei programmi di riabilitazione riducono il rischio di mortalità totale, mortalità cardiovascolare e reinfarti fatali. Un aumento del livello di attività fisica e il miglioramento della forma cardio-respiratoria sono anche associati a una migliore sopravvivenza.

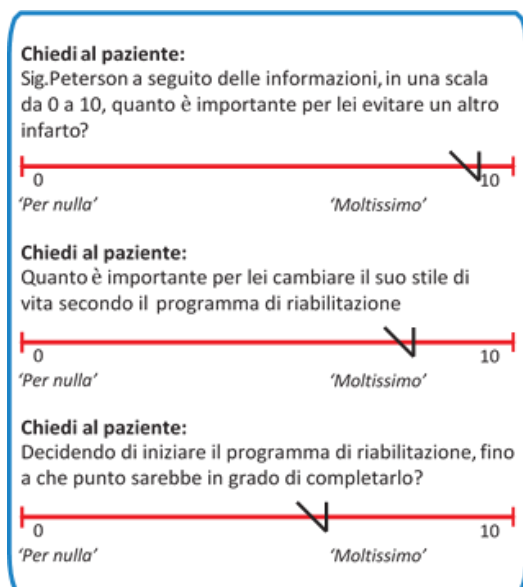
La dott.ssa Adons è consapevole che all'inizio il signor Peterson può sentirsi travolto da troppe informazioni sui i fattori di rischio, ma è anche consapevole dell'importanza che il signor Peterson sia informato delle sue condizioni generali e quali sfide deve affrontare.

Informandolo su tutti i fattori di rischio, la dott.ssa Adons fornirà al signor Peterson le conoscenze necessarie per decidere quali azioni intraprendere.

La dott.ssa Adons è pienamente consapevole dell'enorme carico di informazioni e, ripetendo importanti informazioni e distribuendo informazioni scritte, la dott.ssa Adons aiuta il signor Peterson a ricordare maggiori dettagli dopo l'incontro.

La dott.ssa Adons prosegue con la consulenza introducendo un'introduzione sulla LINEA.

6.2 Importanza e autovalutazione di fiducia in se stessi (4;5)



Dopo aver completato le tre LINEE, il signor Peterson ha il tempo necessario per riflettere su questo nuovo input e acquisirne la consapevolezza. La dott.ssa Adons guida la struttura del dialogo sulla base dei punteggi indicati dal sig. Peterson sulle tre LINEE, ma gli lascia le decisioni e la scelta della frequenza delle consulenze. Quando la dott.ssa Adons ritiene che il signor Peterson sia pronto a continuare, introduce la SCATOLA, che gli darà il tempo di riflettere sui vantaggi e gli svantaggi sia di una continuazione del suo stile di vita esistente sia di un cambiamento nello stile di vita (figura 6.3).

6.3 Utilizza la SCATOLA per iniziare il dialogo (4-6)

1: Che vantaggi hai Se continui a vivere come hai fatto finora?	2: Che svantaggi hai Se continui a vivere come hai fatto finora?
3: Che svantaggi hai hai se inizi un programma di riabilitazione ?	4: Che vantaggi hai se inizi un programma di riabilitazione ?

Come la maggior parte degli altri pazienti dopo un recente infarto, il signor Peterson decide di fare il possibile per migliorare la sua prognosi. Le LINEE, la SCATOLA e il successivo dialogo con un professionista sanitario lo aiutano a riflettere sul processo di cambiamento che sta per intraprendere. È importante ricordare che l'uso del Modello Operativo non funzionerà sufficientemente da solo, ma dovrà essere seguito da programmi su misura adatti alle esigenze e alle preferenze del paziente.

La dott.ssa Adons e il resto dello staff della clinica di riabilitazione cardiaca coordineranno il tempo necessario per il programma in collaborazione con il signor Peterson. Poiché il signor Peterson deve intraprendere diversi processi di cambiamento dello stile di vita, gli operatori sanitari della clinica di riabilitazione cardiologica dovranno avere la consapevolezza di come il signor Peterson sta progredendo nei diversi processi di cambiamento sovrapposti. Il CERCHIO aiuterà lo staff a mantenere la visione d'insieme e a sostenere il processo di cambiamento del signor Peterson.

Raccomandazioni

Esistono diverse linee guida internazionali basate sull'evidenza che raccomandano la migliore pratica clinica della riabilitazione cardiaca (7-9). L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di inserire nel programma riabilitativo oltre alla valutazione e all'adeguamento delle cure mediche anche diversi altri elementi (vedi 6.4) (10).

Tutti i pazienti devono ricevere supporto professionale e interventi specifici, incluso il supporto motivazionale relativo ai singoli fattori di rischio del paziente.

Invece di informare e gestire un fattore di rischio alla volta, è meno dispendioso in termini di tempo fornire informazioni su tutti i fattori di rischio contemporaneamente. Inoltre, un'attenzione combinata su tutti i fattori di rischio consentirà anche al paziente di comprendere meglio l'intero programma di riabilitazione. In generale, gli interventi mirati a una combinazione di più fattori di rischio sono migliori o almeno pari a quelli di un fattore singolo.

Impatto

Le malattie cardiovascolari sono una delle cause più comuni di mortalità precoce e morbilità.

L'obiettivo di un'efficace riabilitazione cardiaca nel percorso del paziente cardiaco sarebbe quindi di ridurre sia la recidiva della malattia acuta sia le complicanze a lungo termine.

Inoltre attraverso i programmi di riabilitazione completi raccomandati oggi si possono prevenire anche altri tipi di malattie associate allo stile di vita.

Questi programmi di promozione della salute clinica consistono in un approccio poliedrico e multidisciplinare alla riduzione del rischio cardiovascolare globale, attraverso la valutazione e la modifica dei fattori di rischio.

Consulenza nutrizionale	Diario alimentare giornaliero inclusa assunzione di alcoolici Abitudini alimentari	Prescrizione modifiche dieta con programma personalizzato Educazione/formazione del paziente (e familiari)
Cessazione fumo	Verificare se fuma	Impostare programma per cessazione fumo Aggiornare l'adesione in ogni controllo
Controllo del peso	Controllare peso, altezza, circonferenza vita Calcola il BMI	Nei pazienti con BMI>25 stabilire obiettivi raggiungibili a breve e lungo termine. Sviluppare un programma integrato di dieta, attività fisica e stile di vita
Attività fisica	Ottenere un test da sforzo	Sviluppare un programma di esercizi individualizzato per l'allenamento di resistenza aerobica
Intervento psicosociale	Colloquio e/o strumenti di misurazione standardizzati per identificare il disagio psicosociale	Offrire formazione e consulenza individuali Sviluppare riabilitazione di supporto Cooperare con specialista in salute mentale
Terapia alla dimissione	Valutare terapia a lungo termine	Monitora aggiustamenti dosi ed effetti collaterali

Riferimenti scientifici

- (1) Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004 May 15;116:682-92.
- (2) Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD001800.
- (3) World Health Organisation. Needs and Action Priorities in Cardiac Rehabilitation for secondary Prevention in Patients with CHD. 1993.
- (4) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. [Smoking Cessation in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2001.
- (5) Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbaek M, Tønnesen H. [Alcohol - Health Promotion in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (6) Jørgensen SJ, Hansen HV, Hessov I, Lauritsen JB, Made-lung S, Tønnesen H. [Operation - Complications can be prevented] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (7) Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:1-17.
- (8) Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007;28:2375-414.
- (9) Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007;115:2675-82.
- (10) World Health Organisation. CVD-Risk Management Package for low- and medium-resource settings. 2002.

7. Il Modello Operativo utilizzato dagli Audiologi

In questo capitolo, il setting è la clinica audiologica. L'attenzione si concentra su come il modello operativo può essere utilizzato a supporto di pazienti con perdita dell'udito. Nel caso menzionato in questo capitolo un audiologo si trova di fronte a un paziente che non è convinto che la sua perdita dell'udito sia un grosso problema, ma ha accettato di farsi visitare nella clinica per rispondere alle preoccupazioni della sua famiglia.

Questo capitolo esplorerà anche il potenziale beneficio di avere la vita del paziente o il partner di comunicazione presenti alla consultazione.

Il lavoro di un audiologo è spesso molto tecnico e pratico. Il motivo di una consulenza è spesso sugli aspetti tecnici che implica l'uso dell'apparecchio acustico. Questo argomento specifico è ovviamente una parte essenziale della consulenza in quanto l'applicabilità dell'apparecchio acustico e le sue funzioni sono fondamentali per l'uso del dispositivo.

Ma molti audiologi e pazienti dimenticano di prestare la necessaria attenzione alla sfida che implica un cambiamento nello stile di vita come l'uso di un apparecchio acustico. Un'ulteriore sfida per gli audiologi è il fatto che alcuni pazienti con una reale perdita dell'udito devono ancora diventare consapevoli della perdita, mentre altri non vedono la perdita dell'udito come un problema nella loro vita quotidiana.

I fatti

L'esperienza tra gli audiologi sta producendo una maggiore conoscenza delle più ampie prospettive per i consumatori e anche delle sfide legate al processo di modifica attitudinale, emotiva e comportamentale (1-4). Tuttavia, in molti casi la pratica standard di erogazione degli apparecchi acustici segue solo i protocolli tecnici forniti dai relativi (3).

Sarebbe opportuno che tutti gli audiologi riflettessero sul compito percettivamente enorme che stanno chiedendo ai loro pazienti. Chiedere a qualcuno di oltrepassare la propria zona di comfort ridefinendo l'immagine di sé per tutta la vita vuol dire chiedere molto sia per chi non ha deficit sia per chi con una perdita dell'udito (1).

I pazienti che non sono ancora pronti a impegnarsi per un cambiamento rappresentano per clinici la sfida più grande. Questi pazienti spesso escono dalla clinica senza impegnarsi nei passi che devono compiere, nonostante il forte desiderio delle loro famiglie di farlo. Ai pazienti nelle prime fasi del riconoscimento della necessità di un cambiamento può semplicemente essere detto di tornare tra sei mesi o un anno per una rivalutazione.

Nelle prime fasi del cambiamento (figura 4.4), gli audiologi spesso forniscono ai loro pazienti informazioni brevi e chiare sull'impatto personale della perdita dell'udito non trattata e sui benefici di un miglioramento dell'udito. Sfortunatamente, se le informazioni e i consigli successivi vengono presentati senza comprendere le sfide legate al processo di cambiamento comportamentale e le emozioni che possono seguire la conferma della perdita dell'udito (ad esempio paura, ansia, confusione, senso di colpa), molti pazienti potrebbero non essere in grado di partecipare pienamente alle raccomandazioni fornite per la risoluzione dei problemi (5-7).

IL CASO

Il Signor Rogers è un meccanico in pensione. È venuto in clinica per un controllo dell'udito accompagnato dalla moglie e dal figlio maggiore. Riconosce che a casa lo stress è aumentato e che la sua famiglia lo incolpa per il suo udito. Tuttavia non è convinto che sia questo il motivo principale delle difficoltà. Il test dell'udito di Mr. Rogers rivela un normale udito attraverso 750 Hz con perdita sensoriale verso le frequenze più alte che si livellano da 60 a 65 dB HL a 3 e 4 K Hz. Vi è una leggera ripresa a 6 e 8 K Hz in linea con la sua storia di esposizione al rumore legata al lavoro. Il test di ammissione dell'orecchio medio con i riflessi è coerente con la patologia cocleare.

Nel caso sopra, il signor Rogers sta lentamente realizzando che il suo udito non è più quello di una volta e che la sua perdita dell'udito è diventata un problema per la sua famiglia.

Ma prima che l'audiologo e il signor Rogers possano iniziare una discussione sull'uso pratico degli apparecchi acustici, il signor Rogers deve rendersi conto e accettare pienamente che gli apparecchi acustici sono la soluzione giusta per lui.

L'esperienza degli audiologi clinici dimostra che le discussioni dettagliate sull'audiogramma di un paziente e le implicazioni dei deficit uditivi misurati sulla ricezione del linguaggio non possono costruire la stessa motivazione che viene creata attraverso un'esplorazione personale degli impatti negativi della perdita dell'udito identificati da uno dei qualsiasi strumenti di autovalutazione sviluppati per gli audiologi.

L'incoraggiamento esterno ideato dai laboratori di apparecchi acustici o dall'audiologo sotto forma di aneddoti, sponsorizzazioni di prodotti di celebrità o incentivi finanziari non può mai prendere il posto di motivazioni interne riconosciute.

Oltre ad essere un esperto tecnico degli apparecchi acustici, l'audiologo dovrebbe anche essere formato e impegnato nel processo di cambiamento. Uno dei maggiori mezzi per facilitare questa esplorazione è attraverso un punteggio dell'importanza di apportare un cambiamento e il sentimento del paziente al riguardo (la LINEA), nonché la creazione di una "analisi costi-benefici" della situazione attuale e della nuova situazione che implica un cambiamento (la SCATOLA).

La pratica

Il Modello Operativo è utile in situazioni con pazienti audiologici come il signor Rogers, che sono nelle prime fasi del cambiamento: pazienti che devono ancora diventare pienamente consapevoli degli effetti della perdita dell'udito sulla loro vita, o che devono ancora affrontare le preoccupazioni o le paure del cambiamento. Il Modello Operativo offre l'opportunità all'audiologo di aprire un dialogo con Mr. Rogers.

Il dialogo dovrebbe essere aperto e invitare il paziente e il suo familiare o caregiver a porre qualsiasi domanda, comprese domande tecniche sugli argomenti esposti dall'audiologo o inerenti a problemi ereditari, progressione della perdita, accessori unilaterali o bilaterali, costo degli apparecchi acustici o altro. Fino a quando questi problemi non vengono affrontati, i pazienti raramente possono prestare piena attenzione ai dettagli delle raccomandazioni.

Quando l'audiologo avverte riluttanza da parte del paziente, di solito non sono utili ulteriori informazioni tecniche. Proprio come gli audiologi si aspettano che i loro pazienti apportino cambiamenti, anche gli audiologi stessi devono essere disposti ad apportare cambiamenti nella loro pratica clinica per raggiungere un maggiore livello di successo. Invece di insistere con ulteriori informazioni sui risultati dei test e sull'impatto della perdita dell'udito, meglio prendere in considerazione una presentazione del Modello Operativo per invitare il signor Rogers a esprimere il proprio bisogno di cambiamento e riflettere sulla sua perdita dell'udito.

7.1 L'importanza di migliorare l'udito (8;9)

Chiedi al paziente:

Le perdite di udite di varie intensità provocano frustrazioni nella comunicazione familiare e sociale. Migliorare l'udito reduce questi problemi.

Chiedi al paziente:



Un momento di silenzio produrrà spesso maggiori informazioni utili all'audiologo con cui lavorare.(10;11). La risposta potrebbe essere qualsiasi tra zero e dieci ma il valore esatto non conta tanto quanto l'autoriflessione di Mr. Rogers. L'uso della LINEA offre un potente strumento visivo per aprire il dialogo sull'accettazione del paziente (12). In questo modo la LINEA può generare un focus necessario e un'opportunità per esplorare le direzioni che uno sta scegliendo di prendere nella vita.

7.2 Valutazione della fiducia in se stessi (8;9)

Spiega al tuo paziente:

Gli apparecchi acustici spesso migliorano significativamente l'udito

Chiedi al tuo paziente:



Ancora una volta, la risposta potrebbe essere qualsiasi tra zero e dieci.

L'audiologo potrebbe proseguire con la seguente domanda: "Cosa sarebbe necessario per aumentare il punteggio da 3 a 5?" Il punto non è di enfatizzare il numero effettivo, ma di dare al signor Rogers la possibilità di riflettere su quale azione sarebbe necessaria per il cambiamento.

Questa domanda di follow-up può aiutarlo a esprimere preoccupazioni che dovrebbero essere affrontate, ma che nessun livello di motivazione esterna avrebbe potuto rivelare.

Se il punteggio di fiducia in se stessi è basso - diciamo che il signor Rogers ha valutato la sua abilità 1 - una domanda di follow-up appropriata sarebbe: "Perché pensi che la tua abilità in questo sia 1 e non 0?" Quando si supportano i

pazienti, è importante potenziarli concentrandosi sulla loro forza e costruendo fiducia. Quindi, se il paziente, come Mr. Rogers, ha abbassato il suo punteggio a 1, sarai comunque in grado di aiutarlo a concentrarsi sul suo potenziale e sulle sue risorse.

Come descritto nel capitolo 4, la SCATOLA fornisce un altro strumento visivo per aiutare i pazienti a collocare la perdita dell'udito in una cornice più significativa. La SCATOLA è utile principalmente per incoraggiare una più profonda auto-riflessione e per gestire l'ambivalenza del paziente sull'uso degli apparecchi acustici. Da al paziente il permesso di parlare dei sentimenti negativi, di rivelare i timori della tecnologia, l'incapacità di portare a termine compiti difficili, preoccupazioni su ciò che gli altri penseranno se gli apparecchi acustici vengono indossati e altre preoccupazioni ancora non espresse.

