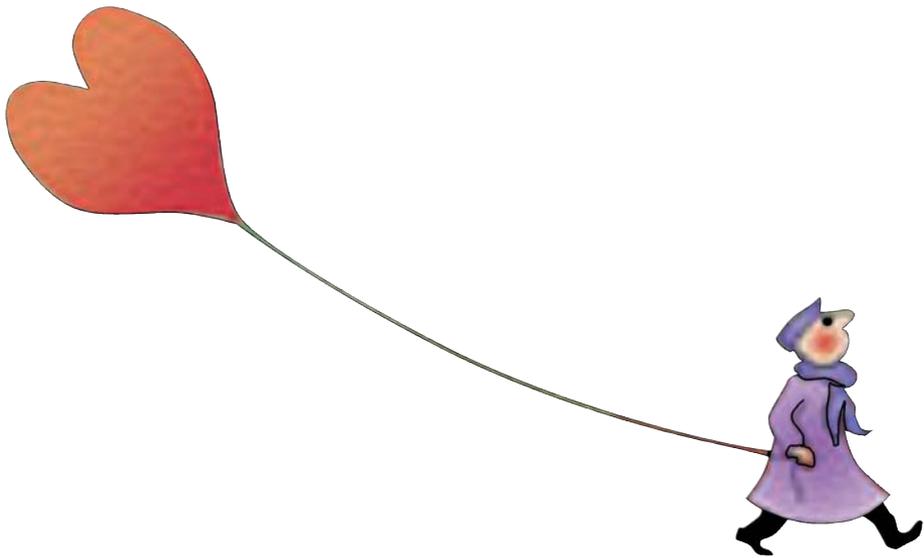




MANUALE PER LA PRESCRIZIONE DEGLI STILI DI VITA





A cura di:

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

con la collaborazione dei *“Gruppi di Progetto Ipertensione e Diabete”* del
“Progetto Prevenzione e Disease Management delle Patologie Croniche”:
M.Castellano, D. Cecchi, S. Di Meo , F. Donato, R. Fariello,
R. Levaggi, G. Medea, S. Riva, A. Rossi, A. Rotondi, U. Valentini

Progetto Grafico:

WellComm di Giulio Castellazzo

Fotografie:

FotoLive

Tipografia

ENDI s.n.c. - Bagnolo Mella (BS)

Finito di stampare nel mese di settembre 2007
Ogni uso del materiale qui contenuto diverso dal presente deve essere
preventivamente autorizzato dall'ASL della provincia di Brescia

ASL della provincia di Brescia

Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi 15 – 25124 Brescia

Tel. 030/38381 – Fax 030/3838233

www.aslbrescia.it - informa@aslbrescia.it



PRESENTAZIONE

Il principale risultato di salute ottenuto dal progresso della scienza medica è sostanzialmente riconducibile all'innalzamento progressivo della durata della vita, a cui si associa inevitabilmente l'incremento del consumo di risorse sanitarie: umane, professionali, strumentali, di farmaci ed ausili sanitari.

L'ASL di Brescia è impegnata da anni ad affrontare in modo razionale ed organico l'aumento del numero di persone affette da malattie croniche, tendenza che richiede il sempre maggiore impegno dei sistemi sanitari, socio sanitari ed assistenziali nella presa in carico su tempi lunghi.

Per garantire il governo dell'intero sistema, nel rispetto dei limiti di spesa concessi, ed offrire a tutti gli assistiti una risposta efficiente, integrata e sistematica, l'ASL di Brescia ha messo in atto complessi processi organizzativi, con il coinvolgimento di tutti gli attori sanitari presenti nel territorio: sono stati definiti *Percorsi Diagnostico Terapeutici* per la gestione condivisa tra medici del territorio e specialisti per le patologie di maggiore prevalenza quali il diabete, l'ipertensione, e la broncopatia ostruttiva, ed è stato realizzato il *Disease Management* quale strumento di gestione integrata ed analisi dei processi organizzativi attuati, ormai consolidatisi nel contesto bresciano.

Una seconda significativa area di lavoro è stata la attuazione di un sistema di monitoraggio delle patologie croniche, strumento indispensabile per una costante analisi degli interventi effettuati e dei loro risultati: in questa ottica è stata realizzata la "Banca Dati Assistito" ed i ritorni informativi personalizzati, periodicamente consegnati, a cura dei Distretti Socio Sanitari della Azienda, a ciascun Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta in occasione di incontri professionali di confronto.

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



La sfida a tali malattie non può essere affrontata solo sul versante clinico-terapeutico: diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione, stroke ed alcune neoplasie hanno come fattori di rischio comuni il sovrappeso, la sedentarietà ed il tabagismo, tutte condizioni che incidono sull'aspettativa e sulla qualità della vita.

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

L'ASL di Brescia si pone in linea con le strategie che a livello nazionale ed internazionale sono dettate dalla letteratura scientifica: infatti, se risale alla nascita della medicina moderna, ovvero all'antica medicina greca, l'intuizione che attività motoria e alimentazione costituiscono elementi fondamentali per il mantenimento della salute, la novità dei giorni nostri non consiste certo nell'aver individuato questo nesso, ma nell'averlo documentato con una mole di ricerche sul campo di grande solidità.

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

Ad affiancare le attività già intraprese, l'ASL ha avviato, dallo scorso anno, il "Progetto Cuore a Brescia", azione strategica su larga scala orientata a sensibilizzare tutti gli operatori sanitari sulla promozione dei corretti stili di vita, riconosciuti fattori indispensabili per guadagnare salute.

Una campagna di diffusione di messaggi educativi non può dare risultati efficaci nella popolazione se non è preceduta da una capillare sensibilizzazione e responsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari che ai vari livelli, ospedaliero e territoriale, diventano portatori di messaggi evocativi e convincenti.

