

SPERIMENTAZIONE DI INDICATORI DI EFFICACIA PER VALUTARE GLI INTERVENTI DI CONSULENZA DEGLI AMBULATORI NUTRIZIONALI DEL SIAN

Margherita Gulino°, Margherita Meneghin°, Angelina Della Torre°, Monica Minutolo°, Ilaria De Luca°, Giuseppina Beviglia*, Stefania Santoli*, Maria Franca Dupont**, Manuela Sciancalepore**, Simone Depau**, Anna Maria Marzullo**, Sara Richieda**, Flavia Milan#, Erika Barozzi#, Patrizia Grossi#, Umberto Falcone°, Alessandro Migliardi°, Meneghini Stefania***, Maurizio Scaglia°

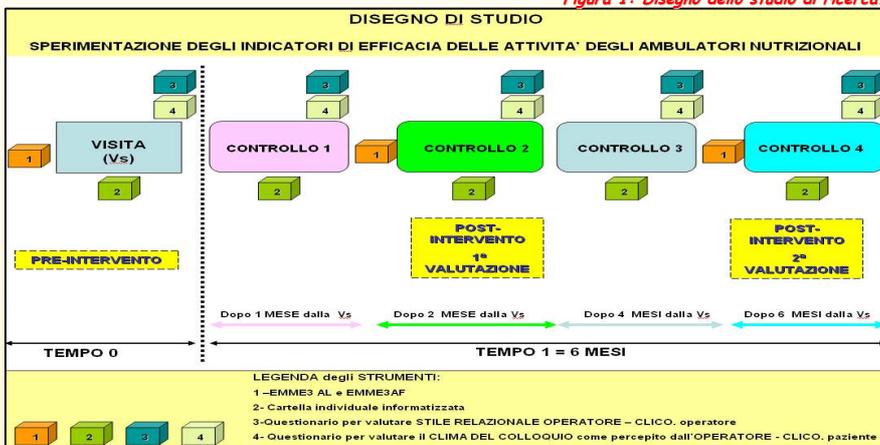
°°S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASLTO5 Piemonte, *S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASL AL Piemonte, **S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASLTO4 Piemonte, #S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASL NO Piemonte, °°°SC DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3 Piemonte, ****S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione USSL6 di Vicenza, °Dipartimento delle dipendenze patologiche ASL AL Piemonte



INTRODUZIONE: per mantenere uno stile di vita sano e ridurre il peso in eccesso non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né le semplici prescrizioni di diete o programmi di attività fisica regolare; riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stile di vita non salutari. Il progetto, finanziato dalla Regione Piemonte, ha valutato l'efficacia degli interventi di consulenza nutrizionale attraverso l'utilizzo delle tecniche del counseling motivazionale (CM), finalizzato all'aumento della motivazione al cambiamento di stili di vita non salutari.

MATERIALI E METODI: è stato realizzato uno studio di tipo quasi - sperimentale con 3 ambulatori nutrizionali (AN) che arruolavano i pazienti da sottoporre al CM appartenenti al gruppo sperimentale (GS) e 1 ambulatorio che reclutava i pazienti sottoposti soltanto alla consulenza nutrizionale tradizionale (CN) appartenenti al gruppo di controllo (GC). Ogni paziente è stato seguito nel tempo: una prima visita di arruolamento e 4 successive visite di controllo. Ad ogni incontro sono state rilevate informazioni attraverso diversi strumenti.

Figura 1: Disegno dello studio di ricerca.



La sperimentazione, condotta tra settembre 2009 e dicembre 2011, è stata strutturata in 5 fasi sulla base dell'organizzazione della CN (Figura 1): VISITA, PRIMO CONTROLLO, SECONDO CONTROLLO, TERZO CONTROLLO E QUARTO CONTROLLO negli AN di 4 SIAN piemontesi. Alla "Visita" sono stati reclutati dagli operatori sanitari (OS) degli AN i pazienti eleggibili, nell'arco di 6 mesi sono seguiti i successivi controlli. Gli OS dei SIAN dell'ASL TO5, AL e TO4 (GS) sono stati formati sulle tecniche di CM e sull'utilizzo e l'interpretazione di alcuni strumenti per valutare la motivazione al cambiamento verso corrette abitudini alimentari e regolare attività fisica. Gli OS dell'ASL di Novara (GC) hanno invece condotto la CN. E' stato costruito un modello di cartella individuale informatizzata (CI) suddiviso in 7 sezioni per raccogliere le informazioni sui pazienti e valutare l'efficacia degli interventi di CN. Gli strumenti per misurare il cambiamento dovuto al CM sono stati precedentemente validati (Questionario MAC2 e Scala centesimale VMC); la CI, invece, è stata predisposta "ad hoc" per questo studio e raccoglie anche informazioni di natura socio-demografica. Con questi strumenti si vuole valutare in termini di efficacia in che misura variano alcuni parametri dopo l'intervento di CM rispetto alla CN.

Gli aspetti indagati sono: 1) *Disponibilità al cambiamento*, 2) *Fattori motivazionali*, 3) *BMI e 4) Stili di vita alimentari e fisici*. L'attività degli AN viene considerata efficace se si ottengono i seguenti risultati: per i normopeso non aumentare di peso, per sovrappeso e obesi riduzione di almeno il 5% nel periodo che va dalla prima visita al 4° controllo (6 mesi, con un minimo di 5 e un massimo di 8). Questa definizione permette di distinguere gli esiti dei trattamenti in successi e insuccessi. Sono state realizzate distribuzioni di frequenza sulle principali variabili socio-demografiche e sugli stili di vita dei soggetti arruolati e analisi della varianza per valutare le differenze nei punteggi del BMI tra GS e GC nei diversi tempi dello studio.

RISULTATI: Sono stati reclutati 712 pazienti distribuiti negli AN delle 4 ASL partecipanti (452 nel GS e 260 nel GC). Il tasso di abbandono complessivo è stato del 64,2% senza apprezzabili differenze tra i 4 AN. Soltanto 255 soggetti hanno concluso il percorso al 31 dicembre 2011. Per tutte le variabili raccolte alla prima visita non si rilevano differenze apprezzabili tra i 2 gruppi. L'età media dei partecipanti è di 47,5 (ds 12,6), l'81% sono donne. Alla prima visita le donne pesavano in media 80 kg (ds 14) con BMI 31,6 (ds 5,4), gli uomini 92 kg (ds 15) con BMI 30,9 (ds 4,3). L'87,4% consuma la prima colazione (tra questi, il 38,1% in modo inadeguato da un punto di vista calorico). Il 45% e il 54,5% consumano due o più porzioni al giorno rispettivamente di verdura e frutta. Lo stile alimentare più frequente è "spiluccare" (41,2%), seguito da "scelta non equilibrata degli alimenti" (38,4%). Il 43,8% non svolge alcun tipo di attività fisica e il 29,5% ne svolge per meno di 30 minuti al giorno.

Il confronto della variazione del BMI tra soggetti trattati con CM e soggetti trattati con CN rappresenta un risultato importante nella valutazione dell'efficacia del CM: nei 154 soggetti esposti al trattamento con il CM il BMI è passato da un valore medio di 31,5 alla visita (t0) ad un valore medio di 29,7 al quarto controllo (t4), *la diminuzione è statisticamente significativa già al t3 rispetto al t0*. Nei 101 soggetti esposti al trattamento con la CN il BMI è passato da un valore medio di 31,4 alla visita (t0) a un valore medio di 29,9 al quarto controllo (t4), *la diminuzione non è statisticamente significativa*.

Nell'analisi rispetto alla disponibilità al cambiamento sia per alimentazione che per attività fisica non sono risultate differenze statisticamente significative tra GS e GC: sia per alimentazione che per attività fisica i punteggi medi di disponibilità al cambiamento sono superiori nei successi (48,9 per alimentazione, 39,6 per attività fisica) rispetto agli insuccessi (26,4 per alimentazione, 21,9 per attività fisica), *tali differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)*. All'interno dei singoli gruppi, invece, non risultano differenze statisticamente significative tra soggetti esposti al trattamento con il CM e soggetti esposti al trattamento con la CN.

Chi cambia e perde peso ha cambiato anche il profilo motivazionale (la disponibilità al cambiamento) e il Prospetto dei 4 fattori? I fattori motivazionali che compongono il Prospetto dei 4 fattori sono: *Importanza, Frattura Interiore, Autoefficacia e Tentazione*. Si è analizzato come varia il punteggio medio della Disponibilità al cambiamento, il punteggio medio del fattore Importanza, il punteggio medio del fattore Frattura Interiore e il punteggio medio del fattore Tentazione in funzione dell'esito del trattamento (TABELLA 1).

Disponibilità al cambiamento		Importanza		Frattura interiore		Tentazione		Autoefficacia	
AL	AF	AL	AF	AL	AF	AL	AF	AL	AF
Il punteggio medio di disponibilità al cambiamento è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio di disponibilità al cambiamento è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Importanza è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Importanza è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Frattura interiore è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Frattura interiore è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Tentazione è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Tentazione è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Autoefficacia è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.	Il punteggio medio del fattore Autoefficacia è superiore nei successi rispetto agli insuccessi sia per alimentazione che per attività fisica. Tale differenza è statisticamente significativa.

TABELLA 1

CONCLUSIONI: pur non essendo significativo, sia negli esposti al trattamento con il CM, sia nei soggetti esposti al trattamento con il CN, si osserva un aumento dei punteggi medi calcolati. Entrambi i trattamenti sembrano quindi efficaci nel modificare lo stadio di disponibilità al cambiamento. Il trattamento con CM sembrerebbe più efficace nel modificare la disponibilità al cambiamento per l'attività fisica rispetto all'alimentazione. Si può affermare che, all'aumentare dei punteggi registrati nella valutazione della disponibilità al cambiamento, aumenta l'efficacia del trattamento. In conclusione è sostenibile l'ipotesi che chi perde peso, all'interno di un trattamento, vede modificati alcuni parametri motivazionali: aumentano la disponibilità al cambiamento, l'autoefficacia e l'importanza (intesa come il grado di investimento di valori e obiettivi); diminuiscono frattura interiore e suscettibilità alle tentazioni. Viene affermata quindi la correttezza dell'ipotesi che sostiene che, quando si attiva un trattamento volto al controllo e alla perdita del peso, è necessario applicare strategie specifiche che coinvolgano questi elementi, in quanto essi giocano un ruolo essenziale nel produrre il cambiamento.