7.3 Utilizzo della SCATOLA per stimolare il dialogo (8;9;13)

1: What are the advantages of not using hearing aids?	2: What are the disadvantages of not using hearing aids?
3: What are the disadvantages of using hearing aids?	4: What are the advantages of using hearing aids?

È importante che l'audiologo lasci che il paziente prenda la guida. I dati collocati nel quadrante in alto a sinistra sono probabilmente preoccupazioni reali per il paziente e quindi meritano l'attenzione dell'audiologo. Possono rappresentare il comfort provato quando le cose rimangono uguali, la sicurezza nel sapere che non si deve imparare qualcosa di nuovo o i soldi risparmiati non acquistando apparecchi acustici.

Dopo aver riflettuto sui vantaggi del mantenimento dello status quo, l'attenzione è rivolta alle conseguenze del mancato cambiamento (quadrante in alto a destra). Ancora una volta, il paziente dovrebbe avere il tempo di riflettere senza che l'audiologo esprima la sua opinione. Mentre i sondaggi suggeriscono che nella maggior parte dei casi il partner del paziente non è attivamente presente nella consulenza audiologica (2), sono evidenti i benefici della presenza di entrambe le parti per questo esercizio.

Questo quadrante può essere riempito con risposte inerenti alla perdita dell'udito, alle continue frustrazioni a casa in caso di incomprensioni, al ritiro dalle attività sociali, all'incapacità di sentire i nipoti o altre conseguenze della perdita dell'udito. Gli ultimi due quadranti nella SCATOLA spesso rispecchiano gli oggetti elencati nei primi due quadranti.

Il completamento della SCATOLA rivela sia al paziente che all'audiologo i costi dell'inerzia e i vantaggi di andare avanti - più frequentemente con una chiara riflessione verso il cambiamento.

Il riconoscimento delle preoccupazioni di un'altra persona non implica che necessariamente crediamo che siano valide o che siamo d'accordo con loro. Il riconoscimento fornisce semplicemente la necessaria consapevolezza che i cambiamenti che stiamo chiedendo ad un paziente non sono sempre facili.

Sessioni di gruppo con i familiari o altri interlocutori

La ricerca ha dimostrato che può esserci un effetto maggiore nel fornire la consulenza di gruppo (14). Le persone diverse dal paziente spesso vedono con una prospettiva diversa gli effetti che la condizione di salute ha sul paziente e come il paziente risponde alle raccomandazioni sul trattamento, contribuendo a dare informazioni preziose agli operatori sanitari.

Il modello del gruppo offre l'opportunità alle persone di condividere ciò che hanno fatto per aiutarli a gestire la condizione di salute, ad esempio informare le altre persone che hanno una perdita dell'udito e dire loro cosa fare per essere meglio compreso. Forse ancora più importante, il gruppo fornisce un forum sicuro sia per la persona con perdita dell'udito che per il / i partner / gli interlocutori per confrontarsi apertamente con chi capisce i problemi e le preoccupazioni che stanno incontrando.

La persona con problemi di udito potrebbe aver detto per molto tempo al proprio interlocutore che parlare senza prima attirare l'attenzione dell'ascoltatore produce problemi di comunicazione e relazione. L'interlocutore potrebbe anche lamentarsi da molto tempo che la persona con perdita dell'udito non presta attenzione. In entrambi i casi questi problemi potrebbero non essere stati adeguatamente considerati ed elaborati. Tuttavia, se qualcuno dall'esterno della relazione esprime la stessa preoccupazione, l'individuo presterà maggiore attenzione a ciò che è stato detto.

È formativo che le persone spesso ascoltano quello che dice il partner di un altro paziente, quando il proprio partner ha detto la stessa cosa per molto tempo, ma non è stato ascoltato. Per questo motivo è importante stimolare il confronto del gruppo sulle loro esperienze di problemi e preoccupazioni relative alla perdita dell'udito.

Il Modello Operativo utilizzato in sessioni di gruppo

La LINEA è un mezzo efficace per aiutare i pazienti e i loro partner a comprendere fino a che punto esiste un accordo o un disaccordo su questioni importanti relative alla perdita dell'udito e all'uso di apparecchi acustici. La SCATOLA consente sia ai pazienti che ai loro partner di vedere più chiaramente quali problemi presentano fattori che influenzano l'adeguamento all'acquisizione e all'uso degli apparecchi acustici.

L'uso di entrambi questi strumenti con l'interlocutore presente migliorerà la motivazione per molti pazienti, i quali scopriranno che adotteranno le misure per migliorare l'udito per aiutare un interlocutore, anche se non erano desiderosi di aiutare se stessi.

L'impatto

L'uso del Modello Operativo può avere un impatto significativo sul successo degli audiologi. Solo di recente è stato introdotto per un uso sistematico tra gli audiologi, tuttavia i primi risultati e le risposte sono molto positivi. Una parte evidente del successo è che un numero maggiore di pazienti utilizzerà i propri apparecchi acustici, migliorando così la qualità della vita. I pazienti riscopriranno la sensazione perduta di essere ascoltati e acquisiranno la sicurezza che i nuovi problemi possono essere risolti in collaborazione con l'audiologo. In futuro potrebbero persino tornare prima, con il risultato che i nuovi problemi possono essere affrontati non appena emergono.

Un uso del Modello Operativo nella clinica dell'audiologo avrà un grande significato per il paziente, il suo partner e tutti quelli che lo circondano, ma avrà anche un impatto sulla società nel suo insieme, formando cittadini più attivi.

Raccomandazioni

Un uso routinario del Modello Operativo fornirà all'audiologo una conoscenza diretta dell'impatto personale che la perdita dell'udito può avere su un individuo.

Potresti andare oltre la tua zona di comfort professionale e utilizzare il Modello Operativo su te stesso. Innanzitutto potresti chiedere: "Quanto è importante per me supportare i miei pazienti?" In secondo luogo, come clinico dovresti chiederti: "Quanto credo fermamente nelle mie capacità di apportare cambiamenti nella mia pratica clinica per raggiungere maggiori obiettivi?"

Future ricerche e sviluppi

Mentre la "pratica basata sull'evidenza" è una parola d'ordine chiave negli ultimi anni, gli audiologi devono riconoscere che l'uso del Modello Operativo è una nuova pratica all'interno dell'audiologia. Le prime esperienze hanno mostrato un effetto positivo sull'esito del paziente, ma tuttavia dobbiamo fare ulteriori ricerche sul campo mediante studi clinici randomizzati o almeno studi clinici controllati. Inoltre, dobbiamo intervistare i pazienti sulle loro preferenze ed esperienze sulla consulenza e dobbiamo insegnare e formare il personale a un livello sufficiente di competenza.

Le misure dei risultati potrebbero comprendere sia le ore di utilizzo giornaliero degli apparecchi acustici sia questionari di soddisfazione per gli stessi e per i servizi di audiologia da sottoporre ai pazienti e ai loro interlocutori.

Riferimenti scientifici

- (1) Clark JG, English KM. Counseling in audiologic practice: Helping patients and families adjust to hearing loss. Boston: Allyn & Bacon, inc.; 2004.
- (2) Stika CJ, Ross M, Cuevas C. Hearing aid services and satisfaction: The consumer viewpoint. *Hearing Loss* 2002;May/June.
- (3) Skafta MD. The 1999 hearing instrument market - The dispenser's perspective. *The Hearing Review* 2000;7:8-40.
- (4) Kochkin S. MarkeTrak VIII: Reducing patient visits through verification and validation. *The Hearing Journal* 2011;18:10-2.
- (5) Cahill L, Babinsky R, Markowitsch HJ, McGaugh JL. The amygdala and emotional memory. *Nature* 1995;377:295-6.
- (6) Richardson MP, Strange BA, Dolan RJ. Encoding of emotional memories depends on amygdala and hippocampus and their interactions. *Nat Neurosci* 2004;7:278-85.
- (7) Canli T, Zhao Z, Brewer J, Gabrieli JD, Cahill L. Event-related activation in the human amygdala associates with later memory for individual emotional experience. *J Neurosci* 2000;20:RC99.
- (8) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. [Smoking Cessation in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2001.
- (9) Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbaek M, Tønnesen H. [Alcohol - Health Promotion in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (10) Luteran D. Counseling persons with communication disorder and their families. 3rd ed. Austin: Pro Ed.; 1996.

- (11) Clark JG. Counseling the the hearing impaired: Re- sponding to patient concerns. Hearing Instruments 1989;40.
- (12) Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Inter- viewing in Health Care. New York: The Guilford Press; 2008.
- (13) Jørgensen SJ, Hansen HV, Hessov I, Lauritsen JB, Madelung S, Tønnesen H. [Operation - Complications can be prevented] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (14) Collins MP, Souza PE, O'Neill S, Yueh B. Effectiveness of group versus individual hearing aid visits. J Rehabil Res Dev 2007;44:739-49.

8. Gruppi speciali di pazienti

La necessità di un cambiamento nello stile di vita o nei comportamenti di salute è una sfida che molti gruppi diversi devono affrontare. In questo capitolo vengono introdotti cinque gruppi di pazienti distintivi: donne in gravidanza, bambini e genitori, pazienti del pronto soccorso, pazienti anziani e pazienti con malattie mentali. I cinque gruppi di pazienti illustrano tutti situazioni e circostanze diverse, che possono verificarsi quando si lavora con il modello operativo.

Donne in gravidanza

Molte donne in gravidanza hanno una motivazione speciale per cambiare lo stile di vita grazie al desiderio di proteggere il feto. Gli studi dimostrano che I tentate di smettere di fumare durante la gravidanza hanno il piu' alto tasso di successo(1). Uno dei compiti piu' importanti dell'ostetrica è informare e consigliare la donna incinta sugli effetti dello stile di vita sulla salute. Oltre ad aumentare il rischio per la propria salute, la donna gravida in sovrappeso sarà come modello per il suo bambino.

L'ostetrica è la persona con cui si è piu' a contatto durante la gravidanza, quindi come ostetrica avrai l'opportunità di stabilire una relazione stretta con la donna incinta; questo, unito allo speciale livello di motivazione della donna incinta per un cambiamento nello stile di vita, garantirà un effetto migliore degli interventi e dai programmi offerti.

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano un rischio significativamente maggiore di complicanze per la madre e il bambino durante la gravidanza e il parto (2). Il numero di persone in sovrappeso tra la popolazione del mondo occidentale, comprese le donne in gravidanza, è in forte aumento. Le statistiche mostrano che nel 2009, il 33,6% di tutte le donne danesi in gravidanza erano in sovrappeso con un BMI superiore a 25 e il 12,6% era obeso con un BMI superiore a 30.

Tra le prime complicazioni vi è un aumento del rischio di aborto spontaneo (3). Un aumento del BMI è associato ad un aumentato rischio di ipertensione e pre-eclampsia, nonché di diabete gestazionale (4). Inoltre, i bambini con genitori in sovrappeso hanno un rischio quattro volte maggiore di diventare a loro volta in sovrappeso rispetto agli altri bambini (5).

Durante una consultazione con l'ostetrica, Eva solleva preoccupazioni per il suo peso e l'ostetrica avvia un dialogo sulle abitudini alimentari e sullo stile di vita di Eva. L'ostetrica è pienamente consapevole che la perdita di peso è un duro lavoro e che il riconoscimento e la motivazione al cambiamento appartengono a Eva. Tuttavia, l'ostetrica può informare, supportare e incoraggiare Eva nel processo di cambiamento che sta per intraprendere.

Caso

Eva ha 24 anni e aspetta il suo primo figlio. Prima della gravidanza aveva BMI 31. Eva ha un lavoro sedentario, le abitudini alimentari della famiglia sono facili e veloci. Eva vuole raggiungere un peso normale e vivere una vita più sana per il bene di suo figlio e per se stessa.

L'ostetrica potrebbe iniziare chiedendo "Eva, pensi di avere delle abitudini che influenzano il tuo peso in modo indesiderabile?"

Eva: "Sì, in realtà penso che ci siano diverse abitudini insane nella mia vita. "

L'ostetrica deve stare attenta a non assumere la responsabilità del processo, quindi si assicurerà che la scelta dell'azione rimanga nelle mani di Eva.

"Riesci a pensare a un'abitudine che puoi cambiare in una direzione positiva per te e il tuo peso? "

In questo modo, Eva inizierà una riflessione da sola:

"Mangiamo sempre del sugo di carne per cena. Forse potrei sospenderlo. Probabilmente sarò tentata quando mio marito lo mangia e so che non potrebbe mai vivere senza di essa. Sarebbe difficile. Compro anche un panino imburrato ogni mattina mentre vado al lavoro - questo potrei sicuramente smettere di farlo ".

Con le sue domande, l'ostetrica cerca di scoprire fino a che punto Eva ritiene possibile un cambiamento delle abitudini

alimentari. L'introduzione della LINEA aggiunge alla riflessione di Eva la fiducia in se stessi.

L'ostetrica quindi apre il dialogo sull'ambivalenza con domande neutrali sulla riflessione di Eva sui vantaggi e gli svantaggi di cambiare le sue abitudini alimentari (figura 8.1).

8.1 Utilizzo della SCATOLA per iniziare il dialogo (6-8)

1: What are the advantages of continuing your current eating habits?	2: What are the disadvantages of continuing your current eating habits?
3: What are the disadvantages of changing your eating habits?	4: What are the advantages of changing your eating habits?

Per approfondire la riflessione, l'ostetrica può continuare:

"Come sarebbe per te non mangiare un panino imburrato ogni giorno?"

Eva: "Facile - in questo modo non devo fare la fila al forno. È diventata una routine più che un'esigenza reale. Una collega mi ha chiesto se possiamo iniziare a mangiare pane di segale al mattino poiché anche lei vuole perdere peso. Sarebbe bello farlo insieme. Domani porterò pane di segale e crema di formaggio magro al posto del burro. E poi potrei continuare a mangiare il sugo di carne una volta ogni tanto".

Per molti pazienti in procinto di cambiare stile di vita e salute comportamento, il supporto motivazionale da solo non è sufficiente.

La donna incinta in sovrappeso può anche partecipare a consulenze di gruppo in cui l'ostetrica funge da coordinatrice, pianificando diverse presentazioni di altri operatori sanitari su dieta, esercizio fisico, fattori psicologici e sovrappeso. L'idea è quella di integrare elementi fisici, mentali e sociali, che in combinazione faciliteranno la perdita di peso duratura e uno stile di vita più sano.

L'impatto

Le ostetriche riferiscono che i partecipanti esprimono gioia e orgoglio nel realizzare un progetto difficile (9; 10). Finora, i risultati indicano che il corso di perdita di peso ha apportato miglioramenti significativi dell'autostima dei partecipanti e una maggiore fiducia nelle proprie capacità di cambiare le abitudini alimentari. Ciò ha creato una base più forte per la sostenibilità di un nuovo tipo di comportamento e stile di vita della donna - che andrà anche a beneficio del bambino (11).

I figli e i genitori

Lo sviluppo di molte gravi patologie infantili dipende da un'interazione tra fattori genetici e ambientali. Negli ultimi decenni un aumento dei disturbi legati allo stile di vita come l'asma, malattie allergiche, sovrappeso / obesità e sintomi psicosomatici sono stati segnalati in molti paesi con uno stile di vita occidentale.

I principali fattori di rischio sono l'esposizione al fumo, l'eccesso di cibo, la ridotta attività fisica e il consumo di alcol. È molto importante ottenere dai genitori informazioni convalidate su questi fattori di rischio al fine di valutare la loro possibile influenza sui loro figli e attuare la prevenzione e il trattamento pertinenti, ma le informazioni dei genitori su questi fattori di stile di vita possono essere spesso distorte e sottostimate. Tuttavia, informazioni convalidate sul grado di esposizione ai fattori di rischio sono un prerequisito per interventi e trattamenti pertinenti. Ciò sottolinea la necessità di una migliore educazione degli operatori sanitari nelle capacità comunicative. Al fine di migliorare le capacità comunicative con genitori e figli, sono stati introdotti corsi per il personale clinico.

CASO

Nell'ospedale Hans Christian Andersen Children mancava un'identificazione sistematica dei genitori che assumevano alcolici in eccesso. L'ospedale ha introdotto corsi di intervento motivazionale (vedi capitolo 2) per migliorare le competenze dello staff nella comunicazione con genitori e figli.

Durante un anno, 43 membri del personale dell'ospedale Hans Christian Andersen hanno condotto dialoghi motivazionali con 779 genitori e l'11% dei genitori è stato valutato positivamente per il comportamento a rischio di alcol. Questo colloquio motivazionale ha avuto successo nel mappare il consumo di alcol dei genitori e nell'identificare i genitori con abitudini di consumo di alcol a rischio (12). Di conseguenza, è stato deciso che tutto il personale a contatto con i pazienti presso l'ospedale HCA dovrebbe frequentare corsi di colloquio motivazionale al fine di migliorare le capacità di comunicazione con i bambini malati e i loro genitori. Si prevede che questa procedura fornirà informazioni più valide su tutti i fattori di rischio legati allo stile di vita, come l'esposizione al fumo di tabacco, il consumo di alcol parentale, l'attività fisica e l'apporto calorico, nonché informazioni più valide sull'osservanza e l'adesione al trattamento medico e promozione della salute. Dopo aver identificato i fattori di rischio legati allo stile di vita, i genitori sono incoraggiati a cambiare il loro stile di vita insano seguendo un programma specifico.