In questa direzione ha preso avvio il Progetto Cuore, con la promozione della carta del rischio cardiocerebrovascolare, utilizzata dai medici per calcolare il rischio di malattia per i propri pazienti. Contemporaneamente è stato predisposto e diffuso l'opuscolo informativo "Progetto Cuore a Brescia", che contiene i principali elementi tratti dalla letteratura scientifica riferiti ai più comuni fattori di rischio e destinato a tutti gli operatori sanitari.

E' noto che il semplice consiglio di diminuire di peso, di smettere di fumare o di fare attività fisica non sortisce alcun effetto pratico nella grande maggioranza dei pazienti con patologia cronica (e ancora meno nei pazienti asintomatici) e che l'aderenza alla modificazione degli stili di vita, prevista in determinate patologie croniche, risulta molto più difficile rispetto alla terapia farmacologica, per la complessità del messaggio e per la difficoltà operativa.



Va in questo senso la scelta della ASL di Brescia di ampliare il bagaglio terapeutico del medico fornendo uno strumento operativo da utilizzare nella pratica quotidiana: il “Manuale di prescrizione degli stili di vita” che contiene elementi informativi teorici in tema di aderenza alla terapia e comunicazione, ma anche suggerimenti pratici per stimolare l’impegno del paziente a seguire le indicazioni, ed il correlato “Ricettario degli Stili di Vita” per la prescrizione di corretti comportamenti alimentari e di attività fisica, personalizzati per ciascun paziente.

Il Ricettario è concepito in perfetta analogia con quello in uso per la normale prescrizione di farmaci e prestazioni ma prevede, nello specifico, oltre alle generalità del paziente, la puntuale posologia e la modalità di “assunzione” della prescrizione terapeutica, qui vista come prescrizione nutrizionale, attività motoria, astensione dal fumo ecc.

La convinzione della ASL di Brescia è di porsi in linea con i dati di letteratura che dimostrano come si riesce a raggiungere gli obiettivi solo quando i pazienti sono oggetto non di generiche raccomandazioni, ma di consigli specifici, mirati alle loro esigenze. L’intervento, attuato per la prima volta nel nostro contesto, considera centrale l’azione del medico di famiglia nell’informare e rendere cosciente l’assistito affinché questi sia stimolato a partecipare attivamente alla gestione della propria salute ed è inoltre fondamentale la prassi parallela svolta da tutti gli altri operatori sanitari.

Dr. Carmelo Scarcella
Direttore Generale dell’ASL di Brescia



1	Introduzione	pag 9
1.1	Il contesto dell'ASL di Brescia	pag 10
2	Basi Teoriche	pag 11
2.1	Che cos'è l'aderenza alla terapia	pag 11
2.2	Fattori che influenzano l'aderenza ai regimi terapeutici	pag 12
2.3	Personalità e aderenza ai regimi terapeutici	pag 14
2.4	Aspetti cognitivi	pag 15
2.5	Aumentare l'aderenza	pag 16
3	Suggerimenti pratici	pag 17
3.1	Stimolare l'impegno del paziente alla terapia	pag 17
3.2	Migliorare l'aderenza alla terapia negli anziani	pag 19
3.3	Principi base di comunicazione efficace	pag 20
4	Progetto di intervento	pag 23
5	Come usare il manuale	pag 25
5.1	Ricettario degli stili di vita	pag 25
5.2	Indicazioni prioritarie per l'uso del ricettario	pag 27
5.3	Indicazioni per la prescrizione dell'attività motoria	pag 27
5.4	Indicazioni per la prescrizione di comportamenti alimentari	pag 29
5.5	Indicazioni per la prescrizione di cessazione fumo	pag 33
5.6	Monitoraggio aderenza	pag 38
5.7	Riscontro clinico dei risultati raggiunti	pag 38
6	Bibliografia	pag 39
	Appendice:	
	Modello del ricettario	pag 41
	Esempi di utilizzo del ricettario	pag 43

COME LEGGERE IL MANUALE

Letture completa

La lettura completa permette di seguire il percorso logico che porta al ricettario e alle sue modalità di utilizzo. Il manuale inizialmente si propone di individuare le difficoltà che limitano l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

Successivamente vengono focalizzate le modalità e i suggerimenti con i quali si può migliorare l'aderenza.

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

Letture rapida

Inizia direttamente dalle norme di utilizzo del ricettario (Capitolo 4).



1. INTRODUZIONE

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

Il problema effettivo non è tanto di validare l'efficacia delle modificazioni dello stile di vita, che è ampiamente dimostrata, quanto di renderne effettiva l'applicazione da parte dei pazienti.

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

L'enorme difficoltà nell'applicazione pratica, cioè l'effettiva modificazione di stile di vita da parte del paziente, ha originato una notevole mole di ricerche presenti essenzialmente nel panorama anglo-sassone dove il problema è maggiormente sentito soprattutto in relazione alle locali politiche economiche sanitarie.

L'elaborazione di uno specifico ricettario degli stili di vita ha l'ambizioso obiettivo di migliorare l'aderenza del paziente alla prescrizione di modificazioni a valenza preventiva delle proprie abitudini di vita.

L'aderenza alla terapia, meglio conosciuta come "compliance", ha progressivamente assunto un ruolo fondamentale per raggiungere il miglior risultato terapeutico possibile.

Il punto di partenza è stato principalmente costituito dagli studi sull'aderenza ai regimi farmacologici.

L'assunzione di farmaci ha fundamentalmente un'azione passiva da parte del paziente al quale viene prescritto il farmaco con il solo compito del dosaggio e dell'orario di assunzione. Eppure, nonostante la semplicità del compito, la compliance è assai limitata con punte molto basse per quanto riguarda le patologie croniche.

La terapia farmacologica ha una caratteristica di fondamentale passività. Il



ruolo del paziente è semplicemente di ricordarsi l'orario di assunzione del farmaco ed eseguirlo con un impegno temporale brevissimo ed un processo cognitivo ridotto.

L'aderenza alla modificazione degli stili di vita, prevista in determinate patologie croniche, risulta molto più difficile rispetto alla terapia farmacologica per la complessità del messaggio e per la difficoltà operativa.