Bambini in famiglie con problemi di alcolismo eccessivo

Rappresentano un gruppo ad alto rischio in quanto il consumo sostanziale di alcol ha un'influenza dannosa sui bambini a livello emotivo, cognitivo, sociale e fisico. Nell'UE si stima che un adulto su sei beve a livelli pericolosi o dannosi, definiti come almeno 40 g di alcol al giorno per un uomo e 30 g per una donna (13). L'uso eccessivo di alcol da parte di una persona influisce su parenti stretti, in particolare i bambini. Questi bambini tendono ad avere frequenti contatti con i medici di medicina generale e sono ricoverati in ospedale più spesso a causa di incidenti, incontinenza, mal di testa persistente, mal di stomaco, nausea, dolori muscolari e scheletrici o infezioni (12).

L'impatto

Il consumo di alcol e i fattori di rischio sono questioni delicate; gli operatori sanitari hanno bisogno di conoscenze, qualifiche e formazione adeguata per comunicare con i genitori per affrontare questo tabù, per consentire loro di raggiungere i bambini con aumento di malattie a causa dello stile di vita malsano dei genitori.

Il paziente nel dipartimento di emergenza

Vi sono prove considerevoli a sostegno dell'identificazione e della offerta di brevi interventi in pazienti malati con problemi correlati all'alcol (14-17). È improbabile che molti di questi pazienti cerchino da soli cure mediche primarie per questi problemi. Pertanto, il medico del pronto soccorso spesso funge da medico di base per le cure primarie ed è spesso l'unico medico con l'opportunità di fornire promozione della salute a questi pazienti. È stato dimostrato che tali interventi riducono il consumo di alcol, migliorano i test di funzionalità epatica, abbassano la pressione sanguigna e riducono i comportamenti rischiosi, portando a loro volta a ridurre le alterazioni correlate all'alcol e altri problemi di salute (14).

Attualmente, i medici d'emergenza non offrono di routine interventi sullo stile di vita, e ci sono poche istruzioni nelle formazioni residenziali di medicina d'emergenza su come farlo. Tradizionalmente, l'assistenza di emergenza di solito si svolge in un ambiente affollato e sovraffollato in cui il flusso del paziente e la gestione dei problemi urgenti assumono una priorità maggiore rispetto alle cure preventive che potrebbero avvantaggiare il paziente in futuro.

Tuttavia, ad eccezione dei pazienti instabili, la maggior parte dei pazienti richiede esami del sangue e radiografici che richiedono loro di rimanere nel Pronto Soccorso per diverse ore in attesa dei risultati. Potrebbe non essere sempre pratico per il medico impegnato eseguire l'intervento, ma un membro del personale non medico con una formazione e un'esperienza a breve termine può capitalizzare questo tempo di attesa e fornire un intervento anche nelle situazioni più impegnate.

CASO

Il signor Garcia ha 36 anni ed è stato portato dall'ambulanza nel dipartimento di emergenza. Dopo essere saltato da una parete di 1,5 m mentre lavorava in un cantiere, presenta una caviglia sinistra gonfia e dolorosa. L'esame clinico e radiografico rivela la necessità di un'operazione per riparare una frattura. I preparativi per la procedura comprendono il prelievo di sangue anche per la misurazione della concentrazione di alcol.

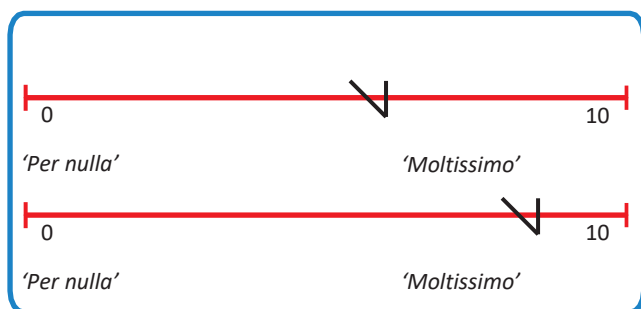
Il signor Garcia commenta che ormai non dovrebbe esserci più traccia di alcol, tuttavia la notte precedente la sua concentrazione di alcol nel sangue doveva essere più alta.

È necessario un piano ben concepito dall'inizio alla fine per attuare un programma di intervento in Pronto Soccorso e stabilire le basi su cui dovrebbe essere costruito un programma efficace (18).

Il Dr. Mir è consapevole che il desiderio di parlare deve provenire dal Sig. Garcia, "Qual è la tua percezione dell'importanza di cambiare il tuo consumo di alcol?" Il signor Garcia esprime la sua percezione fornendo esempi di effetti positivi e negativi dell'alcol, così come l'ha sperimentato. Successivamente, il Dr. Mir introduce la LINEA (Figura 8.2), in cui il Sig. Garcia classifica l'importanza di rinunciare all'alcool come 6 su 10.

Dopo aver elaborato la valutazione del Sig. Garcia, il Dr. Mir introduce un'altra LINEA e chiede al Sig. Garcia di valutare la sua fiducia nella sua capacità di ridurre il consumo di alcol o di smettere del tutto. Sig. Garcia: "Lo classificherei come un 8 su 10, dato che ho un buon supporto a casa."

8.2 Punteggio di importanza di smettere di bere e fiducia in se stessi



Infine, dopo aver discusso anche della SCATOLA, il signor Garcia esprime la necessità di bere meno nei giorni in cui lo fa, e vorrebbe evitare queste "abbuffate".

Il Dr. Mir discute i piani e gli approcci che potrebbero aiutarlo a raggiungere questo obiettivo facendo affidamento sulle proprie risorse e sui sistemi di supporto del paziente, incluso l'arruolamento del sostegno di familiari e amici ed evitando determinati eventi e luoghi che fungono da fattori scatenanti. Si impegna inoltre a incontrarsi con un consulente dell'unità alcolologica entro i prossimi giorni per discuterne.

La fornitura di supporto motivazionale non ha richiesto una quantità eccessiva di tempo per il medico. Il signor Garcia ha apprezzato il sostegno e l'interesse del Dr. Mir, che lo ha aiutato a seguire il suo piano.

L'impatto

Il Pronto Soccorso è un'ambientazione adatta per aiutare i pazienti ad avviare il processo di cambiamento dello stile di vita e del comportamento sanitario. Problemi di alcol sono presenti in circa un terzo dei pazienti ammessi in Pronto Soccorso e in quasi il 50% dei pazienti con un'ammissione in Pronto Soccorso per lesioni (19).

Il paziente anziano

Le persone anziane corrono un rischio particolarmente elevato di ridurre rapidamente la funzione fisica quando si ammalano gravemente. La forza e la qualità delle fibre muscolari vengono rapidamente ridotte dal riposo a letto (20-22). Ci vuole molto tempo per riguadagnare il livello precedente e molti non lo faranno mai (23). Di conseguenza, è importante motivare i pazienti anziani gravemente malati a essere mobilizzati il più presto possibile nonostante si sentano malati e stanchi e si trovino vicino a un letto accogliente (24).

I familiari e gli operatori sanitari sono collaboratori importanti e il loro impatto non dovrebbe mai essere dimenticato. Se non conoscono e comprendono il motivo della mobilizzazione precoce, ne considerano ogni tentativo un attacco psicologico e fisico all'integrità del paziente.

La motivazione per la mobilizzazione degli anziani può essere comunicata sia verbalmente che non verbalmente. Il problema più importante è rivelare le barriere psicologiche del paziente. Molti fattori devono essere considerati, principalmente le diagnosi e i motivi per cui il paziente è immobile. Se non vi è alcuna controindicazione medica contro la mobilizzazione, è importante mettere tutti gli sforzi in questo problema fin dall'inizio insieme al trattamento della malattia di base. È sempre possibile trovare un livello adeguato di mobilizzazione anche se il paziente deve rimanere a letto per cure mediche (25) o se, ad esempio, non è consigliabile camminare con tutto il peso su entrambe le gambe. La sfida più grande è motivare il paziente e ancora più importante motivare la famiglia e gli operatori sanitari a guidare il paziente nella direzione corretta. Gli strumenti utilizzati dipendono dal background sociale del paziente, dalle abitudini precedenti e dalle attuali funzioni cognitive.

CASO

La signora Hansen ha 82 anni e vive da sola. È caduta nella sua cucina e ha subito una frattura all'anca. Prima del suo incidente, la sua funzione fisica si era deteriorata, ma riusciva comunque senza aiuto. Ha avuto una perdita dell'udito per diversi anni, ma non voleva usare gli apparecchi acustici. Dopo l'intervento chirurgico diventa anemica ed è molto stanca. Si sente più a suo agio a letto e non è motivata a lasciarlo. In accordo con sua figlia, la signora Hansen decide di tornare nel suo appartamento, una volta che è riuscita ad alzarsi dal letto e ad usare il bagno da sola. Sua figlia afferma chiaramente che a sua madre dovrebbe essere permesso di rimanere a letto finché è stanca

Quando viene ricoverata una paziente anziana come la signora Hansen, il paziente e i parenti dovrebbero essere informati sulla mobilitazione, i pasti, la formazione, ecc. Il paziente e i parenti dovrebbero essere informati sui motivi della costante attenzione del personale sul supporto in queste materie. Nella conversazione iniziale, le domande sui desideri personali del paziente sono un buon modo per scoprire barriere e stabilire obiettivi chiari. È una buona idea distribuire opuscoli e copie dei rapporti delle riunioni al paziente, ai parenti e agli operatori sanitari, in modo che tutte le informazioni siano condivise.

Il primo giorno dopo l'intervento la signora Hansen e sua figlia sono invitate a conversare con l'infermiera assistente e il medico. Alla riunione la signora Hansen indossa gli apparecchi acustici. Non funzionano molto bene, quindi viene utilizzato un apparecchio acustico esterno con un microfono, chiamato "ascolta la vita".

La conversazione inizia con l'introduzione di ognuno nella stanza. Il medico ripete le principali informazioni sulla mobilitazione dalla brochure dell'ospedale e poi chiede: "Quale livello di funzionalità vuoi raggiungere e quali sono i tuoi maggiori problemi?" La signora Hansen sente immediatamente di essere presa sul serio e sono necessari solo alcuni commenti supplementari da parte di sua figlia e dei suoi caregiver.

Tanto per cominciare, la signora Hansen esprime obiettivi irrealisticamente elevati quando viene dimessa, poiché vuole tornare allo stesso livello di funzionalità di prima dell'incidente. Pertanto, vengono concordati obiettivi più realistici. I caregiver suggeriscono un soggiorno di cinque giorni in ospedale e un programma per il futuro, che la signora Hansen accetta. Dopo l'incontro, una copia del rapporto viene consegnata alla signora Hansen e sua figlia.

Attività di supporto

Dopo la conversazione, la signora Hansen fa il bagno e i suoi capelli sono lavati e arricciati. È vestita con la sua camicia rossa preferita e la gonna blu. Ora si sente comoda ma stanca. Si riposa sul letto per un'ora prima che un fisioterapista venga a farle un po' di allenamento. Si concentrano sull'allenamento della signora Hansen per alzarsi dal letto, andare in bagno e infine per andare in sala da pranzo. La signora Hansen è un po' timida nell'incontrare altri pazienti, quindi cerca un certo numero di scuse, ma il terapeuta le chiede solo di guardare nella sala da pranzo.

Mentre la signora Hansen vede i tavoli con i loro panni colorati, i tappetini abbinati, i fiori, le persone amichevoli e un paio di membri dello staff che aiutano i pazienti, decide di rimanere e godersi il cibo servito.

La signora Hansen e sua figlia ora capiscono perché le badanti non stanno permettendo alla signora Hansen di stare a letto e invece le fanno una leggera pressione per camminare nel corridoio con il suo ausilio per camminare. Dopo cinque giorni la signora Hansen è in grado di alzarsi dal letto da sola, è in grado di andare in bagno e va dalla sua camera da letto alla sala da pranzo con l'aiuto del suo ausilio per camminare. La signora Hansen ha raggiunto gli obiettivi della sua degenza in ospedale e si sente in forma per tornare a casa.

Impatto

Le persone anziane sono molto vulnerabili a traumi, malattie e ricoveri. Il vantaggio dell'introduzione di una riabilitazione aggressiva è quindi enorme per il singolo paziente, i parenti, l'ospedale e la società nel suo insieme. La condivisione di informazioni tra tutti i soggetti coinvolti aumenta la possibilità di cooperazione e riduce la potenziale frustrazione.

Il malato mentale

In tutto il mondo, l'1% della popolazione soffre di schizofrenia (26). A prima vista, l'1% ha un basso tasso di incidenza, tuttavia ha notevoli implicazioni per la salute e l'economia. In termini di anni vissuti con disabilità, i disturbi schizofrenici si collocano al quarto posto nella top ten di tutte le malattie (27). Questo per due motivi: la malattia inizia nella prima età adulta e tende a diventare cronica (28). Oltre ai progressi nel trattamento acuto al giorno d'oggi, ci sono progressi nelle strategie basate sull'evidenza per prevenire anche i tassi di ricaduta e la cronicità. Tra gli altri, ad esempio, terapia comportamentale cognitiva e attenzione familiare (29-32).

Il punto di partenza è stata la psicoeducazione, una tecnica ben utilizzata per aiutare i pazienti ad affrontare meglio la malattia e ad avere un risultato migliore e tassi di ricaduta più bassi (32). Molti studi mostrano effetti convincenti di psicoeducazione: dimezza i tassi di ricaduta nel primo anno dopo la crisi acuta ed è quindi efficace quanto la psicopedoterapia. La psicoeducazione promuove il potenziamento e la partecipazione attiva e sostiene anche la resilienza e il senso di coerenza (33). Tuttavia copre solo i bisogni dei pazienti e non i bisogni delle loro famiglie. Le famiglie, tuttavia, sono impegnate ad aiutare i pazienti e i pazienti a desiderare il sostegno delle loro famiglie (34).

Tuttavia, nella pratica quotidiana c'è un divario tra linee guida e attuazione. Solo circa uno su cinque pazienti e uno su cinquanta parenti ottengono il supporto necessario sotto forma di informazioni strutturate sulla malattia e strategie per far fronte (35). Inoltre, solo circa due su cinque di tutti i pazienti seguono le raccomandazioni fornite (36). Questi fatti enfatizzano la necessità di progettare e attuare nuove strategie per la promozione della salute mentale per i pazienti con disturbi schizofrenici.

Lo staff ha scoperto che attraverso questo intervento plurifamigliare i tassi di ricaduta potevano essere ridotti da tre su cinque pazienti a uno su cinque ogni anno. Inoltre, lo staff ha anche scoperto che dopo un periodo di tre mesi i pazienti che partecipavano al servizio multifamiliari hanno beneficiato, rispetto al gruppo di controllo, in una valutazione globale del funzionamento sociale e della qualità fisica della vita.

CASO

Un nuovo intervento familiare per i pazienti con disturbi schizofrenici e i loro parenti è stato sviluppato presso l'Ospedale Promotore di Salute Phillips. Da quattro a cinque pazienti, i loro partner o altri membri della famiglia sono invitati a dieci sessioni di gruppo settimanali con 12-15 partecipanti. Le prime cinque sessioni si concentrano sulle informazioni sulla malattia, sulle possibilità di trattamento e sulle strategie per la prevenzione e l'intervento delle crisi secondo il consueto programma di psicoeducazione. Le successive cinque sessioni si concentrano sulle tecniche per migliorare la comunicazione all'interno della famiglia o del partenariato attraverso il gioco di ruolo. Queste strategie di comunicazione coprono tecniche derivate dalla terapia comportamentale come l'ascolto attivo, la richiesta legittima, la risoluzione di problemi e la gestione dello stress. Dopo sei mesi, i membri del gruppo vengono nuovamente

Questa nuova iniziativa mostra un processo di cambiamento a diversi livelli:

- Gli atteggiamenti dei pazienti e dei loro parenti sono influenzati da un notevole aumento della conoscenza della malattia, delle possibilità di trattamento e della capacità di affrontare la malattia e di sviluppare strategie di prevenzione e trattamento delle crisi. Pertanto, i partecipanti segnalano un notevole aumento della fiducia in se stessi e anche della fiducia nella capacità dei loro parenti di affrontare la malattia. I membri della famiglia si sentono più sicuri e più a loro agio attraverso il miglioramento della comunicazione familiare.
- Gli atteggiamenti dei leader del gruppo cambiano nel modo in cui guardano alla capacità dei pazienti di affrontare la malattia. Imparano che i pazienti e i loro parenti hanno notevoli risorse per affrontare una malattia mentale cronica.

Così il processo di recupero mostra una maggiore fiducia e una migliore resilienza dei pazienti e dei loro parenti.

Impatto

Numerosi studi sono in corso in questo campo al fine di ottenere maggiori conoscenze a un livello più elevato di evidenza. L'intervento multifamiliare ha dimostrato di essere uno strumento particolarmente potente di promozione della salute mentale e un nuovo studio clinico randomizzato supporta le esperienze del personale sopra menzionate (37). Inoltre, i pazienti con un basso senso di coerenza ottengono maggiori benefici dall'intervento multifamiglia rispetto ai pazienti con alto senso di coerenza. Ciò significa che i pazienti più bisognosi ottengono il massimo beneficio dall'intervento. È quindi importante che i servizi di salute mentale che promuovono la salute cambino le loro routine di informazione e supporto includendo i pazienti e i loro parenti in qualsiasi fase del trattamento nell'intervento familiare.

Riferimenti scientifici

- (1) Wisborg K, Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. Smoking habits among Danish pregnant women from 1989 to 1996 in relation to sociodemographic and lifestyle factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:836-40.
- (2) Satpathy HK, Fleming A, Frey D, Barsoom M, Satpathy C, Khandalavala J. Maternal obesity and pregnancy. *Postgrad Med* 2008;120:E01-9.
- (3) Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Hum Reprod* 2004;19:1644-6.
- (4) Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1175-82.

- (5) Rockwool Foundation Research Unit. [Obese parents and obese children] In Danish. 2010 Dec.
- (6) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. [Smoking Cessation in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2001.
- (7) Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbæk M, Tønnesen H. [Alcohol - Health Promotion in Hospitals; Facts, Methods and Recommendations] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (8) Jørgensen SJ, Hansen HV, Hessov I, Lauritsen JB, Madlung S, Tønnesen H. [Operation - Complications can be prevented] In Danish. Copenhagen: WHO-CC; Clinical Unit for Health Promotion, Bispebjerg University Hospital; 2003.
- (9) Danish Board of Health. [Results from Halfway-Evaluation from Satspuljen: "Weight loss and Weight Maintenance among Obese Adults"] In Danish. Danish Board of Health, Copenhagen, 2011.
- (10) Claesson IM, Josefsson A, Cedergren M, Brynhildsen J, Jeppsson A, Nystrom F, Sydsjö A, Sydsjö G. Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery* 2008;24:163-7.
- (11) Drake AJ, Reynolds RM. Impact of maternal obesity on offspring obesity and cardiometabolic disease risk. *Reproduction* 2010;140:387-98.
- (12) Bjerregaard LB, Gerke O, Rubak S, Høst A, Wagner L. Identifying parents with risky alcohol consumption habits in a paediatric unit - are screening and brief intervention appropriate methods? *Scand J Caring Sci* 2011;25:383-93.
- (13) Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- (14) Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, Villaveces A, Copass M, Ries RR. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999;230:473-80.
- (15) Gentilello LM. Alcohol and injury: American College of Surgeons Committee on trauma requirements for trauma center intervention. *J Trauma* 2007;62:S44-S45.
- (16) Neumann T, Neuner B, Weiss-Gerlach E, Tønnesen H, Gentilello LM, Wernecke KD, Schmidt K, Schröder T, Wauer H, Heinz A, Mann K, Müller JM, Haas N, Kox WJ, Spies CD.

The effect of computerized tailored brief advice on at-risk drinking in subcritically injured trauma patients. *J Trauma* 2006;61:805-14.

- (17) Runge JW, Hargarten S, Velianoff G, Brewer PA, D'Onofrio G, Soderstrom CA, Gentilello LM, Flaherty L, Fielin DA, Degutis LC, Pantalon MV. Developing Best Practices of Emergency Care for the Alcohol-Impaired Patient: Recommendations from the National Conference. <http://www.nhtsa.gov/people/injury/alcohol/EmergCare/toc.htm> 17-03-2012.
- (18) Higgins-Biddle JC, Hungerford D, Cates-Wessel K. Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use - A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2009.
- (19) Cherpitel CJ, Ye Y. Alcohol and Violence-Related Injuries Among Emergency Room Patients In An International Perspective. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2010;16:227-35.
- (20) Hoenig HM, Rubenstein LZ. Hospital-associated deconditioning and dysfunction. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:220-2.
- (21) Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.
- (22) Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, Conger S, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:1076-81.
- (23) Hvid L, Aagaard P, Justesen L, Bayer ML, Andersen JL, Ørtenblad N, Kjaer M, Suetta C. Effects of aging on muscle mechanical function and muscle fiber morphology during short-term immobilization and subsequent retraining. *J Appl Physiol* 2010;109:1628-34.
- (24) Blanc-Bisson C, Dechamps A, Gouspillou G, Dehail P, Bourdel-Marchasson I. A randomized controlled trial on early physiotherapy intervention versus usual care in acute care unit for elderly: potential benefits in light of dietary intakes. *J Nutr Health Aging* 2008;12:395-9.
- (25) O'Connor ED, Walsham J. Should we mobilise critically ill patients? A review. *Crit Care Resusc* 2009;11:290-300.
- (26) World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. 2001.
- (27) Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-42.
- (28) Hales RE, Yudofsky S.C. *Essentials of Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004.
- (29) The German Association for Psychiatry and Psychotherapy. *Guideline for Schizophrenia*. Berlin: Springer; 2006.
- (30) The German Association for Psychiatry and Psychotherapy. *Guideline for Psychosocial Therapy at severe Mental Disorder*. Berlin: Springer; 2011.
- (31) National Collaboration Centre for Mental Health. *Nice Clinical Guideline 82. Schizophrenia*. London: The British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists; 2009.
- (32) Berger H, Gunia H, Friedrich J. *Psychoedukative Familienintervention*. Stuttgart: Schattauer; 2004.
- (33) Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G. *Workbook Psychoeducation Family Intervention*. Stuttgart: 2010.

- (34) MacFarlane W. Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorder. London: 2001.
- (35) Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia--results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophr Bull 2006;32:765-75.
- (36) Otte C, Naber D. Compliance in der Therapie mit Neu- roleptika, Antidepressiva und Lithium. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2001;44:14-9.
- (37) Berger H. Psychoeducative Family Intervention: A different kind of assistance for people with schizophrenia and their relatives. Kerbe Forum für Sozialpsychiatrie 2010;3.

9. Insegnamento e formazione del personale

Questo capitolo si concentra sull'importanza di uno staff ben addestrato. Vengono introdotti diversi livelli di formazione del personale con commenti sul contenuto di ciascun livello. I paragrafi successivi trattano i metodi di istruzione e le prospettive dei partecipanti, compresa un'attenzione particolare alla valutazione dell'insegnamento e della formazione.

Al fine di sostenere i vostri pazienti nel cambiare il loro stile di vita e le loro abitudini , è necessario professionalizzare il settore dell'educazione dei pazienti. Conoscenza, abilità, risorse educative e un'attitudine positiva verso l'educazione del paziente sono una parte importante di questa professionalità clinica. Per sviluppare le capacità del personale sarà necessario un approccio pianificato all'insegnamento e alla formazione del personale clinico che si impegna nel processo di cambiamento. Una volta che il campo sarà inserito nella istruzione universitaria, la necessità di insegnamento e formazione post-laurea potrà essere ridotta.

È importante essere in grado di sostenere i pazienti senza assumersi tutta la responsabilità del processo decisionale, e quindi rendere i pazienti sempre più invisibili nell'intero processo. La grande necessità di formazione in questo specifico campo clinico implica che qualsiasi situazione in cui un paziente è attiva un processo di cambiamento dovrebbe essere considerata anche una situazione di apprendimento per il personale coinvolto.

Contenuti e livelli di programmi formativi

Le competenze nell'educazione del paziente vengono sviluppate attraverso l'educazione teorica, nonché l'insegnamento e la formazione nella pratica clinica quotidiana. La maggior parte dell'istruzione teorica si svolgerà nell'ambito dell'istruzione universitaria o post-laurea in gruppi utilizzando il metodo dell'apprendimento basato sui problemi, in cui gli esercizi pratici includeranno l'apprendistato, la formazione peer-to-peer o la formazione in contesti multidisciplinari (1)). L'istruzione in questo campo può essere a livelli diversi, dal livello base a quello specialistico o del master. Oltre a ciò, è necessaria una leadership competente per garantire che l'educazione del paziente sia ben inquadrata e con risorse necessarie.

Competenze a livello di leadership

Spesso è necessario offrire un'ulteriore formazione nelle competenze a livello di leadership ai pianificatori della salute, consulenti, professori e ricercatori della salute, nonché ad altri con responsabilità e consulenza a livello di gestione.

A questo livello dovresti essere in grado di:

- Descrivere e valutare la migliore pratica basata sull'evidenza, che include il massimo livello di evidenze , competenze del personale e preferenze del paziente.
- Valutare l'impatto e i costi dei diversi programmi.
- Pianificare, implementare e assicurare la qualità della pratica.
- Comprendere e interpretare l'analisi, la descrizione e la valutazione di nuove iniziative e programmi.
- Avvia supporto e follow-up.
- Relazione sulla ricerca e diffusione dei risultati.

Pianificare strategicamente in relazione alla valutazione della tecnologia medica, che combina valutazione, tecnologia / evidenza, prospettiva del paziente, organizzazione e prospettiva economica.

Livello specialistico o di master

A livello specialistico o di master, è necessario educare i gestori delle risorse e / o i membri chiave del personale coinvolti nella pianificazione, organizzazione, valutazione e ulteriore sviluppo dell'area. L'istruzione a livello di diploma, primo grado e master è rilevante per le diverse professioni cliniche. Lo sviluppo delle competenze includerà l'apprendimento dalla pratica quotidiana e l'insegnamento teorico.

Il programma formative comprende:

- Coinvolgimento nel processo di cambiamento: definizioni, contesti, valori fondamentali ed etica.
- Il processo di cambiamento: modelli, attori e collaborazione interdisciplinare.

- Risposta ai ruoli e alle prospettive dei pazienti.
- Il personale come modelli di ruolo, professionalità e prospettive del personale.
- Obiettivi, strumenti, metodi e risultati.
- Pianificazione, attuazione, valutazione, documentazione e garanzia di qualità.

Sviluppare la capacità dei team di supportare i pazienti nel processo di cambiamento richiede agli specialisti di insegnare e formare altri membri del personale. Sarebbe quindi utile includere l'insegnamento, la formazione e la supervisione dei colleghi come parte del programma specialistico. (Vedere la tabella 9.1 per una descrizione di un programma per un corso di tre giorni sul programma di intervento sulla cessazione del fumo basato sull'evidenza per i fumatori sottoposti a chirurgia).

9.1 Chirurgia senza fumo – un corso internazionale

9.1 Chirurgia senza fumo – un corso internazionale

Giorno 1: Il paziente chirurgico
Fumo e outcome postoperatorio, Patofisiologia, Evidenze sugli interventi, Preferenze del paziente, Competenze del Team Il Modello Operativo (LINEA, SCATOLA e CERCHIO)
Giorno 2: Il Programma Gold Standard (GSP):
Il Manuale di educazione del paziente che comprende la dipendenza da fumo e il suo trattamento, rischi, prevenzione ricadute, documenti sul SCDB (6) Lavoro per casa : Formazione in GSP
Giorno 3: Supervisione in GSP and formazione dei colleghi
Valutazioni e certificate Lavoro per casa : Formazione dei colleghi

La tabella riporta il programma di un corso di 3 giorni a livello di Master per lo staff chirurgico. Il metodo di docenza è Problem Based con supervisione, presentazione, lavoro di gruppo e lavoro a casa.

Formazione a livello di base

Ogni operatore sanitario - medico, infermiere, ostetrica, fisioterapista, audiologo, terapeuta occupazionale, dietista o altro con contatto diretto con il paziente deve avere una conoscenza di base del proprio ruolo, delle competenze per coinvolgere i pazienti nel processo di cambiamento e dei successivi programmi di trattamento (Tabella 9.2). Questi sono ottenuti attraverso moduli obbligatori nell'istruzione universitaria, nonché attraverso formazione pratica e frequenze sul campo a dipartimenti, cliniche e centri. Le lezioni di base da apprendere comprendono la conoscenza di problemi e modelli di intervento, terminologia, teoria, metodi e pratica.

Metodo di formazione

Quando i professionisti interagiscono con i pazienti per supportarli durante i loro processi di cambiamento, possono avere la sensazione che la loro professionalità, la cultura e l'approccio sanitario tradizionali vengano contestati. Questo perché l'approccio medico tradizionale ha spesso un'attenzione limitata verso il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti. I pazienti possono aspettarsi o persino chiedere ai medici di prendere le decisioni importanti. Gli atteggiamenti abituali di "riparami" e "ti ripareremo" non funzionano in quest'area. Invece, coinvolgere i pazienti nel processo di cambiamento richiede un altro tipo di metodo che comprende l'incoraggiamento dei pazienti a prendere parte a un programma di intervento. Il processo di follow-up richiederà spesso un'efficace collaborazione tra pazienti, gruppi di personale di varie specialità e settori.

È importante che i metodi di educazione risultino legati alla vita reale e che stimolino gli studenti. L'apprendimento basato sui problemi, che viene utilizzato per educare gli studenti di medicina nelle università di tutto il mondo, è estremamente rilevante per l'educazione nei processi in evoluzione. L'approccio si basa sui principi teorici dell'insegnamento e della formazione degli adulti; si concentra sull'acquisizione di conoscenze e sulla capacità di comunicare, collaborare, risolvere problemi, assumersi la responsabilità di apprendere e scambiare conoscenze ed esperienze, nonché rispetto per gli altri (1).

Per garantire i migliori risultati, è molto importante specificare l'obiettivo delle competenze richieste (tabella 9.2).

9.2 Specificazioni degli obiettivi delle competenze

Conoscenze	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenze teoriche – possono essere classificate più livelli in relazione a una comprensione più profonda
Competenze	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze cognitive – utilizzo di conoscenze teoriche per risoluzione di problemi, analisi, sintesi etc. • Competenze tecnico/pratiche/– competenze manuali • Competenze interpersonali – comunicazione, collaborazione.
Attitudini	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudini sono l'espressione del valore delle persone – opinioni e norme di base hanno un fondamento etico, morale,culturale e possibilmente politico. Gli atteggiamenti sono espressi con comportamenti e dichiarazioni.
Esperienze	<ul style="list-style-type: none"> • Gamma e tipo di attività – operazioni, procedure, vari tipi di pazienti e problemi medici.
Abitudine all'azione	<ul style="list-style-type: none"> • Convertire conoscenza, competenze, attitudini ed esperienze in azioni adeguate e gestione dei problemi nella pratica.

Per un'istruzione più efficace, è importante valutare i processi di insegnamento e formazione in modo sufficiente e in diversi punti (vedere gli esempi sui metodi per la valutazione nella tabella 9.3 di seguito).

È possibile introdurre un registro per questa specifica area di insegnamento su come coinvolgere i pazienti nel processo di cambiamento. È un buon strumento per seguire le attività pratiche (documentazione delle singole attività ed esperienze) e dovrebbe essere firmato dal supervisore o dal tutor nel dipartimento, centro o ufficio responsabile dell'insegnamento e della formazione dello studente.

Sarebbe pertinente sottoporsi ad esami dopo sia il modulo di base che l'educazione specialistica, e preferibilmente sull'Esame Clinico delle Strutture Oggettive (OSCE) (2). È tuttavia importante adattare la completezza dell'esame alla lunghezza della educazione che dovrebbe essere valutata. Per moduli o corsi più brevi, la forma più pratica di valutazione è un test a scelta multipla (superato o fallito) in linea con la durata del modulo o del corso (Tabella 9.3). In questo modulo di valutazione, l'insegnante dovrebbe essere consapevole del rischio di apprendere in maniera insufficiente le competenze pratiche (3).

A livello di specialista, la migliore forma di valutazione sarebbe un test di osservazione come un esame clinico strutturato e obiettivo o un'osservazione video di una visita in ambito clinico (Tabella 9.3).

9.3 Esempi di metodi di valutazione del processo

Conoscenza	<ul style="list-style-type: none"> • Compiti a scelta multipla. • Compiti del saggio – esame scritto. • Esame orale.
Competenze	<ul style="list-style-type: none"> • Processo decisionale clinico: gestione problem del paziente(PMP). • Competenze cliniche: osservazioni dirette di esecuzione in scenari simulati. • Esame clinico delle strutture oggettive. (OSCE) o osservazione in ambito clinico (in loco o video). • Comunicazione, collaborazione: OSCE, feedback da altri – possibilmente pazienti
Attitudini	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione del comportamento. Può essere fatto da un supervisore, altri colleghi, probabilmente pazienti. • Individualmente o in combinazione, una cosiddetta valutazione a 360 °, una valutazione multipla tra pari o una valutazione multipla delle fonti. • Valutazione di resoconti su questioni o situazioni specifiche. • Valutazione di interazioni o comportamenti nel lavoro di squadra o alle conferenze. Può essere fatto da un supervisore, altri colleghi o personale

1. Reactions: Che impressioni hanno avuto i partecipanti e come hanno vissuto l'esperienza?
2. Learning: In che misura i partecipanti hanno appreso principi, procedure e tecniche ?
3. Transfer: Come hanno applicato i partecipanti le competenze apprese nel corso?
4. Results: Quali sono i risultati dell'applicazione dell'apprendimento nella pratica?