1.1 IL CONTESTO DELL'ASL DI BRESCIA

A seguito dell'applicazione pluriennale di "Percorsi Diagnostico Terapeutici" (PDT) per la "Gestione Integrata Territorio-Ospedale del Diabete e dell'Iperensione", nell'ASL di Brescia sono state rilevate le seguenti criticità:

- scarso rilievo alla prevenzione primaria nei PDT,
- scarso rilievo alla prescrizione di stili di vita per ipertesi e diabetici noti,
- scarso rilievo alla promozione della partecipazione attiva dell'assistito,
- scarso rilievo alla valutazione del rischio cardiocerebrovascolare (RCCV),
- scarso rilievo al trattamento delle dislipidemie associate a ipertensione e diabete,
- assenza della figura infermieristica nei PDT attivati,
- complessità del percorso di attribuzione dell'assistenza per ipertensione e diabete,
- rigidità nella definizione delle tappe del percorso sanitario e delle relative azioni,
- scarso rilievo ai criteri per trattamento farmacologico appropriato,
- mancato coinvolgimento delle associazioni dei malati.

Per far fronte ad alcune di tali criticità, l'ASL di Brescia, dopo avere avviato la realizzazione del "Progetto Cuore a Brescia - campagna di sensibilizzazione degli operatori sanitari per la promozione degli stili di vita sani", ha previsto un approfondimento con la gestione delle situazioni borderline mediante la prescrizione di stili di vita a valenza preventiva.

Molte delle criticità prima evidenziate fanno parte del grande problema dell'aderenza alla terapia sia direttamente, come fortemente compreso nei primi tre punti, sia indirettamente come ad esempio l'assenza di figura infermieristica che ha un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria.

L'analisi critica del problema dell'aderenza permette di creare le premesse per impostare un programma specifico di modificazione degli stili di vita che preveda l'aumento della percentuale di aderenza.



2. BASI TEORICHE

2.1 CHE COS'È L'ADERENZA ALLA TERAPIA

Anche se la maggior parte delle ricerche si concentra sugli aspetti farmacologici, il concetto di aderenza è legato a molti comportamenti correlati alla salute. I partecipanti alla riunione del WHO sull'aderenza^[1] nel giugno 2001 la definiscono come

“ la proporzione con la quale il paziente segue le istruzioni mediche ”.

La brevità della definizione raccoglieva alcuni limiti strutturali.

Il termine “mediche” era insufficiente per descrivere tutta la serie di interventi terapeutici impiegati nella terapia delle patologie croniche. Inoltre il termine “istruzioni” implica un ruolo passivo per il paziente in contrasto con la necessità di collaborazione attiva nel corso della terapia.

L'aderenza ad un regime terapeutico richiede sia atteggiamenti attivi che passivi. Il rapporto fra paziente e curante deve essere di collaborazione sulla base delle rispettive competenze.

Ne consegue che un aspetto fondamentale è rappresentato dalla relazione terapeutica nella quale la terapia viene concordata esaminando tutte le possibilità sulla base della loro efficacia. Inoltre vengono valutate tutte le difficoltà che possono interferire sull'aderenza.

La definizione deve uscire dalla ristrettezza dei limiti, richiede una maggiore complessità e prende la forma seguente [2,3]:

*“la proporzione con la quale il comportamento di una persona
che segue una terapia farmacologica,
segue una dieta e/o procede ad una modificazione dello stile di vita
corrisponde alle indicazioni concordate con il curante”*

Molti pazienti con malattie croniche come ipertensione e diabete hanno difficoltà ad attuare completamente le prescrizioni del curante e quindi non si ottiene



una gestione ottimale della malattia. Ne consegue una serie di problematiche sia di tipo medico che psicosociale perché aumenta il rischio di insorgenza di complicazioni e di intaccare la qualità di vita del paziente, con notevole innalzamento del costo sanitario.

In generale mediamente solo il 50% dei pazienti assume i medicinali prescritti [4-8]. Ancora minore è la percentuale di coloro che rispettano le raccomandazioni che implicano un cambiamento del loro stile di vita.

Una curiosa ricerca americana ha evidenziato che neppure fra gli operatori sanitari l'aderenza è totale perché raggiunge solamente l'80% [9].

Domande fondamentali

L'importanza dell'aderenza per impostare un'efficace modificazione degli stili di vita richiede una risposta esauriente ai seguenti quesiti:

- Quali sono i fattori che influenzano l'aderenza ai regimi terapeutici?
- Quali sono le caratteristiche di personalità del paziente che influenzano l'aderenza ai regimi terapeutici?
- È possibile una predittività nella compliance?

2.2 FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADERENZA AI REGIMI TERAPEUTICI [4,10]

Valutare i fattori che influenzano l'aderenza ai regimi terapeutici significa uscire dal circolo vizioso della colpa e della responsabilità interamente attribuite al paziente come attore unico della corretta esecuzione della terapia prescritta.

L'analisi globale del problema permette di cogliere una serie di fattori che partono dall'amplessissimo scenario delle politiche sanitarie e sociali fino a scendere alle caratteristiche individuali del paziente.

Espressi in estrema sintesi, i fattori sono i seguenti.

A. Fattori sociali ed economici

Si legano strettamente con le politiche sanitarie e sociali

B. Assistenza sanitaria e fattori di sistema sulla salute

Fattori negativi:

- Scarso sviluppo dei servizi per la salute
- Rimborso inadeguato o mancanza di assicurazione contro le malattie
- Sistema di distribuzione dei medicinali deficitario
- Mancanza di conoscenza e di formazione per il personale nella gestione delle patologie croniche
- Stanchezza degli operatori sanitari
- Mancanza di incentivi



- Visite mediche con tempi ristretti
- Scarsa capacità del sistema nel programmare l'educazione sanitaria dei pazienti e le visite di controllo
- Incapacità di ottenere un supporto sociale e di capacità di autogestione
- Mancanza di conoscenza sull'aderenza alla terapia e sulle tecniche per migliorarla.