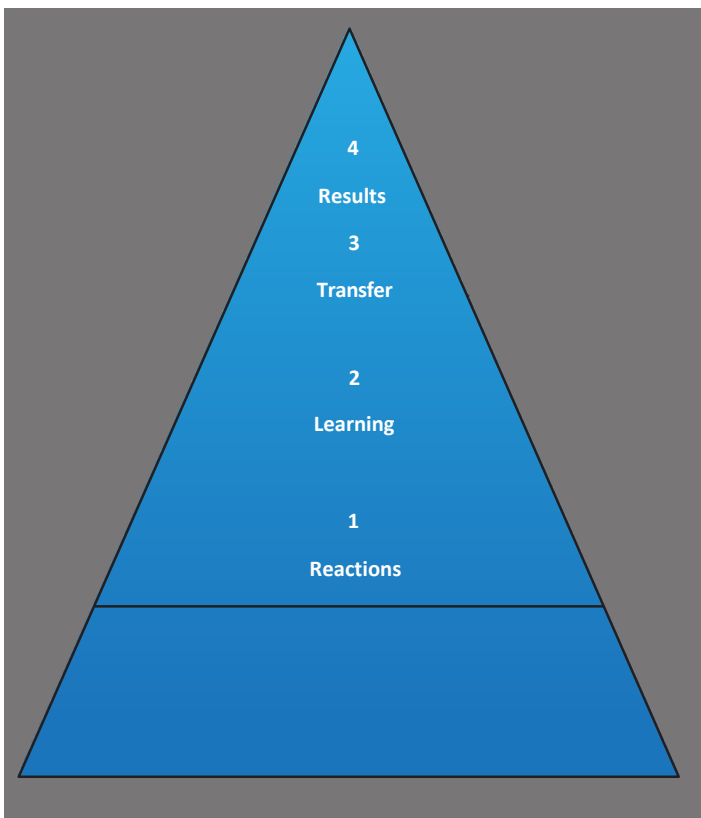
I quattro livelli sono interdipendenti, poiché ogni livello influenza il livello successivo. La reazione e le sensazioni dei partecipanti riguardo al corso e alla formazione influenzeranno il livello di apprendimento, che avrà di nuovo un effetto sul modo in cui i partecipanti applicheranno il contenuto del corso nella loro procedura di lavoro. Il risultato finale dell'applicazione presso le cliniche e i reparti dipende in modo analogo dagli altri livelli.

L'ultimo passaggio viene generalmente valutato rispetto a standard e indicatori come parte integrante del processo di gestione della qualità che ha già luogo o è in fase di attuazione nel settore sanitario.

Prospettiva degli studenti e del personale

Coloro che ricevono insegnamento e formazione sono le persone chiave nella sua successiva attuazione nella pratica quotidiana. La linea di fondo dell'insegnamento e della formazione nella promozione della salute clinica è un miglioramento della salute dei pazienti. È quindi importante valutare se le nuove competenze dei membri dello staff fanno la differenza per i pazienti che vedono quotidianamente in clinica. Per fare questo, Kirkpatrick ha descritto un modello con quattro livelli interdipendenti per la valutazione dell'efficacia formativa (Figura 9.4) (4; 5).

9.4 Il modello dei quattro livelli per la valutazione dell'apprendimento



1. Reactions: Che impressioni hanno avuto i partecipanti e come hanno vissuto l'esperienza?
2. Learning: In che misura i partecipanti hanno appreso principi, procedure e tecniche ?
3. Transfer: Come hanno applicato i partecipanti le competenze apprese nel corso?
4. Results: Quali sono i risultati dell'applicazione dell'apprendimento nella pratica?

I quattro livelli sono interdipendenti, poiché ogni livello influenza il livello successivo. La reazione e le sensazioni dei partecipanti riguardo al corso e alla formazione influenzeranno il livello di apprendimento, che avrà di nuovo un effetto sul modo in cui i partecipanti applicheranno il contenuto del corso nella loro procedura di lavoro. Il risultato finale dell'applicazione presso le cliniche e i reparti dipende in modo analogo dagli altri livelli.

L'ultimo passaggio viene generalmente valutato rispetto a standard e indicatori come parte integrante del processo di gestione della qualità che ha già luogo o è in fase di attuazione nel settore sanitario.

Commenti di valutazione

Commenti di valutazione da un corso internazionale sull'uso del Modello Operativo per Audiologi (i commenti sono tutti anonimi).

"... Recentemente ho usato la bilancia decisionale SCATOLA con un cliente; l'ha davvero aiutata a capire perché si sentiva così bloccata. Tutto quello che ho fatto è stato scrivere le sue parole nella SCATOLA mentre parlava, e poi le ho detto di guardarle e di riflettere. Ha detto che è stato come avere un'illuminazione (Livello 2)

"... Gli strumenti li vedo come qualcosa che può realmente aiutarmi e che posso implementare. Sono prospettive che conosciamo ma non abbastanza per saperle applicare nella nostra formazione e nella terapia. Non vedo l'ora di tornare al lavoro e sentirmi ispirato (Livello 3)

"Sto cominciando a cogliere i concetti e mi piacerebbe provare a usare gli strumenti in ambito clinico. Gli strumenti (LINEA, SCATOLA e CERCHIO) potrebbero indurre i pazienti a impegnarsi di più e a partecipare attivamente a..indovinate cosa: alla collaborazione! Penso che i pazienti, io stesso e i miei colleghi potremmo trarre beneficio dai materiali e dalle teorie presentate (Livello 4)

In genere, gli operatori sanitari apprezzano lo sviluppo di competenze che portano a una pratica efficace e migliori risultati per i pazienti. Possono quindi essere entusiasti di apprendere come supportare i pazienti nello sviluppo di decisioni e stili di vita sani.

Tuttavia, laddove gli operatori sanitari non apprezzano molto la comunicazione con i pazienti, ad esempio se sono pessimisti sul fatto che le persone possano effettivamente apportare e sostenere cambiamenti nel comportamento sanitario, potrebbero essere meno interessati all'istruzione e alla formazione in questo sottocampo di pratica

Inoltre, il tutoraggio del personale può essere molto importante nel definire atteggiamenti positivi del personale e nel far maturare la loro comprensione del processo di educazione del paziente.

Riferimenti scientifici

- (1) Wood DF. Problem based learning. *BMJ* 2003;326:328-30.
- (2) Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ* 1979;13:93-54.
- (3) Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
- (4) Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating training programs: The four levels*. 3rd ed. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, INC.; 2006.
- (5) Bates R. A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and Program Planning* 2004;27:341-7.
- (6) Danish National Smoking Cessation Database, www.scdb.dk, 2012-03-15.

10. Gestione della qualità: Standards e Indicatori

Questo capitolo introduce la gestione della qualità e descrive un modello di base per le buone pratiche di qualità: il ciclo di pianificazione, esecuzione e verifica. Il capitolo presenta quindi tre semplici modelli valutati a livello internazionale per la documentazione e la registrazione dell'implementazione nella pratica e il follow-up dei risultati. Più avanti nel capitolo, viene fornito un esempio di come avviare l'implementazione, che include anche una descrizione del supporto a livello locale e regionale.

Quando si implementa un nuovo metodo o attività basati sull'evidenza, come il programma gold standard (SPG) per l'interruzione del fumo prima dell'intervento chirurgico (1), è importante assicurare la qualità delle prestazioni. In questo modo si può valutare se il nuovo metodo funziona a beneficio dei pazienti nella vita reale e se fa la differenza nei risultati. Di tanto in tanto è importante porsi la semplice domanda: realizziamo davvero un miglioramento della salute per i nostri pazienti introducendo questo metodo o quell'attività?

Molti strumenti e metodi sono stati sviluppati negli ultimi decenni a garanzia della qualità (2). Esistono differenze sostanziali riguardo a come, perché e quando questi strumenti dovrebbero essere utilizzati, ma hanno un unico denominatore, che in realtà è la base per tutti i miglioramenti della qualità: senza dati, senza conoscere le prestazioni attuali e quali obiettivi si vuole raggiungere, non ci può essere alcun miglioramento della qualità.

Finora l'attenzione si è concentrata principalmente sui dati che descrivono l'esistenza di strutture organizzative e l'uso di procedure per la diagnostica, il trattamento e l'assistenza. Tuttavia, è giunto il momento in cui la gestione della qualità dovrebbe includere anche la promozione della salute clinica, i risultati clinici e l'effetto nel tempo.

Pertanto, il punto di partenza per migliorare la qualità della promozione della salute clinica deve essere la valutazione della qualità. Ciò si riflette nel più noto strumento di miglioramento della qualità, il ciclo di Plan-Do-Check-Act (PDCA): Pianificare-Fare-Verificare-Agire.

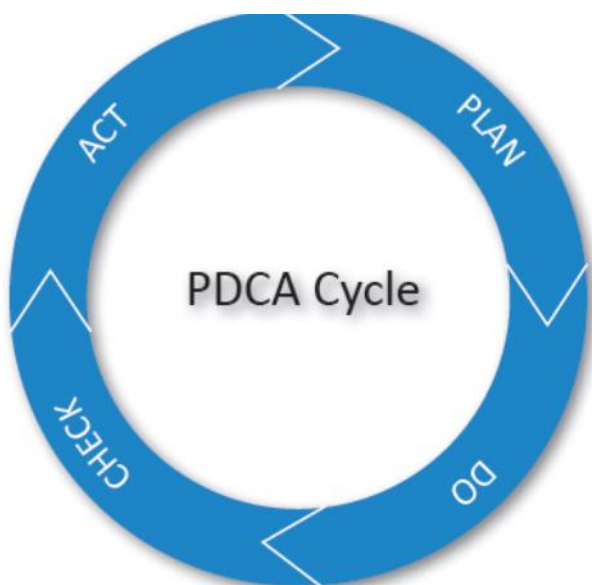
Il ciclo di Plan-Do-Check-Act (PDCA)

Walter Shewhart sviluppò originariamente il ciclo PDCA già negli anni '30 (3). Il modello fornisce una struttura per il miglioramento di un processo o di un sistema (Figura 10.1).

I quattro elementi sono pianificare, fare, verificare e agire. Il primo rappresenta la pianificazione di un'attività, un progetto o una procedura con l'obiettivo di migliorare: si stabilisce gli obiettivi necessari per fornire i risultati in accordo con i risultati attesi.

Per questo è necessaria l'analisi di ciò che si intende migliorare, cercando

10.1 Il ciclo Plan-Do-Check-Act per il miglioramento della qualità negli ospedali e nei servizi sanitari



le migliori opportunità, decidendo dove può essere ottenuto il massimo ritorno sulla qualità. Fare è inteso come esecuzione del programma o del processo (preferibilmente su piccola scala), raccogliere i dati per le analisi da destinare alla fase di check.

Verificare implica la revisione dei risultati e l'analisi degli errori e dei successi. Questo è un passaggio cruciale nel ciclo PDCA. Dopo aver implementato la modifica per un breve periodo, è necessario determinare la sua efficacia. Dovresti chiederti: "Questo sta davvero portando a un miglioramento nel modo in cui avevo sperato?" È necessario decidere diverse misure per monitorare il livello di miglioramento. Con l'Agire, adotti il cambiamento, lo abbandoni o esegui di nuovo il ciclo.

Metodi per la valutazione della qualità

Come spiegato sopra, la misurazione è un principio centrale del miglioramento della qualità. Tuttavia, è importante che la valutazione sia facile da eseguire, clinicamente rilevante, sufficiente e semplice allo stesso tempo da non richiedere troppo tempo o troppa risorse. Inoltre, ci deve essere un piano chiaro e clinicamente rilevante per l'elaborazione dei dati; altrimenti acquisisci semplicemente più burocrazia invece di una migliore salute.

Gli approcci alla valutazione della qualità possono essere raggruppati ampiamente in valutazione interna ed esterna. L'autovalutazione e l'accreditamento sono le forme di valutazione più comuni. L'autovalutazione è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il loro livello di prestazioni in relazione agli standard stabiliti e per implementare modi per mantenere il miglioramento continuo. Permette al personale di identificare le aree di buone pratiche e le aree che necessitano di miglioramento.

L'accreditamento si basa sull'autovalutazione, ma è seguito da un processo esterno di valutazione inter pares. La valutazione esterna avviene in genere come una valutazione generale della qualità dell'ospedale, nell'individuazione delle aree prioritarie per il miglioramento e in una dichiarazione formale che l'ospedale è accreditato.

Le evidenze dimostrano che l'autovalutazione contribuisce in molti modi agli obiettivi di garantire la qualità. Si tratta di un metodo a basso costo che influenza il comportamento individuale in modo da aumentare la conformità agli standard, chiarire le aree di miglioramento, dare ai partecipanti la responsabilità del processo di miglioramento e migliorare la comunicazione tra supervisori e collaboratori (4).

Esistono due lezioni principali da apprendere attraverso il processo di autovalutazione. Il miglioramento della qualità richiede dati sulle prestazioni e una cultura che favorisca il miglioramento. Senza i dati sulle prestazioni effettive, non è possibile raccomandare una chiara direzione per il miglioramento della qualità. Senza una cultura di partecipazione e supporto, i dati sulla qualità dell'assistenza non possono essere ottenuti e ancor meno possono essere attuate proposte di miglioramento della qualità.

Valutazione della qualità in base agli standard e agli indicatori

Un modo consolidato per implementare nuove attività è l'uso di linee guida cliniche basate sull'evidenza su "come-chi-quando-cosa fare". Le linee guida cliniche devono essere seguite attraverso standard e indicatori specifici come parte della gestione della qualità. Gli standard e gli indicatori si basano su due approcci complementari alla valutazione della qualità.

Standards e le loro sottocategorie più dettagliate descrivono il livello di raggiungimento stabilito. Esempi: le linee guida per la riabilitazione di pazienti con patologie polmonari ostruttive croniche, oppure i registri psichiatrici che includono lo stato di fumo. Relativo al singolo standard è un elenco di elementi misurabili che spiegano cosa viene richiesto per essere in regola con il singolo standard.

Indicatori Riguardano principalmente i processi sanitari e il loro risultato. Anche se il successo del processo è nelle mani del paziente, sarà comunque necessaria una scala di misurazione per valutare i propri sforzi. Gli indicatori forniscono lo strumento quantitativo per valutare le prestazioni nel tempo e sono in genere descritti in numeri o percentuali (5). Esempi: percentuale di pazienti psichiatrici riferiti a un programma per smettere di fumare o percentuale di pazienti con perdita dell'udito che usano gli apparecchi acustici per più di sei ore al giorno al follow-up di tre mesi.

In relazione alla gestione della qualità, è importante ricordare che il livello atteso di successo raramente è molto superiore all'80%. Ciò è dovuto al principio 80-20, che afferma che si spende il 20% delle risorse per raggiungere l'80% dell'obiettivo, ma l'80% delle risorse per raggiungere l'ultimo 20%.

Raccolta dei dati

I dati per la valutazione del rispetto degli standard e il riscontro del livello di successo degli indicatori sono raccolti, ad esempio, da sistemi amministrativi dei pazienti come cartelle cliniche elettroniche, database di qualità clinica e libri online di linee guida e procedure, indagini e audit delle cartelle cliniche (5).

Ad esempio, i sondaggi sono molto utili per valutare la conoscenza delle linee guida tra il personale e per il monitoraggio all'uso degli apparecchi acustici prescritti. Gli audit delle cartelle cliniche sono fonti utili per la documentazione della storia del fumo, il numero di fumatori giornalieri e i tassi di cessazione.

Dall'invisibilità alla visibilità

In precedenza, le attività di promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari erano invisibili perché non esistevano standard sistematici, indicatori o modelli di registrazione in questo settore. Questa mancanza significava che il supporto di pazienti che cambiavano stili di vita o un'offerta di intervento nutrizionale non poteva essere registrato o rimborsato attraverso i normali sistemi di somministrazione dei pazienti.

Per soddisfare questa esigenza di registrazione, una crescente rete internazionale di ospedali e servizi sanitari di promozione della salute istituita dall'OMS (Rete HPH) ha sviluppato standard e criteri espliciti per la valutazione, la documentazione e la registrazione. Di seguito sono presentati tre studi della rete.

All'inizio del 2012, la rete HPH contava oltre 860 ospedali e servizi sanitari membri a livello globale, impiegando insieme quasi un milione di membri del personale e ricevendo pazienti dalle comunità collegate che rappresentavano circa un miliardo di abitanti.

A causa dello sviluppo della rete di standard e criteri per la valutazione, oggi è possibile documentare, registrare e rimborsare le esigenze, l'attività e i risultati della promozione della salute nello stesso modo in cui viene fatto per diagnosi, operazioni e altri trattamenti.

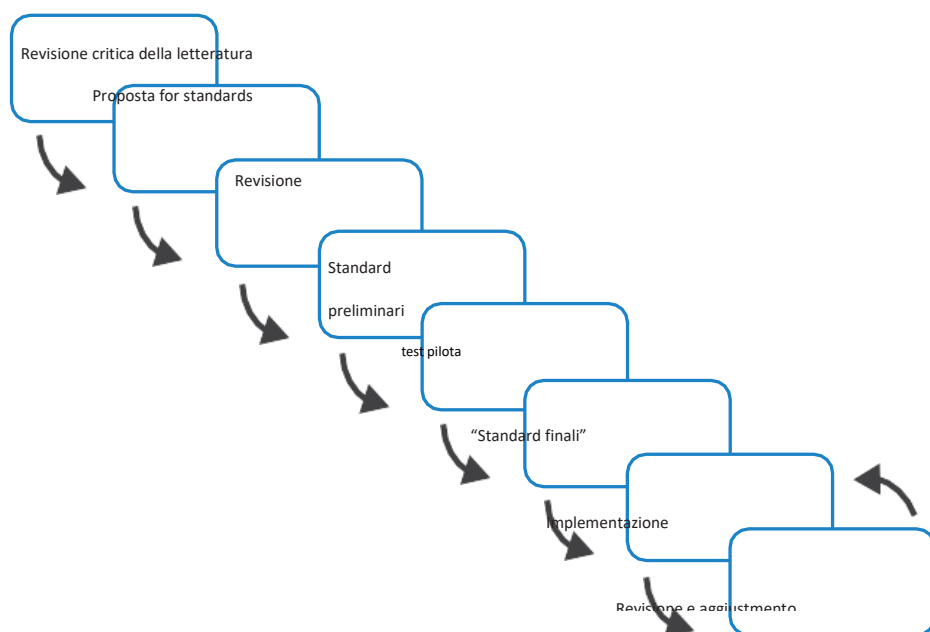
Standard per la promozione della salute negli ospedali

Uno studio della rete HPH ha descritto lo sviluppo di standard per la promozione della salute negli ospedali (6). Lo studio consisteva in due fasi, lo sviluppo di standard e la successiva valutazione. Il primo passo era finalizzato all'identificazione di problemi di promozione della salute basati sull'evidenza, che potevano realisticamente essere integrati con i sistemi di gestione della qualità dell'ospedale esistenti. Ciò significava escludere le aree più ampie di promozione della salute come il coinvolgimento della comunità e le questioni ambientali (7), che dovrebbero quindi essere incluse nella fase successiva.

Seguendo le raccomandazioni del programma ALPHA dell'International Society for Quality in Health Care, la rete HPH ha sviluppato standard per la promozione della salute negli ospedali (vedere 10.2).

Gli standard prendono in considerazione il potenziale di salute degli individui e sottolineano l'importanza di motivarli attraverso l'informazione, i consigli motivazionali, formazione e altre attività per realizzare il loro potenziale di salute.

10.2 Standard sviluppati secondo il programma ALPHA



Gli standard per la promozione della salute negli ospedali riguardano cinque settori: I politica di gestione, II valutazione dei pazienti, III informazione e intervento dei pazienti, IV promozione di un ambiente di lavoro sano e V miglioramento della continuità e della cooperazione, secondo la definizione dell'OMS di Salute, promozione degli ospedali e della salute Servizi (8).

Il relativo strumento di autovalutazione definisce le attività di promozione della salute a copertura sia di azioni concrete (come la valutazione dei pazienti per i fattori di rischio e di fornitura di informazioni) sia di interventi complessi (come la responsabilizzazione del paziente a svolgere un ruolo attivo nella gestione del proprio condizione). Vedere la tabella 10.3 per una panoramica del contenuto e della struttura dello strumento.

10.3 Standard e descrizione dei relative settori dallo strumento di autovalutazione

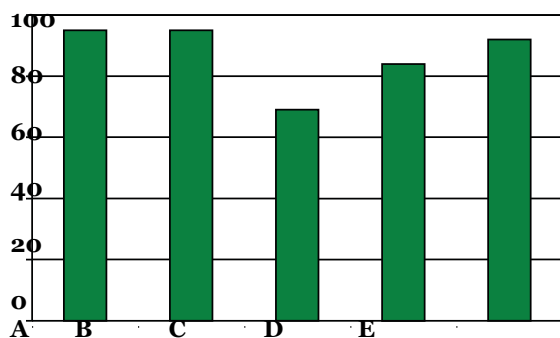
Standard	Description of the domain	Sub-Cat.	ME	Ind
I. Politica di gestione	L'impegno dell'organizzazione nell'implementazione del coinvolgimento dei pazienti e di HPH come parte del sistema complessivo di miglioramento della qualità organizzativa	6	17	3
II: Valutazione del paziente	Obblighi degli operatori sanitari di valutare sistematicamente le informazioni e le esigenze di HPH in collaborazione con il paziente	5	8	3
III. Informazioni e intervento sul paziente	Informare i pazienti sulle attività pianificate, responsabilizzare i pazienti per una collaborazione attiva e facilitare l'integrazione delle attività HPH nei percorsi dei pazienti	5	8	3
IV. Promuovere un luogo di lavoro sano	Stabilire le condizioni per lo sviluppo dell'ospedale come luogo di lavoro e ambiente sani	4	16	9
V. Continuità e cooperazione	L'approccio pianificato dall'organizzazione alla collaborazione con altri fornitori di servizi sanitari, istituzioni e settori, compresa la continuità assistenziale	4	19	4
Total		24	68	21

Sub-Cat: Sub-Category. St: Sub-standards. ME: Measurable elements. Ind: Indicators

Il secondo passo è stato effettuato dopo lo sviluppo degli standard e del relativo strumento di autovalutazione e consisteva in una valutazione effettuata tra 38 ospedali di 8 paesi; Repubblica ceca, Germania, Irlanda, Italia, Lituania, Slovenia, Svezia e Sudafrica. Dopo un'implementazione pilota, agli ospedali è stato chiesto se:

- A. La loro partecipazione all'autovalutazione è stata utile;
 - B. Avevano identificato nuovi potenziali per migliorare le attività per la qualità
 - C. Il lavoro relativo alla raccolta dei dati potrebbe essere introdotto nella normale pratica
 - D. Se potevano raccomandare ad altri ospedali interessati alla promozione della salute di eseguire un'autovalutazione
 - E. Tutti i membri dell'HPH avrebbero potuto svolgere un'autoanalisi
- (Risultati, tab. 10.4)

10.4 Risultati della valutazione pilota degli Standards WHO-HPH (in %)



Lo strumento rivisto (5) è stato tradotto in cinese, estone, tedesco, francese, italiano, slovacco, arabo e spagnolo e sono in corso ulteriori traduzioni. Alcune reti HPH nazionali e regionali hanno deciso di rendere l'autovalutazione in base agli standard un requisito d'ingresso per aderire alla rete, mentre altri paesi stanno integrando gli standard nei loro sistemi nazionali di accreditamento ospedaliero.

Il modello per la documentazione delle attività di HPH (Doc-Act)

Il secondo studio della rete HPH dovrebbe essere visto di seguito agli standard sopra menzionati. Nello studio, la rete HPH ha sviluppato un modello semplice per una registrazione sistematica delle più importanti e frequenti attività di promozione della salute clinica. Questo modello di documentazione per le attività di promozione della salute (HPH Doc-Act) è compatibile con gli attuali sistemi di gestione dei pazienti (9; 10).

Per essere significativo per i medici, il modello HPH Doc-Act è strettamente correlato al percorso clinico del paziente, insieme alle altre due parti negli strumenti di autovalutazione HPH (vedere 10.3). Il modello non si concentra su molti dettagli dei metodi utilizzati, ma solo sul fatto che il paziente lo abbia ricevuto.

L'HPH Doc-Act si compone di due parti; una parte per la documentazione della motivazione (per il cambio di attitudine) e l'altra per la documentazione del successivo intervento o programma riabilitativo globale (relativo al successivo cambio di comportamento). In questo modo, The HPH Doc-Act riflette le due fasi principali del processo di cambiamento dello stile di vita: il cambiamento di comportamento e il cambiamento di atteggiamento (Tabella 10.5).

Per avere un senso, la registrazione dovrebbe riferirsi accuratamente alle attività di promozione della salute che hanno avuto luogo (e che sono documentate nella cartella clinica).

- Alcuni pazienti cambiano stile di vita senza la necessità di alcun intervento clinico. Trovano il sostegno in se stessi e nella loro famiglia o in altri intorno a loro. Questo gruppo di pazienti non richiederà la documentazione da HPH Doc-Act.
- Altri pazienti necessitano solo del supporto motivazionale. Questo secondo gruppo apparirà esclusivamente con la documentazione per il supporto motivazionale.
- Molti pazienti necessitano sia del supporto motivazionale che di un programma di intervento adeguato per poter cambiare il loro stile di vita e mantenere il nuovo stile di vita. Avrebbero bisogno di documentazione per entrambi.

10.5 Il modello di registrazione (HPH Doc-Act) per la promozione della salute con gli specifici 15 codici classificativi nazionali danesi .

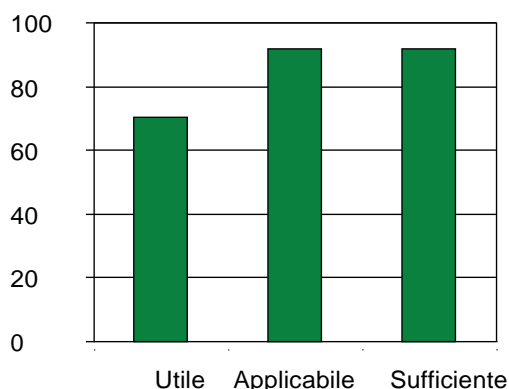
7 codici per support motivazionale e consulenza		8 codici per interventi, dopo terapia e riabilitazione	
Fumo	BQF S01	Programma di cessazione del fumo	BQF T01
Alcohol	BQF S02	Interventi per Alcohol	BQF T02
Nutrizione	BQF S03	Programmi nutrizionali	BQF T03
Attività fisica	BQF S04	Attività fisica	BQF T04
Relazioni psico-sociali	BQF S05	Supporto psico-sociale per altri fattori di rischio	BQF T05
Altri fattori di rischio	BQF S06	Medicina post-trattamento	BXA B0
-	-	Educazione pazienti	BVD Y04
Consulenza integrata (comprende vari elementi)	BQF S07	Riabilitazione integrata (comprende vari elementi)	BQF T19

Il modello HPH Doc-Act è organizzato allo stesso modo della registrazione per le attività chirurgiche e può essere utilizzato per il rimborso (basato sulla qualità) in modo simile. Per semplificare, il modello include solo le attività principali; tuttavia, è possibile aggiungere tutti i codici del sistema internazionale di classificazione delle malattie (ICD) (11-13) e altri sistemi di classificazione nazionali / regionali, in modo da raggiungere il livello di dettaglio richiesto.

I medici specialisti con esperienza nella documentazione e nella registrazione di diciannove dipartimenti / ospedali in sei paesi hanno valutato l'HPH Doc-Act (9; 10). La grande maggioranza ha trovato il modello comprensibile, applicabile e sufficiente per i loro gruppi specifici di pazienti provenienti da aree come medicina interna, cardiologia,

chirurgia geriatrica, ortopedica e psichiatria (9; 10) (Risultati nella figura 10.6).

10.6 Risultati della valutazione clinica del modello Doc-Act di HPH (in %)



Il modello di raccolta dati (HPH Data Model)

Subito dopo aver finalizzato la valutazione della documentazione delle attività di promozione della salute, i clinici hanno richiesto un modello simile per documentare le esigenze dei pazienti per quelle attività di promozione della salute descritte nel modello HPH Doc-Act sopra menzionato. In risposta, la rete HPH ha avviato un terzo studio sullo sviluppo e la valutazione di un modello di dati HPH di facile utilizzo.

Oltre 60 dipartimenti / ospedali hanno partecipato allo studio, condotto da specialisti clinici provenienti da 11 paesi (Austria, Canada, Repubblica Ceca, Estonia, Germania, Italia, Norvegia, Svizzera e Taiwan PoC).

Il modello HPH DATA comprende nove domande per la documentazione di cinque determinanti di salute di grande importanza per il risultato clinico. È stato sviluppato per una categorizzazione dei pazienti in due gruppi; coloro che hanno bisogno di attività di promozione della salute nei percorsi dei loro pazienti e quelli senza un tale bisogno. In questo modo il modello può aiutare il personale clinico a decidere sistematicamente l'attività di promozione della salute appropriata da offrire al singolo paziente. Il modello HPH DATA e i risultati della valutazione sono mostrati di seguito (vedere 10.7 e 10.8). L'accordo tra specialità e paesi era notevolmente elevato (10; 14).

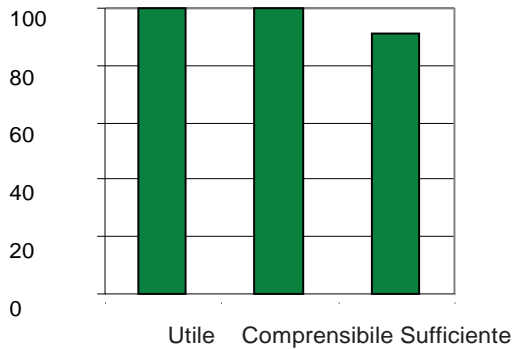
10.7 Il modello HPH DATA Model. Qualsiasi risposta affermativa classifica il paziente nel gruppo a cui sarà offerta la relativa attività di promozione della Salute

Documentazione	SI	NO
Il paziente è a rischio di malnutrizione?		
Il paziente ha BMI < 20.5?		
Il paziente ha perso peso nell'ultimo mese?		
Il paziente ha ridotto l'introito calorico nell'ultima settimana?		
Il paziente ha una malattia grave (sepsi, ipertensione, etc)?		
Il paziente è sovrappeso?		
Il paziente ha BMI > 25?		
Il paziente ha circonferenza vita > 80 cm (F) o > 94cm (M)?		
Il paziente pratica attività fisica a < 1/2 hr / giorno?		
Il paziente fuma ogni giorno?		
Il paziente beve > 14 unità/sett (F) or 21 (M)?		

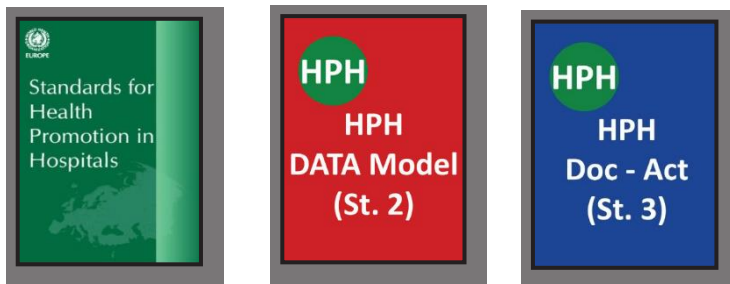
Gli standard WHO-HPH , HPH DATA e HPH Doc-Act lavorano insieme

I modelli HPH DATA e HPH Doc-Act si inseriscono direttamente negli standard HPH II e III dell'OMS per la promozione della salute negli ospedali (vedere 10.9). Lo standard II si riferisce alla valutazione del paziente, mentre lo standard III riguarda le informazioni e l'intervento del paziente (5; 6).

10.8 Risultati della valutazione clinica del modello DATA HPH (in%).



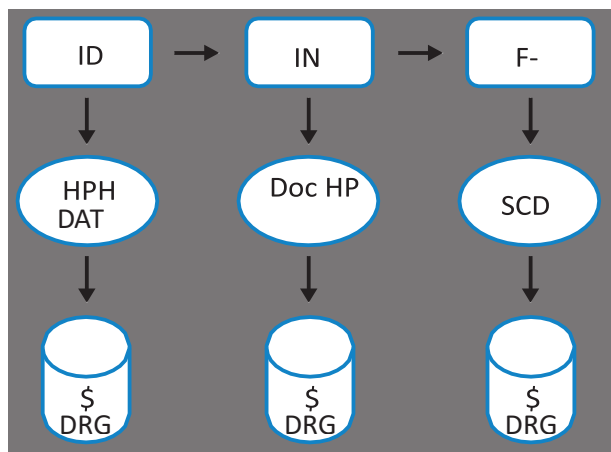
10.9 Sia il modello HPH DATA che il modello HPH Doc-Act fanno parte degli standard WHO per Health Promotion in Hospitals.



- I. Politica di gestione di HPH
- II. Valutazione del paziente
- III. Intervento e informazioni sul paziente
- IV. Promuovere ambiente di lavoro sano
- V. Continuità e cooperazione

Inoltre, i due modelli possono essere collegati direttamente al sistema di rimborso del gruppo diagnostico (DRG) senza ostacoli tecnici (15).

Numerosi paesi, regioni e servizi sanitari locali hanno implementato in tutto o in parte i modelli HPH DATA e HPH Doc-Act nel loro sistema di classificazione e gli standard WHO-HPH nella loro gestione della qualità.