C. Fattori relativi alla malattia

- Gravità dei sintomi
- Livello di disabilità fisica, sociale, psicologica, lavorativa
- Grado di progressione e gravità della malattia
- Disponibilità di terapie efficaci

Il loro impatto dipende da come influenzano la percezione del rischio del paziente, l'importanza nel seguire la terapia e la priorità posta sull'aderenza.

Altri importanti aspetti sono le co-morbidities come depressione, abuso di farmaci o alcol.

D. Fattori relativi alla terapia [11]

- Complessità del regime terapeutico
- Durata della terapia
- Precedenti fallimenti terapeutici
- Frequenti cambiamenti terapeutici
- Immediatezza degli effetti positivi
- Effetti collaterali
- Disponibilità nel supporto medico

E. Fattori relativi al paziente

Sulla propria malattia e sul percorso terapeutico:

- Risorse personali
- Consapevolezza
- Atteggiamenti
- Convinzioni
- Percezioni ed aspettative

Ne risulta un percorso molto complesso che richiede un approccio globale a tutti i fattori in gioco.

La progettazione del percorso deve proseguire esaminando tutte le caratteristiche che aumentano l'aderenza alla prescrizione del medico, siano esse di tipo farmacologico che di stile di vita.

Necessità di interventi complessi [5,12,13]

La presenza di un così gran numero di fattori rappresenta chiaramente la dif-



difficoltà operativa per raggiungere risultati concreti nell'incremento percentuale dell'aderenza. Nel breve termine possono anche essere sufficienti interventi sporadici, ma quando si parla del lungo termine sono necessari interventi complessi che combinino diverse modalità utili ad aumentare l'aderenza.

La valutazione di partenza deve considerare quali dei fattori elencati sono potenzialmente modificabili e quali invece sono delle costanti. I fattori sociali ed economici sono sicuramente fra le costanti poiché la loro modificazione fa parte di grandi sistemi al di là del controllo immediato. Tutti gli altri fattori possono essere considerati in quanto passibili di modificazioni.

2.3 PERSONALITA' E ADERENZA AI REGIMI TERAPEUTICI ^[14]

La relazione fra personalità e aderenza ai regimi terapeutici si esplica principalmente in alcune caratteristiche:

1. Tensione

Il paziente che ha una notevole tensione di base si focalizza con difficoltà con un regime terapeutico soprattutto se di lungo termine.

2. Ansia

L'ansia è una previsione esagerata e catastrofica del futuro. Chi ne soffre mette in dubbio continuamente molti atti della propria vita e, nel caso specifico della malattia, ha continuamente il timore che la terapia attuale sia inefficace. Le modificazioni di terapia e di medico di riferimento sono molto probabili oltre ad una notevole tendenza all'automedicazione e all'autodosaggio.

3. Irritabilità

La caratteristica di questi pazienti è di voler tutto e subito. Sono pazienti che creano molte difficoltà nelle terapie di lungo respiro e con patologie asintomatiche.

4. Depressione

La depressione o comunque un tono dell'umore tendente al basso è uno degli elementi più importanti di non aderenza ai regimi terapeutici. E' molto difficile stabilire se la depressione è la causa o l'effetto della non aderenza. I pazienti depressi hanno una probabilità tre volte maggiore dei non depressi di non aderire alle prescrizioni sia farmacologiche che comportamentali.

5. Affaticamento

La "fatigue" è stata recentemente riconsiderata come patologia a sè stante e, per quanto riguarda l'aderenza, ha caratteristiche molto simili alla depressione.



6. Difficoltà nelle relazioni interpersonali e nella vita sociale

La diffidenza, la sospettosità o anche la bassa autostima influiscono pesantemente soprattutto nelle modificazioni comportamentali.

Stile di personalità e dieta

Le differenze nello stile di personalità possono avere profondi riflessi per quanto riguarda le diete. La conflittualità e la tendenza all'ansia aumentano la probabilità di continuare a mangiare anche quando è raggiunta la sazietà. L'immaturità, la riservatezza e la tendenza all'auto-gratificazione aumentano la probabilità di desiderare il cibo e di diminuire la propria capacità di controllare il consumo di cibo o alcol. Invece la socievolezza e un basso livello di impulsività aumentano la probabilità di controllare l'assunzione di cibo e di monitorare il peso corporeo.

2.4 ASPETTI COGNITIVI [15]

I processi cognitivi costituiscono il filtro con il quale vengono elaborate le informazioni e le comunicazioni sia in partenza che in arrivo. All'interno dei processi cognitivi il ruolo delle convinzioni personali è fondamentale per attribuire valore alle informazioni e per produrre cambiamenti.

Convinzioni degli operatori sanitari

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

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

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

Convinzioni dei pazienti

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

Se l'assunzione di un farmaco significa per il paziente ammettere che ha una malattia importante, l'inosservanza alla terapia equivale a negare la malattia stessa.

I pazienti possono credere che l'assenza di sintomi renda inutile l'assunzione dei farmaci.

La lentezza d'azione di alcuni farmaci può indurre il paziente a pensare che la terapia non abbia effetto e quindi sospenderne l'assunzione.

Alcune malattie soffrono di un forte stigma sociale che viene profondamente avvertito da chi ne soffre.



Il ruolo del tempo

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

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

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

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

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

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



2.5 AUMENTARE L'ADERENZA ^[16]

Gli elementi essenziali per aumentare l'aderenza alla terapia, soprattutto quando questa coinvolge aspetti molto complessi come la modificazione degli stili di vita, sono costituiti da

continuità assistenziale e educazione del paziente

Il MMG, lo specialista e l'infermiere sono in grado di rispondere all'esigenza di continuità, mentre sul piano dell'educazione del paziente occorre implementare un programma che risponda alla complessità delle variabili intervenienti.

Il paziente assume un ruolo fondamentale per partecipare alla gestione della propria patologia.





3. SUGGERIMENTI PRATICI

3.1 STIMOLARE L'IMPEGNO DEL PAZIENTE ALLA TERAPIA

Quando si prospetta un piano terapeutico occorre adottare tre semplici strategie:

1. più il piano terapeutico è facile da capire più facilmente sarà seguito,
2. più il piano terapeutico è compatibile col modo di vivere del paziente, più facile sarà per il paziente integrarlo con il proprio stile di vita,
3. più il paziente è informato e responsabilizzato durante il processo decisionale, più è probabile che metta in atto quanto è stato programmato.

Indicazioni che possono essere usate per aumentare l'aderenza alla terapia [17]

A. Richiedere un grande senso di partecipazione alla terapia da parte del paziente

- Richiedere l'aiuto del paziente nella definizione della patologia che richiede la terapia.
- Esporre le possibilità terapeutiche con i rischi e i benefici per il paziente.
- Il paziente deve avere un ruolo decisionale nel consenso informato che è basato su una comprensione di rischi, benefici, indicazioni ed alternative. Se il paziente ha bisogno di tempo per considerare i problemi e le alternative prima di prendere una decisione, se possibile, dargli tempo per valutarli. Dopo aver considerato i problemi riverificare i bisogni del paziente.
- Mantenere nel tempo il coinvolgimento del paziente nelle decisioni terapeutiche.

B. Coinvolgere il paziente nell'organizzare un metodo efficace per ottemperare alla terapia

- Dare istruzioni chiare, concrete, verbali sulla terapia. Usare materiale scritto per rinforzare la comunicazione.
- Valutare le abilità cognitive del paziente e su questa base tarare il colloquio,



la pianificazione della terapia e gli eventuali materiali da usare.

- Quando è possibile impostare la terapia tenendo conto delle abitudini quotidiane.
- Semplificare la terapia

C. Rinforzare comportamenti specifici

- Ricordare al paziente l'importanza di procedere con la terapia in modo continuo e i rischi della discontinuità.
- Monitorare l'aderenza e/o suggerire un automonitoraggio.
- Rinforzare gli sforzi del paziente di aderire alla terapia in atto.
- Contattare pazienti che non si sono presentati all'appuntamento, perché spesso gli appuntamenti mancati segnalano che l'impegno dei pazienti sta calando o che si sono modificate le condizioni di partenza.
- Fare riferimento alla famiglia o alla rete sociale

D. Utilizzare metodologie comportamentali [18-21]:

- Ricordare al paziente l'importanza di procedere con la terapia in modo continuo ed evidenziare i rischi della discontinuità.
- Monitorare l'aderenza e/o suggerire un automonitoraggio.
- Rinforzare gli sforzi del paziente di aderire alla terapia in atto.
- Contattare pazienti che non si sono presentati all'appuntamento.
- Fare riferimento alla famiglia o alla rete sociale

E. Verificare la realizzazione del programma terapeutico

- Esaminare gli eventuali effetti collaterali del paziente e, se inaccettabili, considerare variazioni terapeutiche.
- Riesaminare la terapia ad ogni contatto.





3.2 MIGLIORARE L'ADERENZA ALLA TERAPIA NEGLI ANZIANI [22]

Pazienti con bassi livelli di conoscenze sulla salute

- Offrire supporto strutturato o guidato per risolvere i problemi di salute attraverso informazioni sui farmaci, chiedendo al paziente di spiegare le conseguenze della mancata assunzione della terapia o come riesce ad affrontare gli effetti collaterali
- Dare informazioni al paziente verbalmente e per iscritto ad un livello comprensibile.

Pazienti con difficoltà a capire l'obiettivo della terapia e del suo impatto sulla malattia

- Intervento educativo individuale che contenga domande e risposte in grado di assicurare la comprensione da parte del paziente
- Fornire informazioni scritte, possibilmente ritagliate sulle caratteristiche individuali del paziente
- Nella prescrizione scritta comprendere l'obiettivo del farmaco (Per esempio "Sig. Rossi nome del farmaco, dosaggio: Uno ogni giorno per i problemi di memoria").
- Dare al paziente un riassunto di facile lettura delle varie prescrizioni o cambiamenti nella terapia comprendendo anche gli obiettivi.

Pazienti con problemi di memoria o degenerazione cognitiva

- Prescrivere scatole per pillole o blister e meno farmaci in gocce
- Incoraggiare il paziente ad utilizzare strumenti che ricordino in automatico l'orario di assunzione dei farmaci
- Invitare il paziente ad usare una routine quotidiana (per esempio: assumere le medicine sempre a colazione)
- Pazienti che vivono da soli o non hanno un caregiver:
 - attivare la famiglia del paziente per l'assistenza (anche solamente con chiamate telefoniche)
 - attivare il servizio sociale e di assistenza domiciliare

Pazienti con regime farmacologico complesso

- Semplificare il regime farmacologico con il minore numero di assunzioni giornaliere.

Difficoltà di comunicazione tra medico e paziente

- Spiegare perché la terapia è stata prescritta e quali conseguenze ci si attende
- Sottolineare la responsabilità condivisa del paziente e del medico nell'efficacia della terapia



- Esplorare i fattori di vita del paziente importanti perché i farmaci vengano usati e assunti come stabilito

3.3 PRINCIPI BASE DI COMUNICAZIONE EFFICACE [23-26]

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

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

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

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

Comunicare informazioni numeriche e statistiche [27]

Anche la comunicazione di numeri o percentuali può essere migliorata seguendo alcune semplici regole:

- non usare solamente termini descrittivi (es. "basso o alto rischio") ma usare numeri precisi perché i termini descrittivi illustrano la prospettiva di chi parla e chi ascolta ha prospettive spesso molto diverse
- usare un vocabolario standardizzato tenendo conto che il significato delle parole varia a seconda dell'origine geografica e sociale
- mettere un denominatore consistente ad esempio 1/10000 è meglio di 1/25
- usare l'effetto frame sul positivo piuttosto che sul negativo. Es. con questa





terapia l'efficacia è del 94% piuttosto che "il margine di risultato non positivo è del 3%"

- usare numeri assoluti e non numeri relativi
- aiutarsi con ausili visivi per la spiegazione delle percentuali di probabilità
- accertarsi che le informazioni siano capite e non siano solamente stati ascoltati i dati





4. PROGETTO DI INTERVENTO

L'intervento per migliorare la compliance si sviluppa sulle seguenti linee:

- a) Intervento comportamentale e motivazionale (modificazione dei comportamenti e della motivazione del paziente).
- b) Relazione medico-paziente e infermiere/paziente (tecniche di comunicazione).
- c) Self-management della malattia e della terapia (il paziente viene educato a gestire la malattia e la terapia).
- d) Self-management degli effetti collaterali (il paziente viene educato a gestire gli effetti collaterali).
- e) Aiuti per ricordare (al paziente vengono proposte semplicissime tecniche per ricordare quanto deve modificare).

e deve tener conto di due specificità:

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





5. COME USARE IL MANUALE

5.1 RICETTARIO DEGLI STILI DI VITA

La proposta di uno strumento prescrittivo si basa sulla necessità di coinvolgere il paziente per aumentare l'aderenza specialmente quando si tratta di una terapia complessa e a lungo termine.

Il piano terapeutico scritto è una modalità che impegna il paziente ad osservare le norme che ha concordato con il medico quasi come in un contratto a valore legale. La firma al termine del piano sancisce l'ufficialità e l'impegno del paziente.

Modalità pratiche rapide

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

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

Modalità pratiche dettagliate

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

1. Chiedere al paziente che cosa sa della propria malattia. L'obiettivo è di



- capire la coscienza della malattia.
2. Che cosa ne pensa. Per stabilire le basi del coinvolgimento diretto.
 3. Esporre i fattori di rischio. Informare il paziente.
 4. Proporre la terapia farmacologica e la modificazione degli stili di vita. Vanno proposte in contemporanea come inevitabilmente connesse e per attribuire uguale importanza. (Es. “La sua terapia consiste nell’assunzione di questi farmaci e nel mettere in atto queste prescrizioni nel suo stile di vita”)
 5. Modalità della proposta:
 - 5.1. Chiedere notizie sull’attuale stile di vita sia fisico che alimentare (ad es.: fisico: “Dove va di solito a fare la spesa?”; Alimentare: “Mi dica che cosa ha mangiato ieri e che cosa mangerà oggi”). Sono domande di base per poi personalizzare e modificare.
 - 5.2. Personalizzazione (ad es.: “NO”: “Faccia 1 h di cammino al giorno”; SI: “Tutte le mattine alle ore 9 da corso Dante a Piazza Europa libreria Janus”). Occorre individuare percorsi conosciuti e abituali del paziente evitando ogni sorta di indicazione generica, quindi prescrivere l’ora e i luoghi che saranno oggetto dell’attività fisica.
 - 5.3. Lieve modificazione del regime alimentare. (ad esempio: togliere 1 o 2 eccessi o aggiungere 1 mancanza). Le modificazioni partono dal regime abituale e devono essere compatibili con esso.
 - 5.4. Proporre un massimo di tre modificazioni. Il ricettario deve essere molto semplice per poter produrre aderenza.
 6. Scrivere la prescrizione. Il ricettario assume grande importanza nel momento in cui non è più solamente una prescrizione verbale che si dimentica facilmente.
 7. Rileggere e coinvolgere il paziente chiedendogli se è d’accordo. Importante verificare se il paziente ha capito e ulteriormente coinvolgerlo.
 8. Firma del paziente sulla prescrizione. Suggella l’impegno.
 9. I primi due controlli sono a tempi ravvicinati, i successivi diradati. Il controllo settimanale iniziale è molto importante sia come verifica che come sostegno al paziente ad automatizzare le modificazione attraverso la monitoraggio.

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

Sono riportati in appendice, quali strumenti di supporto al manuale:
1. il modello del ricettario degli stili di vita
2. alcuni esempi di ricettario compilati con apposito commento evidenziato





5.2 INDICAZIONI PRIORITARIE PER L'USO DEL RICETTARIO

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

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

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

5.3 INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA

Anamnesi preliminare

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

Attività fisica ideale

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

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

Attività fisica intensa

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

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

Pazienti difficili

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

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



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

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

Attività	Kcal/ora	In rapporto al camminare
Cucinare un pranzo completo	100	0.50
Fare il bucato a mano	100	0.50
Fare il letto	300	1.50
Giocare a carte	82	0.41
Guardare la tv	30	0.15
Guidare l'auto	50	0.25
Lavare i piatti	152	0.76
Lavori leggeri di giardinaggio	180	0.9
Leggere	24	0.12
Passare l'aspirapolvere	180	0.90
Pulire i pavimenti	240	1.20
Spolverare	150	0.75
Stirare	90	0.45



5.4 INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI

Anamnesi preliminare

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

Maschio **Femmina** **Età** **Codice medico** **N° paziente**

Confrontate il volume delle vostre porzioni di verdura consumate (quando sono già servite nel piatto) con quello del vostro pugno (col pollice aderente ed il polso appoggiato al tavolo) oppure, se di frutta, con quello di una palla da tennis e/o sue parti. Nell'esempio vedete un paragone di volume con un piccolo pugno.

Una porzione è pari al volume del proprio pugno per le verdure cotte e di un pugno e 1/2 per le verdure crude in foglia o al volume di una palla da tennis e 1/2 per un frutto medio.



- QUANTE PORZIONI DI VERDURA CRUDA MANGIA IN MEDIA ALLA SETTIMANA? N.
- QUANTE PORZIONI DI VERDURA COTTA MANGIA IN MEDIA ALLA SETTIMANA? N.
N.B. 1 fondina di minestrone o passato di verdura equivale a 1 porzione; le patate non sono da considerare
- QUANTE PORZIONI DI LEGUMI (FAGIOLI, PISELLI, etc.) MANGIA AL MESE? N.
(Una porzione è costituita da 4-6 cucchiaini di minestra colme, pronte da mangiare)
- QUANTE PORZIONI DI FRUTTA MANGIA ALLA SETTIMANA? N.
- SE BEVE SPREMUTE O SUCCHI DI FRUTTA, QUANTI BICCHIERI
NE BEVE ALLA SETTIMANA? N.
(un bicchiere equivale, in volume, a quello di un comune vasetto di yogurt 125 ml)



QUESTIONARIO ABBREVIATO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI

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

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

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



Alimentazione ideale

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



In pratica ciò significa:

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





5.5 INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI CESSAZIONE DEL FUMO

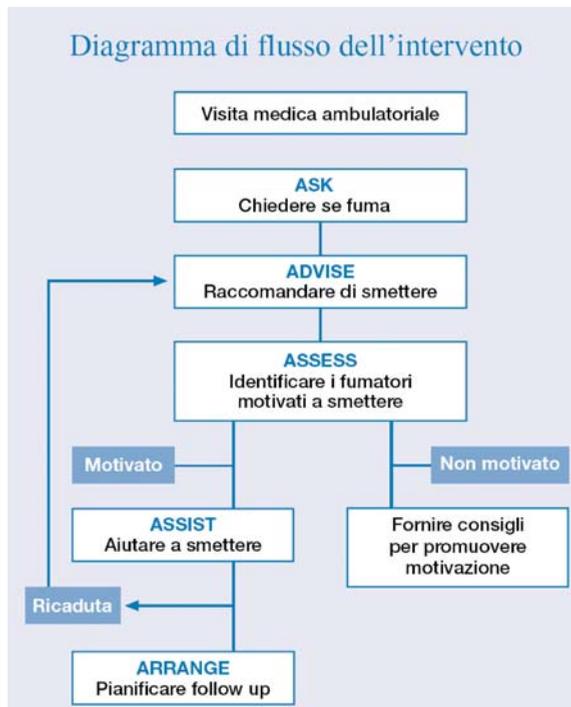
Per un fumatore smettere di fumare è il cambiamento che porta il maggior beneficio sulla salute, ciò è ancora più importante per i pazienti ipertesi, diabetici, dislipidemici, in sovrappeso.

Anche se smettere di fumare non è certo facile, il consiglio sistematico del medico curante può incrementare il numero di fumatori che fanno seri tentativi di smettere (circa il 3%) e per i pazienti a rischio le percentuali sono superiori. L'Osservatorio Fumo, Alcol, Droga dell'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato delle linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo disponibili online [28] di cui le pagine seguenti sono un sunto.

L'intervento clinico minimo [28]

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

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





I) ASK: chiedere se fuma

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

Test di Fagerström

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

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



II) ADVISE: Se fuma raccomandare di smettere

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

Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento

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

III) ASSESS: Identificare i fumatori motivati a smettere

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



IV) ASSIST: Aiutare a smettere

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

Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento

- Insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic e informare sui modi per ridurli o annullarli attraverso la terapia farmacologica e attraverso alcune semplici azioni.
- Parlare in particolare del desiderio impellente di fumare (craving), della difficoltà a concentrarsi, dei sintomi di frustrazione e rabbia, dell'insonnia, della sensazione di deprivazione. Spiegare che questi sintomi sono massimi nei primissimi giorni di astinenza e poi vanno attenuandosi nel tempo. Questi sintomi possono essere superati e la terapia farmacologica è in grado di contrastarli efficacemente.
- Altre conseguenze della cessazione che si verificano spesso sono costituite dall'aumento di peso e dalla stipsi. Quest'ultima può essere efficacemente contrastata con una dieta più ricca in fibre e liquidi.
- Spiegare l'importanza di eliminare tutto ciò che può ricordare il fumo (accessori, posacenere, occasioni di incontro con amici o colleghi fumatori).
- Concentrarsi sui rischi del fumo per il soggetto e per i familiari, sui benefici dello smettere, sulle modalità per evitare gli effetti indesiderati.



V) ARRANGE: Pianificare il follow up

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

Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e ci si complimenta per i risultati ottenuti. Si evidenziano i risultati ottenuti sul piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbidimento" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto e del gusto, ecc.). Si verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico).

Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato.

Se il contatto avviene in ambulatorio si controlleranno anche polso, pressione e peso corporeo.

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





5.6 MONITORAGGIO ADERENZA

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

5.7 RISCONTRO CLINICO DEI RISULTATI RAGGIUNTI

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

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





6. BIBLIOGRAFIA

1. Sabate E. *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva, World Health Organization, 2001
2. Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979
3. Rand CS. *Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia*. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.)
4. WHO. *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action*. ISBN 92 4 154599 2. World Health Organization 2003
5. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. *Interventions to enhance medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD000011. Review.
6. Poluzzi E, Strahinja P, Vargiu A, Chiabrando G, Silvani MC, Motola D, Sangiorgi Cellini G, Vaccheri A, De Ponti F, Montanaro N. *Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy*. Eur J Clin Pharmacol. 2005 Sep;61(8):603-9. Epub 2005 Aug 5.
7. Poluzzi E, Strahinja P, Vaccheri A, Vargiu A, Silvani MC, Motola D, Marchesini G, De Ponti F, Montanaro N. *Adherence to chronic cardiovascular therapies: persistence over the years and dose coverage*. Br J Clin Pharmacol. 2006 Nov 10
8. Sackett D et al. *Patient compliance with antihypertensive regimens*. Patient Counselling & Health Education, 1978, 11:18-21.)
9. Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. *Adherence to prescription medications among medical professionals*. South Med J. 2000 Jun;93(6):585-9.
10. Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. *Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension*. Pharmacotherapy. 2006 Apr;26(4):483-92.
11. Beltrutti D, Lamberto A. *Problemi di "compliance" nel dolore cronico* Minerva Medica. 83, 12 pp. 795-799 (1992)
12. Peterson AM, Takiya L, Finley R. *Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence*. Am J Health Syst Pharm. 2003 Apr 1;60(7):657-65.
13. Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R. *Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications*. Lancet 1997 Apr 19;349(9059):1180.



14. A. Lamberto, R. Schiffer *L'ansia e la depressione nell'ambulatorio di fisioterapia*. La Riabilitazione 32(4); 171-175,1999
15. G. Majani *Compliance, Adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. McGraw-Hill Milano, 2001.
16. S. De Feo, C. Opasich *Educare e comunicare: terapie non farmacologiche per il paziente con scompenso cardiaco cronico?* Monaldi Arch Chest Dis 2002;58: 1,51-53
17. Michele Heisler, MD, MPA, Reynard R. Bouknight, MD, PhD, Rodney A. Hayward, MD, Dylan M. Smith, PhD, Eve A. Kerr, MD, MPH *The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management*. J GEN INTERN MED 2002;17:243-252.
18. Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84(2), 191-215
19. Bandura A. (2000) *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson. Trento
20. Meichenbaum D. Turk D.C. (1987) *Facilitating treatment adherence*. Plenum Press New York
21. Martin G. Pear J. (2000) *Strategie e tecniche per il cambiamento*. McGraw-Hill, Milano
22. Raymond L. Ownby, MD, PhD, MBA *Medication adherence and cognition. Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults*. Geriatrics February 2006 Volume 61, Number 2, 30-35.
23. Joye C. Gordon. *Beyond Knowledge: Guidelines for Effective Health Promotion Messages*. Journal of Extension December 2002 Volume 40 Number 6
24. Levaggi R. Lamberto A. *Medico, parla al tuo paziente se vuoi che la cura costi meno* Il sole 24 Sanità 27/5 - 2/6 2003
25. Levaggi R. Lamberto A. *La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo-efficacia*. Politiche Sanitarie Anno 5 numero 1 Gennaio-Marzo 2004 pag 52-59
26. Saltini A. Del Piccolo L. (2000) *Il colloquio con il paziente in medicina generale. Recenti progressi in medicina*, 91, 38-42.
27. John Paling. *Strategies to help patients understand risks*. BMJ 2003; 327, 745-748
28. *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>





TIMBRO MMG o SPECIALISTA

Per il signor/signora _____

Affetto da _____;

Con l'obiettivo terapeutico di _____
(indicare parametri) _____;

Non fumatore ; ex fumatore ; fumatore , n° ____ sig./die;
Disposto a: smettere di fumare ; ridurre il fumo ; non cambiare abitudini sul fumo .

PRESCRIVO

1) _____
_____;

2) _____
_____;

3) _____
_____;

Controlli stabiliti: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____;
____/____/____; ____/____/____; ____/____/____;

data ____/____/____ Firma del medico _____

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



DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1	2	3
	_____;	_____;	_____;
L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo=	_____;		

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

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

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



TIMBRO MMG o SPECIALISTA

Per il signor/signora Leonardo da Vinci

Affetto da Ipertensione arteriosa;

Con l'obbiettivo terapeutico di ridurre PA da attuali 155/100 a <140/90
(indicare parametri)

_____;

Non fumatore ; ex fumatore ; fumatore , n° 20 sig./die;

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

PRESCRIVO

1) Camminare tutte le mattine da casa sua fino al Parco Castelli e compiere 2 giri completi del parco (dalle ore 9 alle 10) _____;

1) Mangiare due porzioni di verdura al giorno (non salata) _____;

2) Mangiare due porzioni di frutta fresca al giorno _____;

Controlli stabiliti: 04/01/2007; 26/01/2007; ___/___/___;
___/___/___; ___/___/___; ___/___/___;

data 28/12/2006 Firma del medico _____

Firma dell'assistito _____

(che si impegna ad effettuare la terapia)



DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 <u>camminata</u> ;	2 <u>verdura</u> ;	3 <u>frutta</u> ;
L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
V	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Controllo= _____;

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

Controllo= _____;

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

Controllo= _____;

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

Controllo= _____;



TIMBRO MMG o SPECIALISTA

Per il signor/signora Dante Alighieri

Affetto da Sovrappeso e dislipidemia;

Con l'obiettivo terapeutico di ridurre Peso da 82kg a 78kg
(indicare parametri) _____;

Non fumatore ; ex fumatore ; fumatore , n° ___sig./die;
Disposto a: smettere di fumare ; ridurre il fumo ; non cambiare abitudini sul fumo

PRESCRIVO

1) Andare in bicicletta al lavoro
_____;

3) Non mangiare i formaggi dopo il pasto (eccetto la domenica)
_____;

4) _____
_____;

Controlli stabiliti: 04/01/2007; 26/01/2007; ___/___/___;
___/___/___; ___/___/___; ___/___/___;

data 28/12/2006 Firma del medico _____

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



DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 <u>bicicletta</u> ;	2 <u>formaggi</u> ;	3 _____ ;
L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indica i giorni in cui non li ha consumati

Controllo= Buona attività fisica, difficoltà a limitare i formaggi ;

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

Controllo= _____ ;

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

Controllo= _____ ;

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

Controllo= _____ ;



TIMBRO MMG o SPECIALISTA

Per il signor/signora Sansone

Affetto da Ipertensione arteriosa;

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

Non fumatore ; ex fumatore ; fumatore , n° 10 sig./die;

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

PRESCRIVO

1) Paziente intenzionato a smettere di fumare nei prossimi giorni: fornito opuscolo di supporto;

5) Mangiare due porzioni di verdura al giorno (non salata);

6) _____;

Controlli stabiliti: 04/01/2007; 26/01/2007; ___/___/___;
___/___/___; ___/___/___; ___/___/___;

data 28/12/2006 Firma del medico _____

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



DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 <u>fumo</u> ;	2 <u>verdura</u> ;	3
L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controllo= ha smesso ieri di fumare;

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

Indica i giorni in cui non ha fumato

Controllo= craving piuttosto forte, OK;

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

Controllo= _____;

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

Controllo= _____;