10.10 Il percorso clinico HPH

Identificazione (ID) e intervento/riabilitazione (INT) corrispondono a diagnosi e terapia nel tradizionale percorso del paziente. Il follow-up (F-U) nel percorso clinico HP (es. Registro della cessazione del fumo, SCDB) (16) è anche simile al follow-up dopo terapia nei registri di qualità.

Riferimenti scientifici

- (1) Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth* 2009;102:297-306.
- (2) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2005;83:691-729.
- (3) Shewhart WA. Statistical method from the viewpoint of quality control. Washington: The Graduate School of the Department of Agriculture; 1939.
- (4) Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of care? *Operations Research Issue Paper 2*. Baltimore: US Agency for International Development; 2001.
- (5) Groene, (ed.). Implementing health promotion in hospitals: Manual and self assessment forms. World Health Organization; 2006.
- (6) Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promot Int* 2010;25:221-9
- (7) World Health Organisation. Health Promoting Hospitals Standards Working Group. Development of standards for disease prevention and health promotion. Report on the WHO Meeting on standards for disease prevention and health promotion, Bratislava, 14 May 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2002.
- (8) World Health Organisation. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of Indicators for a Self-assessment tool. Report on a 4th workshop, Barcelona, Spain, 24-25 October 2004. <http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf> 19-03-2012.
- (9) Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, et al. An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:145.
- (10) Tønnesen H, Roswall N, Odgaard MD, Pedersen KM, Larsen KL, Mathiassen B, et al. Basic registration of risk factors in medical records. Malnutrition, overweight, physical inactivity, smoking and alcohol. *Ugeskr Laeger* 2008;170:1747-52.
- (11) World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, 10th Revision. Geneva: WHO; 1994.
- (12) World Health Organisation. Manual of the International Statistical Classifications of diseases, injuries and causes of death, 9th Revision. Geneva: WHO; 2011.
- (13) World Health Organisation. External Causes of Morbidity and Mortality. International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision, Volume 1, Chapter XX. Second edition. Geneva: WHO; 2005.
- (14) Tønnesen H, Svane JK, Lenzi L, Kopecky J, Suurorg L, Bukholm IRK, et al. Handling Clinical Health Promotion in the HPH DATA Model: Basic Documentation of Health Determinants in Medical Records of tobacco, malnutrition, overweight, physical inactivity & alcohol. *Clin. Health Promot.* 2012;1 (In Press)
- (15) Groene O, Tønnesen H. Reimbursing health promotion services in hospitals through diagnosis related groups. WHO-Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services; 2005.
- (16) Danish National Smoking Cessation Database. www.scdb.dk. 19-03-2012.

11. Standard e indicatori in pratica

Questo capitolo fornisce esempi di come gli standard e gli indicatori descritti nel capitolo 10 possono essere utilizzati nella pratica. Questi esempi possono fornire ispirazione per aiutarti a iniziare a implementarli nella tua area.

Esempio pratico di un Follow-up: il registro per la cessazione del fumo (www.scdb.dk)

Un esempio di monitoraggio attraverso gli indicatori di risultato, tratto dal database nazionale danese per la cessazione del fumo, mostra che c'è spazio per un miglioramento della qualità.

Quasi tutti gli interventi per smettere di fumare che si svolgono in Danimarca, seguono il programma gold standard (SPG) per gruppi o individui. Tutte le osservazioni e i follow-up per effetto sono documentati nel database di qualità nazionale sulla cessazione del fumo (1). I risultati sono pubblicati sul sito web pubblico, www.scdb.dk. Sebbene i tassi di cessazione siano buoni rispetto a quelli raggiunti da altri programmi nazionali, i nuovi obiettivi da raggiungere in futuro sono stati fissati ancora più elevati (Tabella 11.1).

L'SPG comprende cinque incontri faccia a faccia nell'arco di sei settimane con un istruttore addestrato, terapia sostitutiva della nicotina in base alla dipendenza individuale ad essa, un programma di educazione del paziente basato su manuale e un follow-up dopo sei mesi.

Come mostrato sopra nel ciclo PDCA (Figura 10.1), al fine di migliorare la qualità, la raccolta dei dati deve essere seguita da un'interpretazione dei risultati per l'identificazione delle aree di successo da sostenere, nonché delle aree con potenziale di miglioramento.

Nell'esempio del monitoraggio dei tassi di cessazione del fumo dopo l'intervento, è emerso che, sebbene si debbano dedicare maggiori sforzi a tutti gli indicatori (da 1 a 5), la priorità era quella di aumentare la frequenza complete la cessazione del fumo. È interessante notare che la maggior parte delle autorità municipali sta già raggiungendo i nuovi

obiettivi per le procedure di follow-up. Piani d'azione correlati dovrebbero essere definiti e messi in pratica e la misurazione della qualità dovrebbe essere ripetuta nel tempo.

Esperienze dalla pratica: il ciclo PDCA nel Trauma Center in US

La seguente guida ha lo scopo di aiutare i Trauma Center ad iniziare e migliorare continuamente la loro azione per lo screening dell'alcol e le esigenze di supporto motivazionale (2).

Pianifica

1. Presenta un caso per interventi sullo stile di vita. Raccogli e distribuisce la letteratura allo staff.
2. Organizza e progetta
Avere una persona altamente qualificata approva il programma ma non garantisce un supporto adeguato. È necessario il supporto di persone chiave in tutta l'organizzazione. Tra questi vi sono amministratori ospedalieri, dirigenti, leadership del personale infermieristico, assistenti sociali e altre parti interessate.
3. Lavorare verso un obiettivo comune
Decidi a quali comportamenti mirare.

11.1 Monitoring the effect of smoking cessation intervention 2009-10 (1)

Quality Indicators	Results	New quality goals
1. Smokers who completed the programme (= Completers)	59%	80%
Smokers who were followed-up at the end of the programme	99%	-
Smokers who were followed-up after 6 months	70%	-
2. Completers who were smoke-free at the end of the programme	70%	80%
3. Completers who were followed up after 6 months	71%	80%
4. Completers who were continuously smoke-free after 6 months	42%	50%
5. Completers' satisfaction (4 & 5 points on a Likert scale from 1 to 5)	87%	90%

Otteni il consenso sviluppando una consapevolezza comune della necessità del programma di intervento, di come funziona e di come il personale lavorerà insieme per garantirne il successo.

4. **Decidi chi fornirà l'intervento** I fattori includono disponibilità di tempo, conoscenza ed esperienza, capacità interpersonali e disponibilità.

5. **Decidi chi dovrebbe essere selezionato**

Idealmente, tutti dovrebbero essere sottoposti a screening, ma è opportuno evitare lo screening dei pazienti al di sotto di una certa età e di altri tipi di pazienti. Ciò ridurrà il numero totale di proiezioni da eseguire e risparmierà in tempo.

6. **Decidi le procedure di screening**

Determina quali questionari verranno utilizzati, in che modo verranno consegnati, come verranno documentati i risultati e in che modo la persona che eseguirà l'intervento otterrà i risultati.

7. **Decidi le procedure di intervento**

Decidi quando verrà consegnato un intervento, quanto tempo ci vorrà e in quali elementi consisterà l'intervento.

8. **Decidi sulle procedure di rinvio**

Sviluppare procedure da seguire quando si riscontra che i pazienti hanno un problema serio come la dipendenza.

9. **Alla ricerca di un "Buy-In" a lungo termine per il programma.** Per avere successo, il programma deve

entrare a far parte delle routine cliniche della DE ed essere ampiamente supportato da tutti i soggetti coinvolti. Revisionare il piano con tutti i supervisori, prendere decisioni congiunte e sollecitare suggerimenti per ottenere supporto.

Agisci

10. Inizia la formazione

Decidi chi sarà format per eseguire le procedure di screening e intervento e quale tipo di formazione avrà bisogno. Pianifica e promuovi la formazione. Sviluppa il contenuto e la struttura delle sessioni di formazione e identifica le risorse di formazione basate sul web e di altro tipo.

11. Prepara la partenza

Annunciare l'avvio, ricordare, offrire ringraziamenti, fornire aiuto pratico, affrontare questioni impreviste, incoraggiare il personale, fornire feedback e mostrare apprezzamento.

Verifica

12. Inizia il miglioramento di qualità

Identificare il numero di pazienti sottoposti a screening fuori dalla popolazione target, la percentuale di screening positivi, la percentuale di pazienti con screening positivo che ha ricevuto un intervento o un rinvio e altri aspetti del programma.

Agisci

13. Affinamento del programma

Migliorare il servizio attraverso l'esperienza e la ricerca. Fornire feedback al personale di prima linea per familiarizzarli con i successi del programma. Impara dagli altri. Alla fine eseguire nuovamente il ciclo PDCA.

È importante pubblicare il tuo lavoro per fornire ulteriore supporto, facendo sapere ai leader della tua organizzazione come stai facendo e permettendo ai dirigenti della comunità locale, ai cittadini e alle organizzazioni di sentire come questo nuovo servizio sanitario sta beneficiando la loro comunità.

Esperienza pratica: come vengono utilizzati in Taiwan gli Standard WHO- HPH

Gli ospedali e i servizi sanitari della rete regionale HPH di Taiwan eseguono un'autovalutazione rispetto agli standard WHO-HPH quando si impegnano per diventare membri.

L'aspettativa di vita alla nascita è aumentata significativamente negli ultimi decenni a 82 anni per le donne e 75 anni per gli uomini nella regione, paragonabili ai livelli nel Regno Unito e negli Stati Uniti, mentre la spesa sanitaria totale è inferiore solo al 6,2% di il prodotto interno lordo della nazione. La densità dei letti d'ospedale e delle capacità mediche è elevata. L'assicurazione sanitaria nazionale offre una copertura universale dell'assistenza e i pazienti hanno pieno diritto di scegliere da chi avere l'assistenza. Il tasso di soddisfazione complessivo raggiunge l'80%.

Gli ospedali e i servizi sanitari di Taiwan operano a condizioni molto competitive. Il personale deve migliorare continuamente se stesso per mantenere la propria competitività. Nuovi progetti o interventi rivolti agli ospedali devono essere chiaramente definiti, efficienti e utili per raggiungere obiettivi clinici e gestionali come risparmio di costi, aumento della soddisfazione, miglioramento della salute .

Diverse strategie per diversi livelli

A livello regionale e organizzativo, esistono diverse strategie per facilitare l'apprendimento e il cambiamento efficaci. La rete HPH di Taiwan ha tradotto in cinese lo strumento di autovalutazione e gli standard. Viene eseguito un controllo incrociato degli standard WHO-HPH con gli standard di accreditamento ospedaliero taiwanese che evidenzia aree comparabili in cui l'autovalutazione e il miglioramento di HPH possono aiutare gli ospedali a fare meglio.

La rete regionale HPH di Taiwan supporta gli ospedali e i servizi sanitari membri con le seguenti attività, da cui anche il Sig. WU può trarre vantaggio

- Scambio di esperienze e conoscenze in occasione di conferenze, seminari e altre attività di apprendimento come la selezione annuale di modello HPH "Best practice nella riprogettazione dei processi di consegna" e "Best practice nei luoghi di lavoro che promuovono la salute e attraverso il sostegno alla partecipazione alle conferenze internazionali annuali HPH.
- Analisi dei risultati collettivi delle autovalutazioni di tutti i membri, identificazione delle debolezze e dei punti di forza comuni, sviluppo di programmi comuni di miglioramento per i membri e monitoraggio del cambiamento dei

risultati di autovalutazione

Livello organizzativo

I manager ospedalieri non prenderanno in considerazione la possibilità di diventare membri di HPH a meno che non si rendano conto che la promozione della salute è importante per i loro ospedali e che la rete HPH può supportarli nel miglioramento. A livello organizzativo il signor Wu può fare diverse cose per facilitarne il processo di autovalutazione e un cambiamento efficace nell'ospedale.

Programma per principianti per favorire l'implementazione degli standard WHO-HPH

Il signor Wu può trovare la guida adeguata nella rete HPH. Se il suo ospedale non è ancora membro di HPH, ma desidera aderire, può beneficiare del programma "Principiante" istituito dalla rete HPH di Taiwan. La rete supporta l'implementazione degli standard WHO-HPH negli ospedali e servizi sanitari nuovi e in arrivo attraverso:

- Corsi di base HPH in diverse aree geografiche per introdurre le tendenze e la politica di gestione della qualità, i contenuti e il significato degli standard e per diffondere esperienze di autovalutazione ed esempi di migliori pratiche sui diversi standard;
- Una visita in loco presso il nuovo ospedale membro da parte dei consulenti; prevede la presentazione dell'ospedale sull'autovalutazione, il piano di miglioramento organizzativo e i principali progetti di promozione della salute, lo scambio di esperienze, il chiarimento di possibili interpretazioni errate degli standard e la presentazione di commenti e suggerimenti a supporto del miglioramento dell'ospedale.

Come direttore dell'ospedale, il signor Wu ha il mandato di identificare e coinvolgere membri dello staff interessati e competenti come il Dr. Lee. Il signor Wu dovrebbe, non appena possibile, orientarsi verso un'organizzazione che aggiunge salute, articolare il significato di quella visione per il personale, i pazienti, la comunità e l'organizzazione stessa e renderla visibile e udibile in tutto il organizzazione. Ciò aiuterà i dipendenti come il Dr. Lee a intraprendere una valutazione della qualità e un miglioramento del loro impegno nel processo di cambiamento. Inoltre, il signor Wu dovrebbe:

- Designare un gruppo di lavoro guidato dal supervisore o da un vice sovrintendente e una persona qualificata come coordinatore, incoraggiare i dipartimenti clinici e amministrativi a lavorare insieme ed educare il personale chiave (ad esempio consentendo loro di frequentare il corso di base HPH);
- Inizia con la promozione della salute del personale e poi continua con i pazienti e la comunità identificando i loro bisogni attraverso valutazioni. Quindi riferire e discutere i risultati nelle riunioni ospedaliere;
- Eseguire l'autovalutazione rispetto agli standard OMS-HPH e indicare attività, processi e successi esistenti, nonché aree di miglioramento; invitare esperti di ospedali campione a condividere esperienze (benchmarking) e fissare obiettivi e priorità.
- Dai l'esempio, segnala i progressi compiuti e i problemi per migliorare, incoraggia l'innovazione e il divertimento, fornisci concorsi e premi;
- Partecipare alla selezione dell'ospedale modello HPH Network e alle conferenze internazionali.

La rete HPH in Taiwan e il suo processo di iscrizione all' HPH

In generale, l'iscrizione alla HPH nazionale o regionale include l'appartenenza alla rete HPH internazionale, che deve essere raccomandata e approvata dal coordinatore nazionale o regionale. Le iscrizioni individuali sono accettate solo se non esiste una rete HPH esistente nella nazione o nella regione. Le reti nazionali o regionali possono aggiungere criteri di appartenenza specifici ai criteri internazionali, come ha fatto la rete di Taiwan (tra gli altri).

La rete di Taiwan è stata la più rapida a crescere nella internazionale HPH. Il numero di membri HPH nella rete di Taiwan è aumentato da 5 a oltre 60 membri entro 4 anni dalla sua istituzione.

Il processo di adesione alla rete HPH di Taiwan prevede tre passaggi:

1. Quando un ospedale vuole diventare membro, inizia il processo di affiliazione come "membro preparatorio" al fine di ottenere l'accesso ai materiali pertinenti e alle informazioni sui corsi di formazione.
2. L'ospedale esegue un'autovalutazione rispetto agli standard WHO-HPH e fa domanda per una visita in loco.
3. Se l'ospedale supera la visita locale (che di solito non è difficile), riceve un'affiliazione internazionale valida per quattro anni. Il rinnovo dei membri richiede una continua partecipazione alle attività di apprendimento e una nuova valutazione di 2 e 3.

Come dimostra l'esperienza, gli ospedali di Taiwan accolgono con favore gli standard internazionali WHO-HPH. A una valutazione hanno affermato che "controllando gli item uno per uno, siamo molto felici di sapere che stiamo facendo abbastanza bene; allo stesso tempo, sappiamo anche dove possiamo migliorare. Risparmia molto tempo "e che" eseguire l'autovalutazione rispetto agli standard dell'OMS rende il concetto di HPH chiaro e fattibile. Permette agli ospedali di fare le cose giuste dall'inizio".

CASO

Mr. Wu è CEO in un ospedale universitario. Ha sentito parlare dell'idea di valore aggiunto che un ospedale può aggiungere al miglioramento di salute dei pazienti valutando in modo proattivo le loro esigenze e fornendo sistematicamente adeguati servizi di promozione della salute.

Ritiene che ciò sia eccellente sia per il beneficio dei pazienti sia per la trasmissione del valore professionale di base dell'assistenza sanitaria al personale.

Tuttavia, il signor Wu non sa come iniziare. Con tempo e risorse limitati, chiede se ci sono delle linee guida da seguire, che daranno le migliori possibilità di successo.

Il dottor Lee lavora nello stesso ospedale. Di recente ha migliorato la sua competenza nel supportare pazienti che stanno cercando di smettere di fumare. Tuttavia, la sua clinica è molto affollata e il dott. Lee non è sicuro di ricordarsi sempre di chiedere informazioni sullo stato di fumo dei pazienti.

Inoltre, nel sistema informativo elettronico non c'è posto per registrare i risultati, quindi il Dr. Lee non sa se sta migliorando. Il Dr. Lee chiede aiuto al suo capo dipartimento e al personale IT. Né può cambiare il sistema "esclusivamente per le sue esigenze personali".

Riferimenti scientifici

(1) Danish National Smoking Cessation Database, www.scdb.dk, 2012-03-19.

(2) Higgins-Biddle JC, Hungerford D, Cates-Wessel K. Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use - A Step-by- Step Implementation Guide for Trauma Centers. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2009.

12. Ricerca

Il cambiamento dello stile di vita e del comportamento sanitario dovrebbe basarsi sulle migliori pratiche basate sull'evidenza allo stesso modo della diagnostica e dei trattamenti. La piattaforma basata sull'evidenza include l'evidenza stessa, insieme all'esperienza del personale e alle preferenze del paziente. Tutti insieme questi tre elementi costituiscono la migliore pratica basata sulle prove in questo campo.

In precedenza, la conoscenza del processo di cambiamento dello stile di vita e del comportamento di salute si basava principalmente su esperienze e in parte su sensazioni. Le misurazioni dei risultati si sono spesso concentrate esclusivamente sulla soddisfazione. Oggi l'attenzione si concentra sulla creazione di pratiche basate sull'evidenza, e i risultati includono fattori fondamentali quali mortalità, morbilità, complicanze e durata della degenza, nonché soddisfazione. Questo cambiamento di focus garantisce uno sviluppo continuo e una valutazione di nuovi metodi per approvare cambiamenti sostenibili ed efficaci nello stile di vita e nel comportamento sanitario. Assicura inoltre che vengano utilizzati solo metodi efficaci e che procedure inutili vengano eliminate o sostituite da procedure efficaci.

La maggior parte degli operatori sanitari viene insegnata e formata nella metodologia di ricerca di base a livello universitario. Inoltre, la ricerca in questo campo specifico richiede interdisciplinarietà e collaborazione. Anche i pazienti sottoposti a un processo di cambiamento verso uno stile di vita o un comportamento di salute migliore desiderano ottenere un miglioramento della salute correlato a questo processo. I clinici, gli infermieri, i fisioterapisti, gli audiologi e tutti gli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cambiamento devono essere in grado di raccomandare il miglior intervento basato sull'evidenza. Per fare ciò è necessario basare le raccomandazioni sul più alto livello di evidenza e sulla migliore qualità della ricerca.

12.1 La pratica basata sull'evidenza comprende 3 elementi principali



La migliore evidenza

Esiste una tradizione medica di lunga data nella creazione di prove mediante la metodologia della ricerca quantitativa. Tuttavia, quando si tratta di impegnarsi nel processo di cambiamento, vi è un'ulteriore necessità di ricerca interdisciplinare e l'uso di metodi qualitativi e quantitativi. L'ultimo è particolarmente rilevante quando si tratta delle competenze del personale e delle preferenze del paziente.

L'importanza è strettamente correlata alla costituzione dell'evidenza. Nella ricerca, trovare un risultato significativo significa che probabilmente non si è verificato per caso da solo. Il livello convenzionale di significatività, cioè $p < 0,05$, è la probabilità che un risultato si verifichi meno di 5 volte su 100 per puro caso (1). La conseguenza è che 1 risultato significativo su 20 ha origine solo per caso. Pertanto si raccomanda spesso di ripetere gli studi.

D'altra parte, anche il significato ripetuto non è sempre sufficiente per garantire risultati utili nella vita clinica quotidiana. Due diversi interventi per smettere di fumare possono entrambi mostrare effetti significativi, come dimostra questo esempio:

ESEMPIO

Una recente recensione di Cochrane ha mostrato che un breve intervento che includeva tecniche di intervista motivazionale ha avuto un effetto significativo a breve termine sul tasso di cessazione per i fumatori sottoposti a chirurgia.

Il Gold Standard Program (SPG) menzionato nel capitolo 9 è un altro esempio di un intervento che mostra un significativo effetto a breve termine sul tasso di cessazione tra i fumatori sottoposti a chirurgia (2).

Entrambi gli interventi sono basati sull'evidenza, ma l'SPG è molto più efficace del programma di intervento breve. Ciò può essere facilmente visto da un calcolo del numero di pazienti necessari per sottoporsi all'intervento per far smettere di fumare a un solo paziente. Nell'esempio sopra, il numero necessario per il trattamento (NNT) per il breve intervento è di 7 pazienti, mentre l'NNT per l'SPG è solo di 2. Ciò significa che l'SPG è circa 3 volte più efficace nonostante entrambi i programmi siano significativi a breve termine. È importante interpretare attentamente la rilevanza del significato.

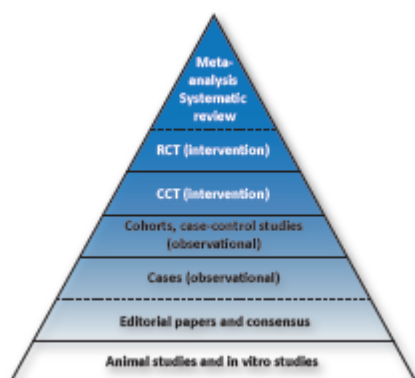
Per descrivere ulteriormente le differenze tra i due interventi, un breve intervento che include il colloquio motivazionale e la terapia sostitutiva con nicotina non modifica significativamente il tasso di complicanze dopo l'intervento chirurgico né il tasso di cessazione di un anno. Al contrario, l'SPG è seguito da una significativa riduzione delle complicanze postoperatorie e del numero di fumatori dopo un anno.

Il livello di evidenza

Il livello di evidenza è dato dal disegno dello studio, come mostrato in 12.2. È facile rilevare il livello di evidenza della piramide presentata dal professor Martin Eccles e colleghi (3). La piramide è classificata con il più alto livello di evidenza nella parte superiore. Quando si tratta di intervento, gli studi osservazionali raramente sono sufficienti. Pertanto, è necessario cercare studi clinici randomizzati (RCT), che rappresentano il più alto livello di evidenza.

Molti studi che valutano associazioni e correlazioni tra diversi fattori e risultati non sono classificati al più alto livello di evidenza. Significa che l'interpretazione di questi risultati dovrebbe essere fatta con molta attenzione. Tuttavia, molti dei progetti di studio di livello inferiore sono molto rilevanti, perché spesso generano nuove ipotesi da testare nella progettazione di RCT.

12.2 Categorie dell'evidenza. I 3 livelli superiori rappresentano le prove raccolte con interventi, sono superiori agli studi basati su osservazioni, opinioni e studi in vitro o su animali.



Valutazione di qualità

Oltre a valutare il livello di evidenza, è sempre importante valutare la qualità dello studio: se la qualità è bassa, anche uno studio con un alto livello di evidenza è raramente implementabile o clinicamente rilevante. L'alta qualità non può compensare il basso livello di evidenza e viceversa. È importante che gli studi futuri in questo campo siano di alto livello, oltre che di alta qualità.

Numerosi punteggi sono stati sviluppati per fornire criteri di alta qualità. Un modulo di valutazione usato spesso dalla Cochrane Collaboration (4) è mostrato in 12.3. La qualità è valutata da una valutazione individuale dei domini elencati nella tabella. Non ci sono numeri o criteri esatti per i diversi domini, ma tutti devono essere considerati.

12.3 Valutazione di qualità in RCTs

Tasso di inclusione
Allocazione dell'intervento
Occultamento dell'allocazione
Tassi di follow-up
Blinding
Dati outcome incompleti
Intention to treat

Competenze dello staff

Un altro elemento importante nelle migliori pratiche basate sull'evidenza sono le competenze del personale (figura 12.1). Le competenze comprendono sia la conoscenza che l'esperienza in un determinato campo. Pertanto, l'insegnamento e la formazione del personale su come impegnarsi nel processo di cambiamento sono fondamentali (vedere anche il capitolo 10). L'importanza del personale competente è stata dimostrata più volte. La ricerca relativa al personale utilizza spesso una metodologia qualitativa; tuttavia, in quest'area sono applicabili anche metodi quantitativi, come mostra questo esempio:

L'uso delle competenze cliniche e dell'esperienza nell'aiutare a soddisfare le esigenze e i desideri dei pazienti, nonché nella conduzione di un intervento è estremamente rilevante. Inoltre, anche lo stile di vita e il comportamento sanitario del personale stesso sono importanti quando si supportano i pazienti in relazione al processo di cambiamento. Se, ad esempio, i professionisti della salute fossero fumatori, ciò influenzerebbe la probabilità che i loro pazienti si impegnino a smettere di fumare. I membri del personale con un particolare tipo di stile di vita o comportamento malsano trascurano o trascurano l'opportunità di supportare i pazienti nel cambiare altri tipi di stile di vita e comportamenti di salute come i pazienti in sovrappeso e i bevitori eccessivi (6).

Tuttavia, le migliori prove combinate con il più alto livello di competenze del personale saranno insufficienti se non consentono le preferenze del paziente.

Preferenze del paziente

Le preferenze del paziente sono l'ultimo dei tre elementi importanti nella migliore pratica basata sull'evidenza. Anche le migliori prove combinate con il più alto livello di competenze del personale non sono sufficienti se non si adattano alle preferenze del paziente. Le migliori pratiche basate sull'evidenza dovrebbero essere viste come una combinazione dei tre elementi di base: migliori prove, competenza del personale e preferenze del paziente (7).

Quando si tratta di cambiare stile di vita e comportamento sanitario, la maggior parte dei pazienti desidera subire questi cambiamenti e sono relativamente fortemente motivati a impegnarsi nel processo di cambiamento:

ESEMPIO

Un'intervista con i fumatori sottoposti a intervento preoperatorio per smettere di fumare nell'ambito del percorso chirurgico ha rivelato che i pazienti erano soddisfatti e si sono ulteriormente motivati offrendo loro questo programma di intervento per smettere di fumare (8).

Un altro studio ha dimostrato che la metà dei pazienti assegnati a un gruppo di controllo era delusa dal fatto che non gli fosse offerto lo stesso programma di intervento per smettere di fumare del gruppo di intervento (9). Questo studio ha mostrato che circa l'80% dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva voleva che l'ospedale li supportasse nel cambiare il loro stile di vita in relazione alla chirurgia (10).

I metodi di ricerca più frequentemente utilizzati sono studi qualitativi. Come professionista sanitario puoi spesso pensare di sapere cosa preferiscono i pazienti, ma può essere più pertinente chiederlo ai pazienti stessi. La loro motivazione e l'atteggiamento positivo con cui i pazienti ti incontrano possono essere sorprendenti.

La ricerca guidata dal paziente è una nuovissima area di ricerca in cui i pazienti stessi partecipano allo sviluppo dell'ipotesi, alla progettazione dello studio, ai metodi, alla raccolta di dati, all'analisi e all'interpretazione, nonché alla scrittura o alla modifica del articolo scientifico (11).

La prospettiva del paziente è un'aggiunta importante al modo più tradizionale di svolgere la ricerca. Anche la prospettiva del paziente è diventata parte integrante delle revisioni sistematiche di Cochrane.

Riferimenti scientifici

- (1) Houghton Mifflin. The American Heritage - Dictionary of the English Language. <http://www.dictionarreference.com> 2006(Fourth edition)
- (2) Thomsen T, Villebro NM, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, Issue 7 2010;(7):CD002294.
- (3) Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ 1998;316:1232-5.
- (4) Higgins JPT, Green S, (ed.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1. www.cochrane-handbook.org 2008
- (5) Backer V, Nelbom BM, Duus BR, Tønnesen H. Introduction of new guidelines for emergency patients: motivational counselling among smokers. CRJ 2007;1:37-41.
- (6) Willaing I, Jørgensen T, Iversen L. How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? Scand J Public Health 2003;31:149-55.
- (7) Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone; 2000.
- (8) Møller AM, Villebro NM. Preoperative smoking intervention: What do patients think? A qualitative study. Ugeskr Laeger 2004;166:3714-8.
- (9) Lindström D, Sundberg-Petersson I, Adami J, Tønnesen H. Disappointment and drop-out rate after being allocated to control group in a smoking cessation trial. Contemp Clin Trials 2009 Sep 14.
- (10) Boel T, Kannegaard PN, Goldstein H, Andersen T. Smoking, alcohol overconsumption and obesity before elective surgery. Prevalence and patient motivation for risk reduction. Ugeskr Laeger 2004;166:3297-300.
- (11) Petersen SH, Feldinger B, Jessen N, Kaufmann H, Pedersen B, Tønnesen H. Patient experienced side effects and adverse events after cancer treatment - Patient initiated research. Clinical Health Promotion 2011;1:5-8.

13. Riepilogo e capitolo Interattivo online

Oltre a fungere da sommario del libro di testo, questo capitolo funge anche da invito a tutti i lettori a iniziare a utilizzare il Modello operativo nella loro pratica quotidiana. Il capitolo online offre ai lettori e agli utenti del Modello operativo la possibilità di condividere le loro conoscenze ed esperienze sul Modello. Inoltre, il capitolo online offre all'utente la possibilità di rimanere aggiornato sulle nuove conoscenze e sviluppi nel settore. Come hai visto in tutto il libro, il Modello operativo può essere utilizzato in molti contesti con diversi gruppi di pazienti. L'uso del modello operativo è altamente applicabile e facile da implementare.

La LINEA è il primo strumento da utilizzare quando ti impegni nel processo di cambiamento del tuo paziente. La LINEA è uno strumento per l'apertura del dialogo e uno strumento di classificazione della fiducia in se stessi per il paziente.

La SCATOLA offre al paziente l'opportunità di esprimere la propria ambivalenza nei confronti del cambiamento e di riflettere sui pro e contro delle conseguenze di un cambiamento nello stile di vita o nel comportamento.

Laddove LINEA e SCATOLA sono entrambi strumenti utilizzati direttamente nella consultazione o nel dialogo con il paziente, il CERCHIO è uno strumento destinato esclusivamente al professionista della salute. Il CERCHIO funge da panoramica delle diverse fasi che una persona attraverserà quando sta subendo il processo di cambiamento. Ricorda, il modello operativo non è uno strumento indipendente che può essere autonomo nella pratica. Il modello operativo può essere utilizzato nelle consulenze e in altri dialoghi, ma la consulenza dovrebbe sempre essere seguita da un follow up secondo un programma validato.

Il capitolo interattivo online

Oltre ai capitoli presentati in questo libro è stato sviluppato online un capitolo interattivo. Questo capitolo interattivo funge da impostazione per la condivisione di conoscenze ed esperienze relative all'uso del modello operativo. L'idea è che compilando un modulo online su <http://www.whocc.org/opmodel> i lettori possano condividere le loro esperienze sull'applicazione del Modello operativo.

Vorremmo invitare tutti gli utenti presenti e futuri del Modello operativo a elaborare il loro uso del modello. Condividendo le loro esperienze su come e su quale gruppo di pazienti è stato applicato il modello, gli utenti possono a loro volta ispirare altri lettori e utenti.

Il capitolo interattivo online rende possibile un flusso costante di aggiornamenti e consente quindi ai lettori di tenersi aggiornati sulle più recenti conoscenze e prove nel campo dell'impegno nei processi di cambiamento.

Nella pagina successiva troverai un modello, che puoi trovare anche online. Ti invitiamo a compilare il modello online e in questo modo a condividere le tue esperienze

<p>Scritto da:</p> <p>Titolo professionale & nome:</p> <p>Affiliazione(Hospital/Health service, Department, Clinic, etc.):</p> <p>Indirizzo:</p>	<p>Data del report:</p> <p>Email:</p>
<p>Paziente/gruppo di persone</p> <p>A quale gruppo è stato applicato il Modello Operativo? Quante volte hai utilizzato il Modello Operativo?</p>	

Setting per l'uso del Modello Operativo

In quali contesti hai applicato il Modello Operativo? (Cure primarie / secondarie, specialità, privato / pubblico, ambulatoriale o ospedaliero, ecc.):

Quale processo di cambiamento è stato affrontato dai pazienti / clienti / persone (ad es. Qual era lo scopo del cambiamento nello stile di vita o nel comportamento)?

Come è stato utilizzato il modello operativo?

Quali elementi del Modello Operativo sono stati applicati?

A quale programma sono stati successivamente riferiti i pazienti / clienti / persone?

Utilizzo pratico

Quanto hai trovato utile e applicabile il modello operativo:

Comprensibile



Applicabile



Qual è stato il feedback da parte dei pazienti / clienti / persone di fronte al Modello Operativo?

Nel tuo contesto specifico, cosa ha facilitato il Modello Operativo nel tuo gruppo di pazienti / clienti / persone?
Hai riscontrato ostacoli nell'utilizzo del Modello Operativo?

Hai qualche consiglio per i futuri utenti del modello operativo?

L'adempimento di questo modello è confermato dall'autore (data e firma):

L'adempimento di questo modello è confermato dall'editore (data e firma):

World Health Organization Regional Office for Europe Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø,



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**
Denmark

World Health Organization Regional Office for Europe Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark