

**Report 2022-2024**

Progetto CCM

# Case della salute e della Comunità: implementazione dell'avviso motivazionale breve sui sani stili di vita



## **Istituzioni coinvolte**

Regione Emilia-Romagna, Regione Basilicata,  
Aziende USL di Piacenza, Bologna e della Romagna, Azienda USL Toscana Sud Est



## REPORT 2022-2024

### Case della salute e della Comunità: implementazione dell'avviso motivazionale breve sui sani stili di vita

#### Realizzato nell'ambito del PROGETTO CCM:

*Sviluppo di strategie di promozione degli stili di vita e di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di screening oncologici, per contrastare gli effetti dell'emergenza pandemica covid-19 sulle malattie croniche non trasmissibili*

Documento curato da Giorgio Chiaranda

Hanno partecipato alla definizione dei contenuti e alla redazione del documento:

Marco Barbieri, Azienda USL Toscana Sud Est

Federica Borsari, Regione Emilia-Romagna

Sandra Bosi, Luoghi di Prevenzione

Giorgio Chiaranda, Regione Emilia-Romagna e Azienda USL di Piacenza

Stefania Florindi, Regione Emilia-Romagna

Paolo Pandolfi, Azienda USL di Bologna

Renzo Paradisi, Azienda USL Toscana Sud Est

Diletta Priami, Regione Emilia-Romagna

Giulia Silvestrini, Azienda USL della Romagna

Sara Visciarelli, Azienda USL di Piacenza

Publicato online a luglio 2024 sul sito [www.mappadellasalute.it](http://www.mappadellasalute.it)

## INDICE DEI CONTENUTI

PREMESSA	Pag. 3
<hr/>	
Le strategie più efficaci rispetto all'implementazione dell'avviso motivazionale breve e suo collegamento a opportunità territoriali di promozione della salute	Pag. 4
RICADUTA DELLA FORMAZIONE	Pag. 8
Azienda USL di Piacenza	Pag. 8
Azienda USL della Romagna	Pag. 13
Azienda USL di Bologna	Pag. 19
Azienda USL Toscana Sud Est	Pag. 24
Regione Basilicata	Pag. 28
<hr/>	
Proposta di sistema per il monitoraggio e accountability delle attività di promozione di sani stili di vita nelle Case della Comunità, compreso un primo report su quanto raccolto/osservato	Pag. 30
ACCOUNTABILITY REPORT	Pag. 31
Azienda USL di Piacenza	Pag. 31
Azienda USL della Romagna	Pag. 35
Azienda USL di Bologna	Pag. 38
Azienda USL Toscana Sud Est	Pag. 39
<hr/>	
APPLICATIVO STILE	Pag. 45
<hr/>	
CONCLUSIONI	Pag. 53

## PREMESSA

Il progetto CCM “Sviluppo di strategie di promozione degli stili di vita e di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di screening oncologici, per contrastare gli effetti dell’emergenza pandemica covid-19 sulle malattie croniche non trasmissibili” ha previsto degli obiettivi specifici rivolti alla promozione dei sani stili di vita attraverso l’adozione dell’avviso motivazionale breve. È stato previsto che, al termine delle attività progettuali, fosse pubblicato il presente report relativo a:

- 1) Modalità di implementazione dell’avviso motivazionale breve (collegato allo sviluppo di attività territoriali “di secondo livello”)
- 2) Accountability delle attività di promozione della salute nelle case della comunità

Il progetto, finanziato dal Centro per il controllo delle malattie (“CCM”) del ministero della salute si è sviluppato da gennaio 2022 a giugno 2024. Nel giugno 2023 è stata richiesta e concessa una rimodulazione finanziaria e delle attività progettuali, che ha consentito di adattare il progetto alla luce di criticità e opportunità che si sono riscontrate durante il suo svolgimento.

Hanno partecipato al progetto la Regione Emilia-Romagna (U.O. Capofila), AUSL di Piacenza, AUSL di Bologna, AUSL Romagna, USL Toscana Sud-Est e la Regione Basilicata.

## **Le strategie più efficaci rispetto all'implementazione dell'avviso motivazionale breve e suo collegamento a opportunità territoriali di promozione della salute**

La sperimentazione di strategie efficaci per l'implementazione dell'avviso motivazionale breve ha preso le mosse dall'organizzazione di due moduli formativi: la FAD "professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio" e la formazione blended situata "Le abilità di Counseling nella relazione che cura".

### ***FAD Professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio***

Il corso si è svolto in modalità formazione a distanza, prevalentemente asincrona, gestita dal centro di didattica "Luoghi di Prevenzione", con l'obiettivo di acquisire competenze trasversali adeguate alla gestione del supporto alla modificazione degli stili di vita a rischio, e quindi favorire capacità del professionista della salute di utilizzare l'avviso motivazionale breve e l'intervento motivazionale breve in contesti che promuovano salute, potenziando le azioni di rete.

Si sono affrontate le seguenti tematiche:

- Concetti chiave in promozione della salute
- Applicazione del modello transteorico del cambiamento dei comportamenti a rischio
- L'intervento motivazionale breve sugli stili di vita a rischio da parte del professionista della salute

L'approccio motivazionale è una metodologia utile per qualsiasi operatore sanitario sia interessato a dare un contributo, anche in contesti opportunistici, alla modificazione degli stili di vita individuali a rischio. In particolare, il corso è dedicato a chi si occupa di approccio motivazionale nei contesti opportunistici. Si è preso come esempio l'uso dell'approccio motivazionale facilitante il cambiamento di comportamenti rispetto agli stili di vita a rischio nel PDTA della mammella. Il presupposto è che gli stili di vita scorretti, quali fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili, sono modificabili. Tuttavia, è noto che per adottare uno stile di vita attivo, smettere di fumare, ridurre il peso in eccesso e altro ancora, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né prescrizioni sull'interruzione del fumo, né programmi di attività fisica regolare.

Le azioni devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione e nuove abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment).

Pertanto, occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento sia nelle fasi successive e di mantenimento. In tale ottica sono assunti come riferimento quegli strumenti motivazionali che si rifanno al Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) di Prochaska e DiClemente e che possono essere utilizzati in diversi contesti e setting: dal contesto sanitario al contesto educativo, dal contesto assistenziale a quello preventivo, sia in ottica individuale che di gruppo.

### **Formazione Blended situata “le abilità di counseling nella relazione che cura”**

Erogata dalla funzione formazione del Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali, è un percorso formativo di tipologia blended articolato in incontri residenziali intensivi in presenza e momenti di riflessione/esercitazione individuale, questi ultimi intesi come occasione per sperimentare gli apprendimenti d’aula all’interno dei contesti reali di lavoro di ciascun partecipante, e una giornata di follow up restituzione degli apprendimenti agiti sul campo.

Obiettivo di questo modulo è stato migliorare e rinforzare le competenze comunicative e relazionali nelle situazioni di interazione con i pazienti, i parenti, i caregiver e i cittadini in generale, per favorire l’uso dello strumento colloquio motivazionale breve (CMB) come dispositivo di aiuto per i professionisti della salute nella relazione di cura, nell’ambito degli interventi e dei servizi volti al benessere e alla salute della popolazione, e sperimentare strumenti per facilitare la relazione professionale.

Gli obiettivi intermedi del percorso formativo hanno puntato a:

- favorire il clima relazionale all’interno del gruppo
- condividere l’importanza di acquisire la “flessibilità relazionale” (adattarsi e utilizzare strategie adeguate in funzione del contesto, dell’interlocutore)
- sperimentare strumenti per facilitare la relazione professionale (stili comunicativi, tecniche assertive, gestione dei conflitti...)
- apprendere strategie e strumenti per la gestione del colloquio

- facilitare e attivare la rete per agire interventi di colloquio motivazionale breve (mappare nel territorio la rete individuando punti di forza e di criticità e curando gli aspetti relazionali e organizzativi)

Le tematiche affrontate sono state: ascolto e relazione d'aiuto, stili comunicativi, strategie e strumenti di colloquio, gestione del sé professionale e creazione di reti organizzative e relazionali.

Al fine di fornire strumenti di lavoro condivisi e creare e rafforzare il gruppo di lavoro multiprofessionale e interdisciplinare, la tecnica didattica utilizzata è stato il laboratorio, in quanto è il tipico contesto di apprendimento di tipo esperienziale in cui l'aula rappresenta un luogo e un tempo in cui sospendere l'agito professionale e riflettere su di esso. È un luogo in cui, come in un vero laboratorio, si sperimentano gli "effetti" di specifiche azioni in ambiente protetto, si fanno le prime ipotesi, si torna eventualmente sui propri passi per sperimentare ancora. In aula avvengono i collegamenti tra il "qui ed ora" formativo e il "là e allora" professionale al fine di costruire nuovi punti di vista e aggiungere nuove conoscenze. Attraverso una modalità didattica prevalentemente esperienziale, i partecipanti sono stati continuamente stimolati ad intervenire attivamente alle attività svolte in aula. Ogni proposta di esercitazione era volta ad incoraggiare la riflessione personale, il confronto con gli altri professionisti e il continuo riferimento all'esperienza nel proprio contesto professionale di provenienza.

La valutazione di gradimento e reazione dei partecipanti si è svolta attraverso:

- questionario ECM
- valutazione in plenaria attraverso attività d'aula e attività ponte

Durante questo percorso, sono state effettuate valutazioni a fine di ogni giornata che hanno sottolineato elementi distintivi dell'aula:

- è stato possibile creare un ambiente stimolante e inclusivo, capace di promuovere la crescita e lo sviluppo personale di ogni partecipante.
- l'aula eterogenea ha favorito la creazione di un ambiente collaborativo e stimolante;
- è stato possibile offrire ai partecipanti una prospettiva ampia e ricca di spunti interessanti per sviluppare nuove competenze.

In secondo luogo, l'uso di metodologie attive e partecipative ha reso l'aula un luogo dinamico e coinvolgente, dove i partecipanti hanno potuto mettere in pratica le conoscenze acquisite e

confrontarsi con situazioni reali. Attraverso role-play, simulazioni ed esercitazioni pratiche, è stato possibile stimolare la creatività e favorire l'apprendimento collaborativo.

Infine, l'attenzione costante al feedback a conclusione di ogni giornata formativa ha permesso di monitorare costantemente il processo di apprendimento e apportare eventuali correzioni o miglioramenti in tempo reale. Grazie all'ascolto attento delle esigenze dei partecipanti, è stato possibile garantire un percorso formativo di alta qualità e rispondente ai bisogni dei partecipanti e della committenza.

A supporto delle attività formative d'aula per i territori della regione Basilicata (ASM Matera e ASP Potenza) e dell'AUSL di Bologna, è stata messa a disposizione la FAD regionale "Abilità di counseling e colloquio motivazionale" per rinforzare principi ed elementi fondamentali del colloquio, che sono stati oggetto di riflessione in aula durante la giornata di follow up in cui sono stati analizzati i casi portati dagli stessi partecipanti.

In conclusione, il percorso proposto dalla funzione formazione nel settore dell'innovazione nei servizi sanitari e sociali ha rappresentato un'opportunità per acquisire competenze e conoscenze fondamentali per affrontare le sfide del futuro.

## RICADUTA DELLA FORMAZIONE

### **Valutazione del cambiamento dei comportamenti professionale con un questionario di trasferibilità a tre mesi dal termine dell'azione formativa**

Le unità operative, a valle della formazione svolta e della condivisione di strumenti nell'ambito del gruppo di lavoro di progetto e grazie al gruppo di lavoro costruito attraverso questo modulo svolto in presenza e "situato", ovvero con capacità di adattarsi a ciascun contesto e presso la sede in cui si intendeva erogare le attività, hanno tentato di applicare la pratica dell'avviso motivazionale breve al proprio contesto e hanno sperimentato strumenti di valutazione dell'impatto dell'attività formativa, con l'intento di creare delle vere e proprie esperienze pilota che esplorassero la possibilità di costruire un sistema di monitoraggio dell'attività svolta nelle case della comunità.

Di seguito si descrive come sono state articolate le formazioni nelle diverse unità operative, la loro ricaduta e i sistemi di monitoraggio sperimentati con i relativi risultati.

## Azienda USL di Piacenza

### *Descrizione del contesto e prima fase*

---

L'Azienda USL di Piacenza opera su un territorio coincidente con la provincia di Piacenza, con una popolazione residente di 285.943 abitanti, distribuiti in 46 comuni e suddivisi in 3 distretti sociosanitari: Città di Piacenza, Levante e Ponente (corrispondenti, rispettivamente, alle porzioni orientale e occidentale della provincia, ciascuno esteso dalla pianura adiacente al fiume Po all'Appennino al confine con la Regione Liguria)

Sul territorio piacentino sono attive 8 Case della Salute e della Comunità (Casa della comunità di Piacenza; Case della comunità di Monticelli, Cortemaggiore, Bettola, Carpaneto e Podenzano nel distretto di Levante; Case della Comunità di san Nicolò e della val Tidone nel distretto di Ponente).

Nell'ambito del Piano Regionale delle Prevenzione 2015-18 era stato sviluppato un primo tentativo di estendere a livello aziendale l'esperienza dell'avviso motivazionale breve, nel contesto delle case della salute, ed era stata redatta una bozza di procedura aziendale per facilitare l'adozione di questa pratica, in particolare negli ambulatori della cronicità. La redazione della bozza di procedura aveva comportato un ampio processo di coinvolgimento di professionisti dei dipartimenti di Sanità Pubblica e delle Cure Primarie, inclusi i rappresentanti di nucleo. In particolare, le attività descritte nella procedura erano state sperimentate nel contesto della casa della comunità di Cortemaggiore e Monticelli.

L'implementazione del colloquio motivazionale era stata poi completamente interrotta a causa della pandemia Covid 19, durante la quale si è assistito anche a un ampio processo di riorganizzazione di tutto il sistema dell'assistenza sanitaria e un non trascurabile turnover di personale. Sebbene fossero rimaste delle competenze specifiche in alcuni operatori afferenti al servizio di Promozione della Salute del dipartimento di Sanità Pubblica (U.O. Medicina dello Sport e Promozione della Salute) per realizzare il progetto è stato quindi necessario riprendere le attività dalla base.

La formazione garantita direttamente dall'Unità Operativa Capofila – Regione Emilia-Romagna (composta dalla formazione residenziale "Le abilità di counseling nella relazione che cura", e dalla FAD "Professionisti della salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio") ha riguardato operatori che gravitavano sulla casa della comunità di Cortemaggiore e Monticelli. Nel contesto organizzativo post-pandemico è emersa da subito la difficoltà a formare un gruppo di lavoro che fosse rappresentativo di tutti i soggetti che appartenevano alla casa della comunità. Sono stati raccolti quindi operatori afferenti più in generale al distretto di Levante, funzionalmente in connessione con la casa della comunità ma non necessariamente operanti in essa. Sono stati inoltre coinvolti gli operatori che si stavano formando, nello stesso distretto, per incarnare la nuova figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità e gli operatori del servizio di promozione della salute. Hanno pertanto partecipato al corso medici, infermieri di comunità, ostetriche, fisioterapista, operatori di promozione della salute.

Le attività che si sono svolte al termine del percorso formativo hanno avuto caratteristiche sostanzialmente differenti rispetto a quanto atteso. Se l'obiettivo inizialmente individuato sarebbe stato di realizzare attività nella casa della salute e della comunità di Cortemaggiore (dove era stata iniziata un'attività analoga prima del covid) e promuovere opportunità territoriali coinvolgendo le

associazioni attive in quel contesto, si è dovuto invece prendere atto che le specifiche condizioni organizzative erano lì particolarmente sfavorevoli. Si è pertanto deciso di modificare l'estensione territoriale del percorso e di dare allo stesso una valenza prima distrettuale, e poi aziendale, coinvolgendo territori differenti da quelli inizialmente ipotizzanti, anche in ragione del fatto che le attività progettuali si sono rivelate sinergiche e hanno sostenuto l'implementazione del Programma Libero 20 (PL20) "Sani stili di vita, dalla promozione alla presa in carico" del Piano Regionale della Prevenzione 2021-25. È quindi, nella pratica, possibile distinguere una "seconda fase", successiva alla rimodulazione del progetto consentita dal Ministero, caratterizzata da una rimodulazione dell'organizzazione dell'offerta formativa e da un ambito territoriale differente e più ampio.

### *Seconda fase*

---

La seconda fase del progetto quindi si è articolata in:

- Organizzazione di un gruppo di formatori a livello aziendale, formati nell'ambito del progetto CCM, due dei quali avevano anche esperienza pregressa nell'intervento motivazionale breve.
- Formazione breve degli infermieri degli ambulatori della cronicità del distretto di Levante sulle modalità operative per lo svolgimento di interventi motivazionali
- Aggiornamento della bozza di procedura (oggi formalizzata), che prevede, anche, la raccolta di dati sui colloqui svolti.
- Estensione del modello di formazione a tutte le case della comunità, incluse quelle degli altri distretti.

Si descrive di seguito la formazione organizzata dai formatori aziendali.

Nel 2024 è stato sviluppato un percorso formativo, composto da due moduli, rivolto a operatori delle Case della Comunità (infermieri di comunità, infermieri degli ambulatori della cronicità) e/o di unità operative ospedaliere nel contesto di specifici PDTA; questo percorso ha fatto seguito a una precedente giornata di formazione residenziale erogata a novembre 2023 che aveva visto la partecipazione di 10 operatori dei distretti di Levante e Città di Piacenza. In occasione di tale giornata (una sorta di "pilota" della seconda fase del progetto) si sono raccolti i bisogni di

approfondimento da parte degli operatori, che sono stati utilizzati per progettare la seconda parte della formazione. Poiché i bisogni formativi espressi sono stati molteplici, si è deciso di articolare il seguito del percorso formativo in due moduli.

Nel primo modulo “Promozione dei sani stili di vita: modelli, abilità e procedura aziendale” sono stati trattati l’intervento motivazionale breve, gli strumenti a supporto degli operatori (tra cui bilancia decisionale, regolo della soddisfazione, piano di cambiamento, mappa delle opportunità di secondo livello), gli stili comunicativi e le abilità comunicative (domande aperte, ascolto riflessivo, riformulare, riassumere, sostenere, informare e incentivare). La formazione ha previsto un totale di 21 ore, di cui 11 di formazione residenziale (con prevalente approccio esperienziale) e 10 di formazione sul campo, in cui è stato chiesto agli operatori di applicare l’intervento motivazionale breve nella propria attività ambulatoriale, con successiva condivisione e restituzione in aula. Sono state erogate due edizioni che hanno visto complessivamente la partecipazione di 25 operatori.

Il secondo modulo “Promozione dei sani stili di vita: linee guida e informazioni operative sui comportamenti salutari”, rivolto ai medesimi partecipanti a conclusione del primo ciclo formativo, aveva come obiettivo l’approfondimento di nozioni relative ai quattro stili di vita (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione); strutturata in forma residenziale, è stata erogata in due giornate per un totale di 7 ore e ha visto la partecipazione di 7 operatori (a settembre è prevista la seconda edizione che vede iscritti 15 partecipanti).

A oggi risultano erogate 56 ore di formazione, per un totale di 28 operatori raggiunti (uno stesso operatore è stato di regola iscritto a più corsi).

<b>Anno</b>	<b>Titolo formazione</b>	<b>Tipologia formazione</b>	<b>Totale ore formazione per ciascuna edizione</b>	<b>N. edizioni erogate</b>	<b>Partecipanti</b>	<b>Iscritti a edizione Programmata (settembre)</b>
2023	Procedura aziendale sani stili di vita	Residenziale	7	1	10	
2024	Promozione dei sani stili di vita: modelli, abilità e procedura aziendale	Blended (residenziale + formazione sul campo)	21	2	25	
2024	Promozione dei sani stili di vita: linee guida e informazioni operative sui comportamenti salutari	Residenziale	7	1	7	15

Anche in Azienda USL della Romagna le attività relative allo sviluppo dell'Obiettivo 4 e 5 del Progetto CCM, si sono intersecate fortemente, con le azioni previste dal PI20 "sani stili di vita, dalla promozione alla presa in carico" del Piano Regionale della Prevenzione 2021-25.

Da una parte, infatti, il PI20 ha lavorato per strutturare azioni, su più livelli, per rendere effettiva l'offerta di counselling sui sani stili di vita nell'ambito dei servizi sanitari e a raccordarle con la promozione e offerta di opportunità a supporto del cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute. Parallelamente il progetto CCM ha stimolato la creazione di un sistema di monitoraggio e accountability di quanto realizzato fornendo stimoli aggiuntivi e velocizzando cambiamenti molto spesso complessi da ottenere.

Lo spazio deputato a sviluppare questo sistema di azioni è chiaramente la Casa della Comunità e gli attori che la abitano sono tutti a diverso titolo coinvolti nella progettazione e nella definizione di azioni, interventi e identificazione di modalità di monitoraggio. Nel nostro contesto la cabina di regia è stata tenuta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, dalla Direzione del Distretto e dalla UO Cure Primarie.

Il raggiungimento dei due obiettivi, 4 e 5 del progetto, ha previsto la messa in campo di una strategia congiunta. Da una parte è stato realizzato in collaborazione con la Regione un programma di formazione-intervento per avviare azioni di promozione della salute e dei sani stili di vita nelle Case della Comunità selezionate, mentre i professionisti del Dipartimento di Sanità Pubblica fornivano supporto nella creazione di strumenti utili alle attività di Counseling e di opportunità di secondo livello per il sostegno al cambiamento degli stili di vita.

Di pari passo sono stati condotti interventi a diverso livello per creare le condizioni per permettere il monitoraggio delle attività degli operatori in termini di processo e in un secondo momento, una volta a regime, ipotizzare una valutazione anche in termini di esito.

Le attività del progetto si sono concentrate inizialmente nel Distretto di Faenza per le case della comunità della Valle del Senio (Castelbolognese, Casola Valsenio, Riolo Terme e Solarolo) e per l'ambulatorio del Nucleo 2 di Faenza - Marconi mentre negli ultimi due semestri sono stati coinvolti

anche i Distretti di Forlì con la Casa della comunità di Forlimpopoli e di Rimini con la casa della Comunità di Morciano.

*Creazione del gruppo di lavoro e formazione degli operatori per attuare un programma di formazione-intervento per realizzare azioni di promozione della salute e dei sani stili di vita nelle Case della Comunità*

---

Identificata la Casa della Comunità in cui realizzare l'azione con il supporto del Direttore del Distretto di Faenza, del Dipartimento Cure Primarie e sotto la supervisione del Dipartimento di Sanità Pubblica, si è costituito il gruppo di lavoro locale. Il gruppo, composto da

- Medici e infermieri coordinatori del Dipartimento Cure Primarie,
- Medici e assistenti sanitari del Dipartimento di Sanità Pubblica,
- MMG,
- Infermieri operanti presso la casa della comunità a diverso titolo: infermieri dell'ambulatorio della cronicità appartenenti all'azienda USL della Romagna e infermieri dipendenti di cooperative collaboratori dei MMG,
- Segretari clinici della Medicina generale,
- Psicologi della Casa della Comunità,
- Assistenti sociali degli enti locali
- Un collaboratore volontario di una associazione di pazienti del territorio

La formazione "le abilità di counseling nella relazione che cura" si è articolata in 4 giornate di formazione residenziale (6 h ciascuna) e 8 h di formazione sul campo (totale ore 32).

Successivamente alla formazione, sono emerse dal gruppo di lavoro, ulteriori necessità per rendere effettivamente realizzabile l'introduzione sistematica della proposta relativa al counseling motivazionale nei setting identificati. In particolare:

1. poter disporre di strumenti di supporto all'attività di counseling agevoli e di rapido utilizzo (oltre al vademecum messo a disposizione dalla regione)

2. identificare chiaramente le opportunità presenti sul territorio
3. essere dotati di strumenti di primo orientamento soprattutto riguardo ad alimentazione e movimento da proporre ai pazienti sulla base dei diversi profili di rischio.

Pertanto, le attività di formazione/supporto degli operatori sono proseguite, a cura questa volta di una équipe multidisciplinare afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Romagna.

Strumenti a supporto: per il Nucleo di Cure Primarie (NCP) coinvolto, poiché ad effettuare il counseling è principalmente il personale medico (MMG), è stato predisposto, su loro richiesta, un breve questionario da far compilare ai pazienti in sala d'attesa con il quale avviare il colloquio all'interno degli ambulatori (vedi allegato).

Mappatura delle opportunità: parallelamente alla formazione è stata condotta una ricognizione dei "setting e/o contesti", all'interno del territorio servito dalle case della comunità coinvolte, nei quali vengono proposte o si potrebbero proporre attività di promozione della salute ed è stata avviata una mappatura delle opportunità già presenti sul territorio per sviluppare corretti stili di vita.

Per mappatura delle opportunità si intende la ricerca delle opportunità di salute in un determinato territorio con lo scopo di valorizzare le risorse presenti in un territorio e nel contempo costruire interventi mirati e creare una rete efficace al fine di migliorare la presa in carico del cittadino.

Per presentare le mappature e fornire maggiori strumenti agli operatori sono state organizzate ulteriori 3 giornate di formazione rivolte agli operatori. Tale formazione doveva tenersi nel mese di giugno 2023, ma a causa delle gravi avversità climatiche (l'alluvione) che hanno colpito in maniera importante le zone in cui si sta realizzando il CCM ha ritardato questo momento e quindi anche l'avvio del counseling e del suo monitoraggio in maniera strutturata. La formazione è stata poi erogata nel mese di settembre 2023, nelle giornate del 7, 14 e 28. Alla formazione hanno partecipato 25 infermieri, 1 Assistente Sociale, 5 Medici di Base ed è stata molto gradita dagli operatori.

## *Costruzione e manutenzione di reti per la promozione della salute e offerta strutturata di interventi di secondo livello*

---

Tutte le case della comunità coinvolte nel progetto hanno avviato azioni per la costruzione di reti, in particolare integrando le attività all'interno dei Board delle Case della Comunità.

Partendo dalle mappature delle opportunità già descritte, sono emerse realtà già presenti ma anche necessità di ulteriore supporto ai temi dell'alimentazione e del movimento, pertanto già nelle prime fasi di progetto si è costituita una cabina di regia composta da personale del Dipartimento di Sanità Pubblica, del Dipartimento di Cure Primarie (medici e infermieri), i MMG e i PLS, che con incontri periodici si è occupata di analizzare i bisogni, progettare interventi e supervisionare le diverse fasi del progetto.

Dalla valutazione effettuata sono subito stati organizzati alcuni momenti di approfondimento dedicati alla popolazione generale della Casa della Comunità e alla popolazione dei cronici per incontrare il territorio e iniziare ad identificare le necessità.

## *Sviluppo di opportunità territoriali*

---

Incontri tematici: sono state organizzate alcune edizioni, della durata di un paio d'ore con predisposizione e diffusione di un calendario con ulteriori eventi programmati.

L'incontro sul movimento ha visto la partecipazione del medico dello sport, mentre quello sull'alimentazione del dietista. Gli incontri tematici rivolti alla popolazione generale sono stati programmati e si sono realizzati nei mesi di Gennaio e Febbraio 2023. Queste attività hanno comportato anche la partecipazione dell'Istituto Alberghiero Artusi di Riolo Terme con un progetto di coinvolgimento della comunità scolastica, dedicato ai pazienti diabetici e alle loro famiglie, concluso con una serata laboratoriale presso l'Istituto durante il quale gli studenti delle classi Quinte in collaborazione con i dietisti hanno presentato, a livello teorico, pratico e sensoriale un menù tradizionale adattato alle esigenze dietetiche del paziente, in questo caso diabetico. All'evento hanno partecipato 15 pazienti diabetici arruolati in seguito ad intervento di counseling da parte dell'infermiere dell'ambulatorio della cronicità.

Da questa collaborazione è nato anche un ricettario tradizionale rivisitato da diffondere alla comunità del territorio Faentino ma che potrà essere utilizzato e promosso nei vari ambiti.

Nel semestre successivo sono stati organizzati ed erogati i seguenti eventi a supporto al counseling degli ambulatori infermieristici e dei medici di medicina generale:

#### Laboratori di cucina:

Laboratori di cucina salutare dedicato ai pazienti cronici in carico presso la CdC di:

- ✓ Fognano/Brisighella il 20/11/2023
- ✓ Casola Valsenio – Borgo Rivola il 14/12/2023
- ✓ Castel Bolognese il 16/11/2023

I laboratori, curati da un Dietista del Dipartimento di Sanità Pubblica e un cuoco dell'Istituto Alberghiero Artusi di Riolo terme, hanno coinvolto un totale di 30 persone

Incontri teorici/pratici su sani stili di vita, offerti ai pazienti del NCP F2 di Faenza arruolati direttamente dai MMG del Nucleo:

- ✓ 13/10/2023 Carrello della Salute Faenza (25 partecipanti)
- ✓ 28/10/2023 Un Passo alla Volta Faenza (40 partecipanti)
- ✓ 14/12/2023 Corso Etichette (18 partecipanti).

Corso pratico di 6 incontri per la prevenzione cadute: Il progetto è partito presso la Casa della Comunità HUB di Castel Bolognese il 6 dicembre 2023, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, declinato in cicli di lezioni di attività motoria gratuita in piccoli gruppi (minimo 8, massimo 10 persone) basati sul protocollo OTAGO e supervisionati dal tecnico delle attività motorie. Ogni ciclo composto da 6 lezioni di un'ora ciascuna, 1 volta a settimana per 6 settimane, si tiene presso i locali della Casa della Comunità di Castel Bolognese, da un tecnico dell'attività motoria del DSP. Il reclutamento è svolto dai medici di medicina generale seguendo i criteri di inclusione ed esclusione:

Pazienti con più di 64 anni e rischio di cadute preferibilmente con i seguenti requisiti:

- ✓ Situazione di disagio economico (non possibilità di corsi a pagamento)
- ✓ Basso livello di istruzione

Criteri di esclusione:

- ✓ Alterazioni cognitive, sensoriali, psichiatriche tali da rendere impossibile la comprensione dell'esecuzione degli esercizi
- ✓ Incapacità di collaborazione e integrazione con il gruppo
- ✓ Incapacità di deambulazione autonoma
- ✓ Condizioni cardiologiche, pneumologiche e sistemiche che non consentano un'attività fisica lieve (MET 3-4)

All'interno della Casa di Comunità (CdC) Borgo Reno collocata nella città di Bologna i **due percorsi formativi** sul Colloquio Motivazionale Breve programmati dalla Unità Operativa capofila sono stati seguiti da **32** operatori, afferenti a diversi servizi: professionisti degli Ambulatori territoriali, operatori dell'Assistenza domiciliare e Ostetrico-ginecologica, l'Infermiera di famiglia e comunità, una Dietista, diversi Operatori dell'Area Riabilitazione territoriale e dell'Area Salute Mentale, il Responsabile e la Coordinatrice infermieristica del servizio, il Responsabile DATeR, alcuni Operatori (infermieri e dirigenti sanitari) della promozione della salute (DSP).

A seguito della formazione è stata prevista la **distribuzione di materiali** sia da parte della Regione (toolkit) sia da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica in particolare materiali informativi di sintesi, riferimenti bibliografici, video e strumenti di lavoro sul colloquio motivazionale (vedi Fig.1) anche alla luce dell'avvio di uno studio-ricerca che avrà inizio nel mese di ottobre 2024. È stato anche fornito **supporto/tutoraggio a circa una decina di operatori** nel corso dei colloqui che hanno condotto su cittadini di età media 40 anni, durante le visite con i cardiologi e i fisioterapisti. I colloqui realizzati ad oggi sono in totale **20**.

**Fig. 1 - Strumenti a disposizione per il lavoro sulla motivazione**

**Es. IL REGOLO MOTIVAZIONALE** è utilizzato per lavorare sull'**ambivalenza o frattura interiore** e per esplorare i livelli di motivazione (importanza, fiducia e disponibilità). Si chiede alla persona quanto, da 1 a 10, percepisce gli aspetti di quel cambiamento.



**Es. LA BILANCIA DECISIONALE è un utile strumento per gestire le resistenze**

Uno dei fattori psicologici utili al professionista per aiutare la persona a riflettere sul proprio cambiamento è la Bilancia decisionale: la tecnica per la quale si esegue una valutazione comparativa degli aspetti positivi e negativi di un determinato comportamento (Ragazzoni et al., 2014).



La bilancia decisionale: ponderare costi e benefici

Continuare a svolgere una vita sedentaria		Iniziare a fare attività fisica	
Benefici	Costi	Benefici	Costi

I professionisti scelti e accompagnati nel corso dei colloqui sono gli stessi che parteciperanno allo studio di ricerca **“L'utilizzo del colloquio motivazionale breve nelle Case di Comunità. Controlled Trial sulla qualità di vita e stato di salute percepito”**.

Due sono gli obiettivi principali dello studio:

- **valutare gli effetti del colloquio motivazionale breve**, utilizzato dagli operatori della Casa di Comunità Borgo Reno (DM-77), **sul miglioramento del benessere psicofisico percepito**, mediante l'utilizzo dello Short Form Health Survey 36;
- **valutare l'adesione agli obiettivi concordati con l'utente in sede di colloquio** confrontando n. degli gli obiettivi concordati e raggiunti a 6 mesi dal colloquio e quindi ipotizzare livelli di efficacia dell'intervento.

**1.3 Punti di forza** - Gli incontri formativi sono stati accompagnati da diverse **attività volte a facilitare i contatti tra territorio e Casa della Comunità**, azioni che hanno previsto l'azione integrata del Dipartimento di Sanità Pubblica, dell'Ufficio Comunicazioni dell'Azienda Ausl Bologna e dell'Ufficio

Reti del Quartiere Borgo Reno (struttura di coordinamento delle Associazioni operanti nel territorio). Il personale del Dipartimento di Sanità Pubblica presente nella struttura, in più giornate mensili, ha potuto mettere in campo diverse azioni finalizzate alla promozione della salute in quella comunità, in sintonia con i principi di sussidiarietà verticale e orizzontale (artt. 117 e 118 Cost.), con i principi del DM 77/2022 e l'assetto organizzativo derivante, volto a garantire assistenza di prossimità, medicina di iniziativa, accesso facilitato, integrazione e continuità tra servizi, multidisciplinarietà delle equipe, presa in carico globale, engagement individuale del cittadino, partecipazione strutturale della comunità, empowerment/welfare di comunità.

Grazie ad osservazioni sul campo, alla partecipazione ad incontri di equipe e a seguito di un'intervista rivolta agli operatori sono emerse tre fondamentali esigenze o necessità prioritarie per favorire la promozione della salute:

**A. conoscere i progetti in corso all'interno della struttura sanitaria;**

**B. migliorare la comunicazione interna** e attraverso il Colloquio Motivazionale Breve favorire la creazione di una comunità di pratica internamente e favorire stili di vita più salutari;

**C. elaborare una mappatura dei servizi socioeconomico-culturali** delle associazioni presenti sul territorio.

Per quanto attiene alle prime due esigenze sopra indicate (A e B), è stata ideata una **presentazione dei servizi, dei progetti presenti nella CdC, arricchita dalle opportunità avviate dal Quartiere** (Persone, Percorsi sportivi e culturali, Patrimonio ambientale) e dalla **Mappa della salute regionale aggiornata localmente da operatori del DSP**. Per rendere più accattivante il progetto comunicativo è stato coinvolto il comico Duilio Pizzocchi, ben conosciuto nel quartiere, chiamato ad intervistare la Coordinatrice e il Responsabile della CdC. L'intervista ha consentito di dare maggiore visibilità ai progetti interni, già esistenti, sia agli operatori che ai cittadini. L'Ufficio Comunicazioni dell'Azienda USL, sulla base delle informazioni raccolte, ha creato la video-intervista e ha inserito l'intera presentazione sul sito aziendale:

<https://www.ausl.bologna.it/servt/dipt/dsp/prog/casa-della-comunita-borgo-reno>

<https://www.ausl.bologna.it/servt/dipt/dsp/prog/casa-della-comunita-borgo-reno/opportunita-del-territorio>

C. Per quanto riguarda il **rapporto con il territorio**, la CdC ha partecipato a diversi Laboratori di prossimità su invito dell'Ufficio Reti del Quartiere, durante i quali è venuta a contatto con le **Associazioni di Volontariato e le Case di Quartiere**, strutture promotrici di ricche opportunità socio-culturali. Per facilitarne la conoscenza è stata ideata una cartolina con QR-CODE che gli operatori possono utilizzare nel corso dei colloqui (motivazionali e non) al fine di fornire indicazioni dettagliate ai cittadini rispetto a particolari esigenze di salute.

Attraverso il QR-CODE gli operatori possono accedere direttamente al sito dell'AUSL e alla lista delle Associazioni di volontariato attive nel quartiere. Possono così avvalersi di uno strumento utile ad orientare il cittadino, sapendo che a pochi passi dalla Casa della Comunità è possibile trovare Associazioni di sostegno per pazienti oncologici, persone disabili, per l'autismo, le lesioni cerebrali, gli anziani... La cartolina **può facilitare**, ad esempio, il lavoro della Neuropsichiatria che potrà inviare i bambini con DSA ai doposcuola o alla Biblioteca di quartiere, ricca di audiolibri e attività dedicate alla lettura.

Grazie alla collaborazione con Volabò-Centro Servizi per il Volontariato della Città Metropolitana di Bologna - l'Ufficio Reti ha potuto verificare l'Inclusione delle Associazioni di quartiere nel RUNTS (Registro Unico Nazionale Enti Terzo Settore). Su questa base l'Ufficio Comunicazioni dell'Ausl ha inserito sul sito della Casa di Comunità i nominativi delle Associazioni presenti nel Quartiere Borgo Reno.



*Gruppo di lavoro e formazione*

---

Le due formazioni, "Programma CCM: le abilità di counselling nella relazione che cura" (blended e "Professionisti della salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio" (fad sincrona), sono state svolte nel periodo settembre/novembre 2022. Alla formazione hanno partecipato 24 Operatori sanitari della Azienda UsI Toscana Sud Est, afferenti alla Casa della Comunità di Castiglion Fiorentino (Ar), in rappresentanza delle professioni presenti nella Casa della Comunità (CdC), tranne i Medici di Medicina Generale che comunque erano stati invitati a partecipare alla formazione. I partecipanti sono stati 7 Infermieri del territorio con diversi ruoli (anche dirigenziali), 2 Ostetriche del Consultorio, 2 Assistenti Sanitari della Educazione alla Salute, 2 Assistenti Sociali, 3 Educatori, 3 con ruoli Amministrativi, 5 Dirigenti Medici rispettivamente delle strutture di Neuropsichiatria Infantile, Ser.D, Geriatria, Cure Primarie, Educazione alla Salute.

I territori dei Comuni di Castiglion Fiorentino, Cortona, Foiano della Chiana, Lucignano e Marciano della Chiana, tutti nella provincia di Arezzo, costituiscono la "Zona Distretto Valdichiana Aretina" della Azienda UsI Toscana Sud Est a sua volta costituita dai territori provinciali di Arezzo, Grosseto e Siena.

*Ricaduta della formazione*

---

Alcuni degli Operatori afferenti alla Casa della Comunità di Castiglion Fiorentino, che hanno fruito della formazione, sono componenti del Gruppo di lavoro locale di Casa della Comunità nell'ambito del Progetto CCM 2021 e anche componenti del Gruppo di Promozione della Salute della Zona Distretto Valdichiana Aretina, nella quale incidono la Casa della Comunità di Castiglion Fiorentino come CdC Hub e altre 3 CdC Spoke (a Cortona, Foiano della Chiana e Lucignano). Grazie a queste condizioni, gli Operatori formati hanno prima avviato gli incontri di counseling motivazionale breve all'interno della Casa della Comunità di Castiglion Fiorentino e successivamente anche in ambito

delle CdC Spoke. Gli incontri sono stati orientati al cambiamento salutogenico rispetto ai quattro stili, ovvero fumo, inattività fisica, consumo di alcol e alimentazione. In particolare, a partire dalle 4 CdC sono stati svolti incontri di counselling motivazionale breve per la promozione dell'attività fisica, con la contemporanea organizzazione di Gruppi di Cammino in tutti i territori comunali della Zona Distretto Valdichiana Aretina.

Ad iniziare dalla formazione, le azioni inerenti il Progetto CCM sono state pertanto sviluppate con Operatori afferenti alla Casa della Comunità Hub di Castiglion Fiorentino, Comune della ZD (Zona Distretto) "Valdichiana Aretina" dell'Azienda USL Toscana Sud Est. La ZD "Valdichiana Aretina" oltre che dal Comune di Castiglion Fiorentino è composta dai Comuni di Cortona, Foiano della Chiana, Lucignano e Marciano della Chiana (dove non è presente la CdS), tutti della provincia di Arezzo. Tra il 2023 e il 2024 in ognuno dei 5 Comuni è stato organizzato un Gruppo di Cammino. La costituzione dei Gruppi è stata preceduta da incontri presso la Casa della Comunità Hub e presso le altre Case della Comunità Spoke presenti nella ZD, rivolti alle Associazioni presenti nel territorio e alla popolazione generale. Gli incontri sono stati tenuti da Medici, Infermieri, Fisioterapisti e Dirigenti dell'Azienda Usl insieme a Sindaci o Assessori Comunali. Durante gli incontri, oltre che aver fornito informazioni sui benefici dell'attività fisica, è stata promossa l'attività del counseling motivazionale breve nella Casa della Comunità ed è stato presentato il progetto dei Gruppi di Cammino quale attività del Progetto CCM, insieme alla descrizione dei percorsi pedonali pianeggianti individuati dopo attenta valutazione del personale Usl insieme alle Amministratori locali. Per ogni Gruppo che è stato costituito, sono state calendarizzate e divulgate le camminate agli interessati.

I Gruppi di Cammino sono stati costituiti a partire dalle 92 persone che nel periodo maggio 2023 – maggio 2024, hanno avuto incontri di counseling motivazionale breve indipendentemente dal livello di motivazione che è emerso. Al termine dell'incontro è stato proposto di partecipare ai Gruppi, sia per favorire il cambiamento sia per contribuire a mantenere delle sane abitudini. Gli incontri motivazionali, oltre che essere stati presentati nel corso degli incontri rivolti alla popolazione e alle Associazioni, sono anche stati promossi dagli Operatori Usl nei vari setting opportunistici delle Case della Comunità.

*Rete aziendale.* La formazione effettuata nell'ambito del Progetto ha anticipato e favorito la collaborazione di Operatori di strutture diverse per azioni comuni di promozione della salute nella Zona Distretto Valdichiana Aretina. Dopo la formazione sono stati infatti costituiti con gli Operatori formati, sia il Gruppo di lavoro locale di Casa della Comunità nell'ambito del Progetto CCM 2021 che il Gruppo di Promozione della Salute della Zona Distretto Valdichiana Aretina, facente parte del "Network Promozione ed Etica della Salute" insieme agli altri gruppi Zonali dell'intera Usl Toscana Sud Est.

*Collaborazioni con Comuni.* Il Progetto ha favorito la collaborazione tra le Amministrazioni locali dei cinque Comuni della Zona Distretto Valdichiana Aretina e l'Azienda Usl Toscana Sud est. In particolare, per la promozione dell'attività fisica sono state avviate collaborazioni atte ad individuare percorsi e aree urbane da recuperare o predisporre per favorire l'utilizzo pedonale.

*Collaborazioni con Associazioni.* Per favorire l'accesso allo svolgimento degli incontri di counseling motivazionale breve nelle Case della Comunità e per la costituzione dei gruppi di cammino, sono state coinvolte le associazioni del territorio, per le quali sono stati anche organizzati incontri per promuovere l'adozione di stili di vita salutari.

Tra i punti di forza osservati nel favorire la ricaduta della formazione sulle attività, si segnala l'utilizzo dei "contesti opportunistici" (ambulatori infermieristici e specialistici) colti all'interno delle Case della Salute. In particolare, per la promozione dell'attività fisica è stata ritenuta coinvolgente e utile (sia dai partecipanti che dai professionisti) l'organizzazione dei gruppi di cammino contestualmente all'effettuazione di incontri di intervento motivazionale breve e agli incontri di promozione della salute fatti con le associazioni. In questo modo sono state incoraggiate iniziative personali, da svolgere singolarmente o in piccoli gruppi, per dare continuità a quanto effettuato con le camminate organizzate (come dettagliato più avanti riguardo alla "Implementazione"), favorendo l'adozione di un'abitudine sana e quindi di uno stile di vita attivo. Tra i punti di forza, come prerequisiti della



## Regione Basilicata

La formazione situata svolta presso la regione Basilicata si è caratterizzata per un'Aula eterogenea, composta da 29 professionisti tra Infermieri, Medici, Psicologi, Ostetriche, Dietiste, Assistenti sanitari, Amministrativi, provenienti dai Distretti dell'Azienda sanitaria di Potenza, ambiti di Igiene pubblica e screening. La formazione si è svolta nei giorni 7 e 8 giugno 2023 e successivamente nei giorni 26 e 27 marzo 2024. È stato inoltre effettuato un incontro di follow-up il giorno 21 maggio 2024, presso la sede della Regione Basilicata a Potenza (destinatari: professionisti che avevano partecipato al modulo residenziale di Matera nel mese di giugno 2023 e professionisti del modulo residenziale di Potenza del mese di marzo 2024)

I temi affrontati durante il percorso formativo sono stati: la relazione d'aiuto, l'ascolto empatico e attivo, gli stili comunicativi, le strategie e gli strumenti del colloquio, la gestione del sé professionale, la gestione del pre-giudizio. I partecipanti hanno mostrato interesse per i contenuti affrontati durante le giornate residenziali; curiosità e apprezzamento anche per la metodologia adottata. L'interazione tra professionisti già esperti o che avevano già utilizzato il CMB e professionisti neofiti dell'argomento è stata un elemento di ricchezza del percorso, poiché ha stimolato le riflessioni di gruppo e in plenaria, anche con esempi tratti da esperienze dirette vissute dagli stessi partecipanti in cui tutti hanno potuto riconoscersi o comunque riconoscere contesti e relazioni.

In previsione della giornata residenziale di follow-up, conclusiva del percorso, sono state assegnate le seguenti attività:

- prendere visione della FAD *“Abilità di counseling e colloquio motivazionale”* (piattaforma E-llaber), nell'ambito del Progetto CCM. La visione della FAD ha permesso al singolo professionista di sistematizzare e riflettere su quanto appreso e sperimentato in aula e ha consentito l'allineamento degli apprendimenti tra i due gruppi di professionisti, che hanno partecipato alla formazione residenziale in due momenti temporalmente molto distanti;
- riflettere su uno o più colloqui realizzati con pazienti/cittadini attraverso l'uso dello strumento *“griglia di auto ed etero valutazione della conduzione del colloquio”*, introdotta e sperimentata durante il primo modulo residenziale, in entrambe le edizioni. Gli esiti di

questo esercizio sono stati oggetto di riflessione e parte integrante della giornata laboratoriale conclusiva del percorso, che si è svolta il 21 maggio 2024.

Non sono state rilevate difficoltà durante lo svolgimento degli incontri e nemmeno durante le attività laboratoriali in piccolo gruppo, che sono state caratterizzate da riflessioni e scambi continui.

Questa tipologia di formazione riesce solitamente a raggiungere anche quelli che vengono definiti i meta-obiettivi di un percorso formativo, come ad esempio, in questo caso, una maggiore conoscenza tra professionisti eterogenei e afferenti a servizi diversi, così come provenienti da differenti articolazioni organizzative ed anche territoriali.

A conclusione del percorso, quello che è emerso con forza è il desiderio di approfondire temi relativi alla pratica dello strumento CMB, con momenti dedicati di incontro e confronto. Da molti è stata sottolineata la necessità di diffondere il metodo e lo strumento anche ai colleghi, così come la consapevolezza di cercare di includere anche altri professionisti quotidianamente impegnati nella relazione con il cittadino.

Per quanto riguarda la valutazione di apprendimento, sono stati presi in considerazione i seguenti elementi:

- Partecipazione attiva alle attività in presenza, individuali e di gruppo;
- Relazione sui contenuti della FAD a seguito della formazione residenziale (solo per il gruppo di professionisti di Potenza, dato che nel 2023 la FAD non era ancora disponibile, quindi per i professionisti di Matera è stata suggerita soltanto la visione della stessa, ma non la redazione di una relazione);
- Uso e restituzione della griglia di auto/etero valutazione nella conduzione di almeno un colloquio (copia cartacea agli atti).

Tutti i partecipanti hanno conseguito gli obiettivi formativi attesi, collaborando alla buona riuscita del percorso formativo e alla creazione di un clima d'aula sempre disteso, attivo, curioso, aperto al confronto e alla riflessione.

**Proposta di sistema per il monitoraggio e accountability delle attività di promozione di sani stili di vita nelle Case della Comunità, compreso un primo report su quanto raccolto/osservato**

Secondo obiettivo del progetto è stato quello identificare modalità per il monitoraggio delle attività di promozione della salute nel contesto delle case della comunità, con particolare riferimento a dati quantitativi, utilizzabili pertanto anche per monitorare la tenuta dell'attenzione alla promozione di sani stili di vita anche in fasi critiche, come durante l'epidemia di COVID-19. Il monitoraggio delle attività si pone pertanto sia come uno strumento per sostenere e conoscere il potenziamento e la diffusione di attività di promozione dei sani stili di vita, sia come strumento di resilienza. La definizione di indicatori che permettano di monitorare da una parte quanto viene proposto dagli operatori nelle case della comunità ai pazienti e dall'altra quanto viene offerto dal servizio sanitario nazionale e dal territorio in senso ampio per la promozione dei sani stili di vita e il sostegno al cambiamento è pertanto una prerogativa essenziale.

Dopo aver preso atto che non era stato possibile individuare, in letteratura, esperienze analoghe da cui prendere spunto, il gruppo di lavoro ha deciso di sviluppare da zero un sistema per la raccolta di indicatori che potessero risultare utili a tale scopo, a partire dalle proprie esperienze. Infatti, vi è un'assenza generalizzata di cultura di rendicontazione per questo tipo di attività, ma il vero ostacolo sembra essere una oggettiva difficoltà a identificare le dimensioni da valorizzare in un sistema di indicatori. A questo si aggiunge una estrema fragilità dei sistemi informativi a supporto dell'attività della medicina territoriale che non prevedono mai o quasi mai spazi dedicati ad indagare aspetti relativi alla adozione di stili di vita o strumenti per il monitoraggio del cambiamento.

All'identificazione di possibili dimensioni da valorizzare è venuto in aiuto la condivisione, a livello di gruppo di lavoro, della descrizione delle fasi del colloquio e del percorso di invio alle opportunità di secondo livello, e il tentativo di dare a queste la forma di "procedura". Aver condiviso modalità omogenee, infatti, ha consentito di individuare un set di indicatori essenziali per monitorare la quantità di colloqui e l'efficacia in termini di raggiungimento di un obiettivo di cambiamento e, almeno in un caso, la frequenza di opportunità di secondo livello, come meglio descritto in seguito. Da questo impianto è derivata la decisione del gruppo di lavoro di sviluppare ulteriormente l'idea progettuale di una piattaforma web su cui caricare indicatori sugli stili di vita e di pianificare, una vera e propria piattaforma per seguire il percorso individuale dei cittadini che accedono ai contesti

opportunistic in cui si pratica l'approccio motivazionale sugli stili di vita basato sul modello transteorico del cambiamento, identificando soluzioni per il monitoraggio delle attività di secondo livello rispettose della riservatezza dei dati personali.

Lo sviluppo della piattaforma è stato possibile solo dopo la rimodulazione finanziaria del progetto, e ha richiesto circa un anno tra progettazione e sviluppo, non è stato possibile utilizzarla per il monitoraggio dell'impatto della formazione. Se questo è stato uno svantaggio in quanto non ha consentito l'utilizzo dello strumento per la valutazione d'impatto delle attività progettuali, ha però permesso di tener conto delle invenzioni e delle esperienze raccolte dalle unità operative per la progettazione della piattaforma stessa.

## **ACCOUNTABILITY REPORT**

Si riportano qui le esperienze delle attività di monitoraggio (realizzate, quindi, senza l'ausilio della piattaforma) da parte delle unità operative.

### **Azienda USL di Piacenza**

Presso Azienda USL di Piacenza è stato costruito un sistema di indicatori per monitorare l'impatto della formazione offerta in termini di processo, appropriatezza ed efficacia dell'implementazione dell'avviso motivazionale breve sugli stili di vita nell'ambito delle Case della Salute e delle Comunità. Prima di passare alla descrizione dei dati raccolti, si propone un riepilogo estremamente sintetico della traccia fornita, in veste di procedura, per proporre l'avviso motivazionale.

Coerentemente con il "vademecum" proposto nell'ambito della formazione erogata da Luoghi di prevenzione, è previsto che ciascun utente, dopo una breve riflessione sul grado di soddisfazione rispetto a consumo di alcol, fumo, alimentazione e attività fisica, scelga uno stile di vita di cui desidera parlare con l'operatore. Successivamente, approfondendo le ragioni per cui è stato espresso un determinato grado di soddisfazione rispetto allo stile di vita scelto e aiutandosi con una

scala validata, l'operatore stabilisce lo stadio motivazionale di partenza, e prosegue il colloquio utilizzando lo strumento più appropriato per lo stadio motivazionale:

precontemplativo → informazioni e disponibilità a un successivo approfondimento;

contemplativo → bilancia motivazionale (accompagnamento a definire un obiettivo in caso di bilancia positiva);

determinato → accompagnamento a definire l'obiettivo;

azione o mantenimento → sostegno e rinforzo

Lo stadio di "ricaduta" è trattato considerando l'attuale propensione a ritentare un cambiamento rispetto allo stesso stile di vita, e rientra pertanto in una delle casistiche recedenti.

L'accompagnamento alla definizione di un obiettivo di cambiamento prevede anche, se appropriato, la proposta di attività territoriali "di secondo livello" che possono supportare il raggiungimento dell'obiettivo (per esempio gruppi di cammino, palestre, corsi per smettere di fumare, ecc.)

L'esito del colloquio è registrato in cartella ed è stata prevista una rivalutazione a sei mesi (in linea con il timing previsto per gli accessi agli ambulatori della cronicità per il PDTA diabete)

al fine di misurare l'impatto della formazione offerta è stato predisposto un file excel per la raccolta dei seguenti dati:

- Casa della Comunità in cui si è svolto il colloquio
- Data
- Nome, Cognome e data di nascita
- Patologia per cui la persona è presa in carico
- Stile di vita scelto
- Stadio Motivazionale rilevato durante il colloquio
- Eventuale obiettivo concordato
- Quale opportunità sia stata consigliata
- Raggiungimento dell'obiettivo (per coloro che sono stati rivalutati a 6 mesi e a 12 mesi)

Dal file ci si propone di calcolare i seguenti indicatori, individuati come chiave per monitorare il processo l'appropriatezza nello svolgimento dei colloqui e l'efficacia degli stessi.

<b>processo</b>	<i>N° colloqui effettuati</i>
<b>appropriatezza</b>	<i>% di utenti screenati come determinati che si sono fissati un obiettivo di cambiamento</i>
<b>efficacia</b>	<i>% di utenti che hanno raggiunto, almeno parzialmente, il proprio obiettivo di cambiamento</i>
<b>processo</b>	<i>% di utenti cui è stata consigliata un'opportunità di secondo livello per perseguire il proprio obiettivo di cambiamento</i>

Non è stato definito uno standard a priori, non essendo stato possibile fare riferimento ad esperienze analoghe con cui confrontarsi.

Per ogni casa della comunità è stato individuato, dal responsabile del servizio, un referente per la raccolta dei dati, che li ha raccolti a livello locale e li ha poi trasmessi all'unità operativa del dipartimento di Sanità Pubblica che si occupa di promozione della salute e che ha elaborato gli indicatori ed estrapolato altri dati ritenuti significativi.

#### ***Esito della raccolta dati***

Sono stati raccolti, in sei mesi, dati sui colloqui svolti con 137 utenti, di cui 121 seguiti per diabete, 11 per scompenso cardiaco e 5 per altri motivi.

Dopo la valutazione del grado di soddisfazione, 75 (55%) persone hanno scelto di parlare dell'alimentazione, 47 (34%) di attività fisica, 13 (9%) del fumo e 2 (1%) di alcool.

Tutti i 35 cittadini screenati come "determinati" hanno fissato un obiettivo di cambiamento (100%); 57 erano nello stadio di "azione" (stavano già facendo qualcosa per modificare il proprio stile di vita): 51 di essi hanno condiviso il proprio obiettivo di cambiamento con l'operatore;

20 cittadini sono stati screenati, a inizio colloquio, come contemplativi, ma al termine del colloquio 19 di essi hanno comunque deciso di fissare un obiettivo di cambiamento;

di 24 pazienti inizialmente screenati come precontemplativi 4 hanno fissato un obiettivo di cambiamento.

1 paziente screenato come "in ricaduta" ha fissato un obiettivo di cambiamento.

In 40 casi è stata concordata con l'operatore la frequenza di opportunità territoriali per favorire il cambiamento degli stili di vita (in 29 casi gruppi di cammino, in 5 casi corsi per smettere di fumare, in 6 casi la frequenza di "palestre della salute" riconosciute dalla Regione. In 62 casi sono stati illustrati e consegnati opuscoli informativi sulla sana alimentazione (non essendo infatti disponibili opportunità territoriali riferite a questo stile di vita nel periodo in cui si svolgevano i colloqui).

Complessivamente, 20 persone sono state rivalutate a distanza di tempo, e 12 di questi, pari al 60%, avevano raggiunto, almeno parzialmente, l'obiettivo che si erano fissati.

### **Punti di forza e criticità incontrati nella raccolta dei dati**

Nel complesso la raccolta dati è risultata fattibile e consente di monitorare il processo in corso e di dare evidenza all'impatto che la formazione sta avendo.

Un punto di forza è stata la semplificazione del sistema di raccolta, limitato a poche variabili in modo da non interferire con il lavoro degli operatori.

Altro punto di forza l'individuazione di referenti per la raccolta e l'alleanza con i responsabili delle attività.

Il sistema di raccolta tramite excel rende laboriosa la raccolta degli indicatori, soprattutto per quanto riguarda la possibilità di seguir le persone nel tempo. A tal proposito, si prevede che la piattaforma informatica che è stata messa a punto possa contribuire a rendere più agile la raccolta di indicatori.

Si ritiene che la raccolta dei dati di attività sia un elemento fondamentale non solo per misurare, ma anche per favorire il fatto che la formazione abbia un impatto sui comportamenti professionali degli operatori.

Nell'ambito delle attività relative a questo obiettivo è stata condotta una prima analisi degli strumenti a disposizione nel territorio oggetto del focus. La cartella infermieristica in particolare, che nella sua versione originale permetteva un tracciamento, seppur non puntuale, del colloquio con il paziente con la rilevazione degli stili di vita ed eventuale attivazione di percorsi specifici (es. disassuefazione dal fumo, per un corretto stile alimentare, il contrasto alla sedentarietà, prevenzione in salute mentale). Nella prima fase di valutazione le modalità di compilazione seppur utili a prendere in carico il paziente, quasi come un "diario di bordo" per l'operatore, non potevano essere utilizzate per monitorare l'adesione a percorsi o la durata della presa in carico, tanto meno per effettuare la valutazione di esiti, pertanto le prime azioni condotte sono state rivolte alla creazione delle condizioni e del supporto informativo per poter procedere con il monitoraggio.

### **3.1 Attività di implementazione dei sistemi informativi in uso per permettere il monitoraggio dell'intervento di counseling**

Il gruppo di regia del progetto, confrontandosi con gli operatori coinvolti sul campo ha identificato alcuni indicatori necessari in una prima fase per monitorare il percorso di presa in carico del paziente relativamente alla proposta e al cambiamento degli stili di vita individuando una serie di campi che devono essere presenti nelle cartelle.

I sistemi informativi su cui si è lavorato sono stati la cartella infermieristica degli ambulatori cronicità della provincia di Ravenna e il programma Medico2000 usati rispettivamente nella CDC della Valle del Senio e nel NCP strutturato F2 di Faenza.

#### **Di seguito gli indicatori individuati**

- n° pazienti fumatori /totale dei pazienti in carico
- n° pazienti che non svolgono attività fisica/ sul totale dei pazienti in carico
- n° di pazienti con BMI superiore a 25/ sul totale dei pazienti in carico
- Stadio motivazionale in base allo stile di vita (es: fumatore in contemplazione)
- n° colloqui fissati nel periodo considerato

- n di pazienti con almeno un colloquio-percorso avviato/ totale dei pazienti in carico nel periodo
- n° percorsi avviati e tipologia di percorso
- n° obiettivi fissati
- n° obiettivi raggiunti precedentemente fissati
- quale tra gli strumenti è stato utilizzato dall'operatore per supportare il paziente al cambiamento: 1) Consegna materiale informativo e di supporto al cambiamento (esercizi, consigli nutrizionali); 2) Invio diretto a prestazioni di tipo aziendale/invio al MMG; 3) Invio alle opportunità della comunità (Mappa della Salute); 4) Invio opportunità della comunità DSP (Mappa delle Opportunità)

Per ottenere questi indicatori in entrambi i casi è stato necessario modificare i campi delle cartelle ed interloquire da una parte con Medico 2000 e dall'altra con il controllo di gestione dell'Azienda AUSL, entrambe interlocuzioni che hanno richiesto più tempo di quanto previsto.

Le modifiche richieste sono state apportate rispettivamente nel mese di novembre e Dicembre 2023. Alle modifiche è poi seguita una fase di informazione e formazione degli operatori per l'utilizzo della nuova sezione della cartella e la compilazione dei nuovi campi, da qui gli operatori hanno potuto disporre del sistema informativo adeguato soltanto per pochi mesi prima della conclusione del progetto.

La definizione di indicatori è però stata preziosa per comprendere quali informazioni sono necessarie e l'esperienza presso la AUSL della Romagna è servita anche al livello di coordinamento regionale nella definizione della piattaforma prevista dal progetto.

Al termine del semestre di rilevazione (primo semestre 2024) si può affermare che in totale i pazienti che hanno effettuato almeno un accesso all'ambulatorio della cronicità nel 2024 sono 2027 (763 per Faenza, 511 per Lugo e 753 per Ravenna). Di questi complessivamente 542 (27%) hanno avviato nel 2024 un percorso per contrastare il sovrappeso/obesità, 406 (20%) hanno avviato nel 2024 un percorso per contrastare la sedentarietà e 542 (27%) hanno avviato nel 2024 un percorso per contrastare il sovrappeso/obesità e il 55 (3%) hanno un percorso per la cessazione del fumo.

Considerando il territorio di Faenza 299 su 763 (39%) hanno avviato il percorso su sovrappeso/obesità, 168 su 763 (22%) hanno avviato il percorso su sedentarietà e 13 su 763 (2%) sul fumo. Come primo risultato del progetto è interessante notare come le percentuali di pazienti sul totale in carico che hanno avviato i percorsi siano maggiori per Faenza sia per sedentarietà che per sovrappeso e obesità. Importante tenere in considerazione che il progetto ha coinvolto in maniera strutturata il Distretto di Faenza ma il counseling motivazionale e la relativa presa in carico è offerto in tutte le case della comunità.

Ausl di Bologna ha perseguito la strada dello sviluppo di uno studio di ricerca, disegnato nel corso del progetto e approvato dal Comitato etico di area vasta nel maggio 2024 per essere avviato da ottobre 2024. Tale studio permetterà di acquisire nuovi elementi e dati da prendere in considerazione nel corso del monitoraggio: sia l'effetto del Colloquio Motivazionale breve sulla motivazione al cambiamento di comportamenti a rischio, sia sull'effettiva acquisizione di stili di vita salutari da parte di cittadini afferenti alle Case di Comunità (CdC).

Lo studio controllato randomizzato (Randomized Controlled Trial - RCT), multicentrico, di design prospettico, prevede l'arruolamento di 304 persone, di cui 152 nella CdC di Borgo Reno e 152 nella CdC Navile sempre a Bologna. Il gruppo sperimentale, che accede alla CdC Borgo Reno, riceve il trattamento (CMB) e risponde al questionario SF36 sulla salute percepita, mentre il secondo gruppo/braccio di ricerca che accede alla CdC Navile risponde alle sole domande del SF36.

Nell'arco di sei mesi sono previsti 2 follow up (a distanza di circa 3 mesi). Il confronto tra i due campioni consente la rilevazione dell'effetto del colloquio sulla singola variabile valutata. Le differenze tra i membri del gruppo controllato, afferenti a diversi servizi specialistici, saranno eventualmente considerate in un secondo momento. Per la raccolta delle variabili da studiare è stato predisposto un archivio dati su access.

*Lo studio prevede anche l'utilizzo di una Visual Scale sullo stato di salute*

(0 il peggiore stato di salute, 100 il migliore) così rappresentata:

Per aiutarla ad esprimere il suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100 ed il peggiore dallo 0.

Vorremmo che indicasse su questa scala quale è, secondo lei, il livello del suo stato di salute oggi, tracciando una linea dal riquadro sottostante fino al punto che corrisponde al suo stato attuale di salute.

**Il suo stato  
di salute  
oggi**



L'Azienda Usi Toscana Sud Est ha concentrato l'attenzione sulla promozione e monitoraggio della partecipazione ai Gruppi di Cammino, attività territoriale appositamente organizzata nell'ambito del progetto a sostegno del counseling sull'attività fisica.

Complessivamente, i Gruppi di Cammino hanno effettuato 31 camminate su tre stagioni (nove svolte su Castiglion Fiorentino nella primavera 2023, sedici sui Comuni di Cortona, Foiano della Chiana, Lucignano e Marciano della Chiana nell'autunno 2023 e sei, svolte su tutti e 5 i Comuni nella primavera 2024), con durata di circa 45 minuti ciascuna, alle quali hanno partecipato 80 persone insieme ai conduttori dei Gruppi. Questi erano rappresentati da Operatori sanitari dell'AzUsl, prevalentemente infermieri di Comunità, i quali hanno calendarizzato le camminate e comunicato ai partecipanti, tramite una social app, date, orari, punti di partenza e percorsi e hanno registrato le partecipazioni. Gli Operatori sanitari, sempre tramite la social app, hanno anche seguito le iniziative di cammino che i vari Gruppi hanno organizzato in modo autonomo senza conduttori. I dati raccolti dagli Infermieri sono stati puntualmente comunicati al Responsabile scientifico del Progetto CCM per la U.O. 3, contribuendo alla raccolta complessiva dei dati, insieme a quelli emersi dalle valutazioni motivazionali iniziali e da quelle effettuate dopo i periodi di camminate. Di seguito un tratto del file usato per la raccolta dei dati:

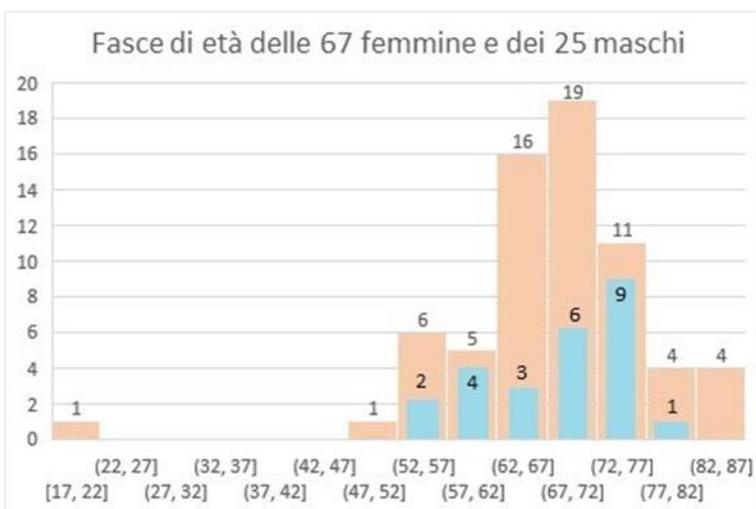
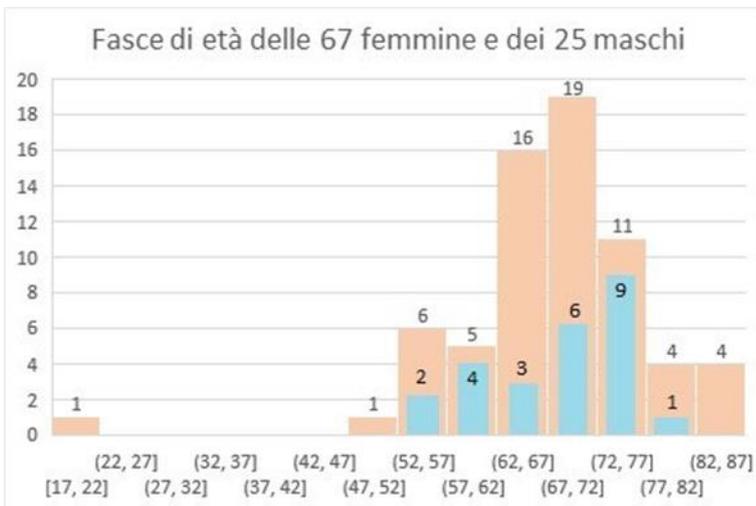
Riepilogo Colloqui e rivalut

Riepilogo Colloqui e rivalut																
valori dal primo colloquio (foglio "Regolo motivazionale")																
colloquio offerto: codice personale	soddisfazione	importanza di attività fisica regolare	fiducia a proseguire	quanto è pronto/a a svolgere attività fisica regolarmente	valutazione completata (1=si; vuoto=no; 0,5=partecipato senza valutazione)	interesse iniziale a GdC	operat .1	operat .2	partecipazioni primav23 (registro)	partecipazioni autun 23(registr o)	partecipazioni primav24 (registro)	partecipazioni totali a GdC dai registri senza CAMMINATE AUTONOME	cammina autonome (telefonate dicembre)	camminato in autunno23 ? (1 se L o S >0)	camminato in prim24 ? (1 se M >0)	camminato autonome in autunno23 ? (follow-up)
1 RTV40N-45060-6050	5	8	10	9	1	85	B.N.	D.E.	12.5%	100.0%	66.7%	46.7%		1		
2 BRV53N-45056-6058	7	10	10	10	1	10	F.A.	P.R.	100.0%	100.0%	0.0%	86.7%		1	1	
3 BIL155N-45056-6080	5	8	6	6	1	6	D.E.		88.9%	0.0%	0.0%	53.3%	1	1		70%
4 BNL56F-45056-6449	7	10	10	10	1	10	F.A.	P.R.	100.0%	0.0%	0.0%	60.0%	1	1		70%
5 BRF47F-45006-6086	1	8	10	6	1	8	B.N.		0.0%	0.0%	66.7%	22.2%			1	0%
6 BR551N-45056-6066	5	5	7	8	1	75	B.N.	D.E.	55.6%	0.0%	0.0%	31.3%	1	1		5%
7 DSR46F-45069-6080	6	10	10	10	1	10	D.E.		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1	1		90%
8 DNL56F-45056-6770	7	10	10	8	1	9	F.A.	P.R.	100.0%	0.0%	0.0%	56.3%		1	1	0%
9 FL057N-45056-6058	6	8	10	10	1	10	D.E.		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1	1		30%
10 PMS66F-45056-6076	7	10	10	10	1	10	F.A.	P.R.	88.9%	0.0%	0.0%	50.0%	1	1		30%
11 LCG67F-45069-6051	7	10	10	10	1	10	D.E.		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1	1		30%
12 LGS46N-45056-6679	7	10	10	10	1	10	F.A.	P.R.	100.0%	0.0%	0.0%	56.3%	1	1		30%
13 MRF67F-45056-7088	6	9	7	10	1	85	B.N.		88.9%	100.0%	83.3%	89.5%		1	1	
14 PMS66F-45056-6076	7	10	10	10	1	10	F.A.	P.R.	100.0%	0.0%	0.0%	56.3%	1	1		30%
15 MIB51F-45069-6354	4	6	6	6	1	6	D.E.		0.0%	25.0%	0.0%	7.7%		1		
16 MIB47F-45069-6355	6	10	10	10	1	10	D.E.		85.7%	25.0%	66.7%	64.3%		1	1	
17 MIB47F-45069-6355	7	10	10	10	1	10	D.F.		0.0%	0.0%	33.3%	7.7%	1	1	1	40%

Dei 92 intervistati, 80 hanno partecipato alle camminate effettuandone un totale di 266, e in particolare:

- 35 hanno partecipato a una camminata
- 45 a più di una, di cui:
  - 23 tra 2 a 3 camminate
  - 18 da 4 a 9 camminate
  - 4 hanno partecipato 12 o più volte

Viene qui mostrato l'istogramma per fasce di età (per millesimo) di cinque anni, dei 92 intervistati complessivi, suddivisi per sesso:



È stato rilevato tra l'altro, che il 69% delle 92 persone intervistate ha più di 65 anni; più in dettaglio, tale percentuale è di 60% tra le donne e 88% tra i maschi.

Gli indicatori sono stati ottenuti raccogliendo i dati dei colloqui, quelli dei registri di presenza alle camminate, e i riscontri ottenuti dal follow-up effettuato nel dicembre 2023, mediante fogli di calcolo condivisi in cloud.

- Per il primo indicatore si è valutato il rapporto tra il totale delle valutazioni completate (comprendente chi ha partecipato alle camminate senza aver effettuato un colloquio) e il totale dei colloqui offerti (compreso chi ha partecipato senza colloquio)
- Per il secondo indicatore si è valutato il rapporto tra il totale di chi ha mostrato interesse iniziale al GdC (Gruppo di Cammino) e il totale delle valutazioni completate (compreso chi ha partecipato senza colloquio)
- Per il terzo indicatore si è valutato il rapporto tra il totale delle partecipazioni al GdC e il totale degli interessati. In seconda istanza è stato riottenuto a valle delle rivalutazioni.

Di seguito, vengono mostrati i risultati:

	esordienti prim'23		esordienti autunno '23		totali al (con ultime telefonate follow-up)	esordienti prim'24
	01/07/2023	23/12/2023	10/12/2023	23/12/2023		
Gruppi di Cammino	01/07/2023	23/12/2023	10/12/2023	23/12/2023	23/12/2023	05/06/2024
Castiglion Fiorentino (prim'23)	22	22			71	
Castiglion Fiorentino (+3), Cortona, Foiano, Marciano da tutti i comuni prim'24			49	49		21
<b>Valutazioni / Prestazioni del servizio</b>	100,0%		100,0%			100,0%
<b>Obiettivi (motivati) / Colloqui (a buon fine)</b>	100,0%		100,0%			100,0%
<b>Obiettivi (parz)raggiunti / Ob. rivalutati</b>	59,1%	86,4%	89,8%	98,0%	94,4%	81,0%
	=13/22	=19/22	=44/49	=48/49	=68/71	=17/21

Per gli altri Stili di Vita (fumo, alimentazione e alcool) si sono pianificate e svolte delle attività nell'ultimo semestre per le quali è stata individuata la Casa della Comunità presso Castiglion Fiorentino per i colloqui di primo livello condotti dal Responsabile Scientifico Dr. Paradisi col supporto di una Infermiera e una Operatrice del Ser.D, utilizzando apposita modulistica come attiene al "Regolo Motivazionale" qui sotto riportato:



Per il calcolo del terzo indicatore, si è scelto di valutare la variazione del grado di soddisfazione, mediante follow-up di confronto rispetto al primo colloquio. Dato il limitato tempo a disposizione, si è provveduto a effettuare il follow-up mirato a determinare la variazione del grado di soddisfazione, circoscrivendolo ai casi più significativi, scelti incrociando due criteri: uno basato sul grado di insoddisfazione e sulla disponibilità al cambiamento indicati nel primo colloquio, e l'altro tenendo conto dell'opportunità di rivalutare il grado di soddisfazione anche per gli altri stili, ma tralasciando i casi già oggetto di monitoraggio da parte del Ser.D. Si sono quindi ottenuti i valori dei tre Indicatori per ciascuno dei quattro Stili di vita qui riepilogati:

Azienda USL Toscana sud est		SVILUPPO DI STRATEGIE DI PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA E DI INTERVENTI DI RECUPERO DEI RITARDI NEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI PER CONTRASTARE GLI EFFETTI DELL'EMERGENZA PANDEMICA COVID-19 SULLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI		Casi Salute	
	06-28/06/2024	28/06/2024			
	primi colloqui	follow-up di chi era insoddisfatto ma pronto al cambiamento anche su altri stili (e non è già monitorato)			
<b>fumo</b>					
Valutazioni / Prestazioni del servizio	100,0%		totale valutazioni completate / totale colloqui offerti		
Obiettivi (motivati) / Colloqui (a buon fine)	77,3%		totale interesse iniziale / totale valutazioni completate		motivati se "pronto" >3
Obiettivi (parz)raggiunti / Ob. rivalutati		50,0%	totale soddif/posizione rivalutate / totale interessi rivalutati		(parz)raggiunto se soddisfazione aumentata
	=34/44	=2/4			
<b>att. fisica</b>					
Valutazioni / Prestazioni del servizio	100,0%		totale valutazioni completate / totale colloqui offerti		
Obiettivi (motivati) / Colloqui (a buon fine)	96,4%		totale interesse iniziale / totale valutazioni completate		
Obiettivi (parz)raggiunti / Ob. rivalutati		66,7%	totale soddif/posizione rivalutate / totale interessi rivalutati		
	=27/28	=6/9			
<b>aliment.ne</b>					
Valutazioni / Prestazioni del servizio	100,0%		totale valutazioni completate / totale colloqui offerti		
Obiettivi (motivati) / Colloqui (a buon fine)	96,4%		totale interesse iniziale / totale valutazioni completate		
Obiettivi (parz)raggiunti / Ob. rivalutati		71,4%	totale soddif/posizione rivalutate / totale interessi rivalutati		
	=27/28	=5/7			
<b>alcolici</b>					
Valutazioni / Prestazioni del servizio	100,0%		totale valutazioni completate / totale colloqui offerti		
Obiettivi (motivati) / Colloqui (a buon fine)	92,9%		totale interesse iniziale / totale valutazioni completate		
Obiettivi (parz)raggiunti / Ob. rivalutati		33,3%	totale soddif/posizione rivalutate / totale interessi rivalutati		
	=26/28	=1/3			

## **Punti di forza e criticità incontrati nella raccolta/analisi dei dati**

### **Cose da mantenere**

L'anonimato dei partecipanti è stato assicurato pur consentendo agli operatori di identificarli, grazie al codice univoco di 15 caratteri che contiene: iniziali di cognome e nome, anno di nascita, sesso e data e ora del colloquio motivazionale.

È stata consolidata la procedura per il monitoraggio degli utenti che si presentano alla Casa della Comunità, utilizzando gli indicatori di promozione della salute.

### **Cose da rivedere**

La Piattaforma dovrebbe consentire l'eliminazione dei registri cartacei e garantire la sostenibilità nel tempo del monitoraggio: non è stato possibile nell'ultimo semestre effettuare un sondaggio di follow-up telefonico sugli utenti delle camminate, simile a quello che era stato svolto del dicembre 2023, al fine di verificare le camminate svolte in autonomia, anche perché la Piattaforma messa a punto dal Capofila prevede in futuro la possibilità che il singolo cittadino possa registrare in autonomia attività svolte anche al di fuori di quelle proposte, per cui sarà necessario effettuare dei follow-up solo su casi specifici.

## APPLICATIVO STILE

L'applicativo "Stile" è stato sviluppato nel corso del progetto per consentire la raccolta di indicatori di monitoraggio e accountability. Ha lo scopo di monitorare i percorsi di avviso motivazionale sugli stili di vita e guidare l'operatore nelle fasi del colloquio e consentire di recuperare le informazioni raccolte nei colloqui precedenti.

È strutturato in due sezioni

1. **Console web principale**
2. **Modulo web paziente**

### *Console principale*

---

La console principale è ad uso del personale autorizzato alla supervisione percorsi e degli operatori che praticano l'avviso breve nei diversi contesti.

Nella console saranno presenti specifiche funzionalità per definire:

Anagrafica delle Sedi

Anagrafica degli Utenti abilitati alle sedi (e gestione Supervisor)

Anagrafica delle Opportunità

Anagrafica Setting

Estrazioni (solo per utenti con abilitazione specifica)

### **Anagrafica sedi**

Consente la gestione delle varie Sedi dalla quale sarà utilizzata la console, (ad es. Casa della salute di Bettola, Casa della Salute di San Lazzaro, ecc.)

### **Anagrafica Utenti abilitati alle sedi (e gestione Supervisor)**

Consente ai supervisor l'abilitazione utenti alle diverse sedi in cui dovranno operare. Gli utenti identificati come "Supervisore" avranno la possibilità di accedere alle quattro funzionalità per alimentare e gestire le anagrafiche (Sedi, Utenti, Setting e Opportunità) più la sezione "Indicatori".

### **Anagrafica Setting**

Consente la gestione delle varie voci di setting che verranno utilizzate nella console, (ad es. PDTA Diabete, Ambulatorio Prestazionale...)

### **Anagrafica delle opportunità**

Consente la gestione delle varie voci relative alle opportunità (es. gruppi di cammino) che verranno utilizzate nella console. Per ogni opportunità è possibile indicare a quale o quali stili di vita fa riferimento, la tipologia (es. gruppo di cammino), il comune in cui si svolge e il nome.

### **Sezione pazienti**

In questa sezione è possibile:

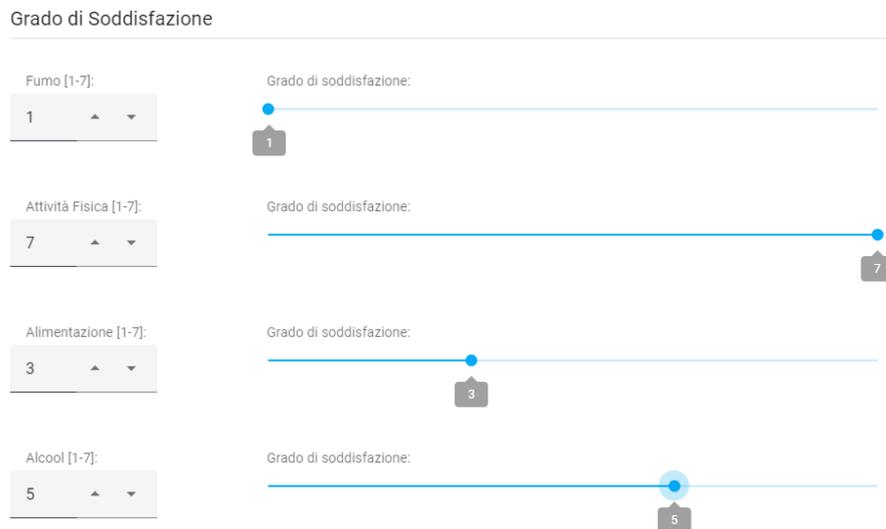
- compilare questionario paziente (accesso esterno al percorso)
- inserire pazienti nel percorso
- registrare/interrogare visite del paziente all'interno del percorso
- visualizzare i percorsi e le visite interne ed esterne ai percorsi svolte in occasione degli accessi precedenti
- inserire informazioni utili al monitoraggio di equità (titolo di studio, condizione lavorativa e sociale)

I dati dei pazienti (inclusa la cittadinanza) sono recuperati dall'anagrafica aziendale

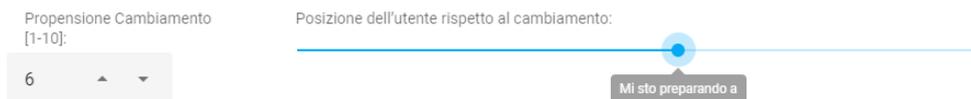
## Questionario paziente

Compilabile solo quando non è attivo un percorso per il paziente. Il questionario contiene

- Scala grafica della soddisfazione



- Regolo motivazionale



- Due campi note per bilancia motivazionale
- Annotazioni
- Possibilità di compilare questionario su stili di vita (con calcolo automatico punteggio aderenza a stili di vita corretti con algoritmo dedicato)

### ***Percorso di cambiamento di uno stile di vita***

Si può avere al massimo un solo percorso attivo sul paziente e per poterlo aprire è necessario aver compilato il questionario iniziale nella stessa data. Lo scopo del percorso è guidare un paziente nel fissarsi un obiettivo di cambiamento e monitorare nel tempo se l'obiettivo sia stato conseguito.

Campi principali:

- Indirizzo mail utente
- generazione automatica del link del *modulo paziente* che sarà utilizzato dall'utente all'indirizzo mail indicato
- Obiettivo di cambiamento
- Pulsante per la chiusura del percorso
- Attività di secondo livello eventualmente consigliata (selezionata tra quelle inserite nell'anagrafica delle opportunità)
- Elenco attività di secondo livello consigliate
- Possibilità di inserire il recapito telefonico per gli utenti che desiderino essere ricontattati (per esempio per partecipare a un gruppo infoeducativo)
- note

L'operatore potrà quindi interrogare i percorsi del paziente, le sue visite all'interno del percorso, gli accessi al modulo web e i questionari registrati.

### ***Accessi successivi nell'ambito di un percorso aperto***

Campi principali:

- raggiungimento dell'obiettivo di cambiamento (Sì, no, parzialmente o in modo diverso da quanto concordato, raggiunto solo temporaneamente)
- eventuale nuovo obiettivo
- campo note

Dalla pagina relativa agli accessi successivi è possibile compilare il modulo web da parte dell'operatore

Questo modulo è ad uso del paziente per aggiornare periodicamente i suoi obiettivi. Il paziente accede al modulo attraverso il link ricevuto via mail all'apertura del percorso.

Sono caricate le attività consigliate nell'ultima visita con la possibilità di indicare, per ciascuna attività, una o più date (per monitorare quanto ciascun utente ha frequentato quella specifica attività)

È possibile indicare se è stato raggiunto l'obiettivo concordato al momento dell'ultimo accesso al percorso di cambiamento: verrà inviata una mail dopo 30 gg dall'apertura del percorso per chiedere di compilare la sezione dedicata al raggiungimento dell'obiettivo, se non già compilata.

L'operatore può accedere al modulo paziente dalla pagina accessi successivi e inserire i dati in tale occasione.

Dalla sezione indicatori è possibile, per gli utenti con abilitazione specifica, scaricare quattro tipologie di fogli dati (excel), differenziati a seconda del tipo di record (“riga”) restituito: sede o setting, utenti, percorsi, opportunità, visite, utenti da contattare.

La tabella seguente riassume i filtri applicabili e le variabili (“colonne”) restituite per ciascuna estrazione.

RECORD	FILTRI	VARIABILI ESTRAZIONE
Sede e/o setting	Intervallo date: Accessi interni o esterni nell'intervallo di tempo	<p>Sede</p> <p>Tipo sede</p> <p>N. operatori</p> <p>N. utenti</p> <p>N. utenti con almeno un percorso</p> <p>N. accessi</p> <p>N. percorsi in cui è stata consigliata un'opportunità</p>
utente	<p>Intervallo date: Utenti con almeno un accesso interno o esterno nell'intervallo di tempo</p> <p>Sede</p> <p>Setting</p>	<p>CF</p> <p>Titolo di studio (ultimo)</p> <p>Sesso</p> <p>Età (a inizio periodo)</p> <p>Cittadinanza (italiana/altro)</p> <p>Occupazione (ultimo)</p> <p>N. accessi interni</p> <p>N. accessi esterni</p> <p>N. sedi</p> <p>N. setting</p> <p>N. operatori</p> <p>Primo punteggio scala del cambiamento con data e stile di vita scelto</p> <p>Ultimo punteggio scala del cambiamento con data e stile di vita scelto</p> <p>Mesi intercorsi tra primo e ultimo punteggio scala del cambiamento</p> <p>Mesi intercorsi tra primo e ultimo punteggio stile di vita</p> <p>Primo punteggio stile di vita con data</p> <p>Ultimo punteggio stile di vita con data</p> <p>N. percorsi aperti nell'intervallo di tempo</p> <p>N. percorsi aperti nell'intervallo di tempo con obiettivo raggiunto o parzialmente raggiunto almeno una volta</p> <p>N. percorsi aperti nell'intervallo di tempo e poi chiusi</p> <p>N. percorsi aperti nell'intervallo di tempo e poi chiusi con obiettivo raggiunto o parzialmente raggiunto nell'ultimo accesso del percorso</p> <p>N. percorsi aperti nell'intervallo di tempo e poi chiusi con mantenimento</p> <p>N. opportunità di secondo livello consigliate</p> <p>N. opportunità di secondo livello utilizzate tra quelle consigliate</p> <p>N. opportunità di secondo livello utilizzate anche se non consigliate</p>

RECORD	FILTRI	VARIABILI ESTRAZIONE
		<p><i>N. servizi aziendali consigliati</i></p> <p><i>Tutti gli item primo questionario stili di vita</i></p> <p><i>Tutti gli item ultimo questionario stili di vita</i></p>
Percorso	<p><i>Intervallo date: percorsi attivi almeno un giorno nell'intervallo di tempo</i></p> <p><i>Sede</i></p> <p><i>Setting</i></p>	<p><i>N. progressivo percorso</i></p> <p><i>Chiave univoca percorso</i></p> <p><i>Chiave univoca accesso esterno in occasione del quale è stato aperto il percorso</i></p> <p><i>CF</i></p> <p><i>Titolo di studio (ultimo)</i></p> <p><i>Sesso</i></p> <p><i>Età (a inizio periodo)</i></p> <p><i>Cittadinanza (italiana/altro)</i></p> <p><i>Occupazione (ultimo)</i></p> <p><i>N. accessi interni</i></p> <p><i>Percorso chiuso (sì con contatto con l'utente/sì senza contatto con l'utente/no)</i></p> <p><i>Data inizio e chiusura percorso e mesi intercorsi</i></p> <p><i>Data ultimo accesso nel percorso</i></p> <p><i>Almeno un accesso nell'intervallo di tempo (SI/NO)</i></p> <p><i>Primo punteggio scala del cambiamento con data e stile di vita scelto</i></p> <p><i>Mesi intercorsi tra primo e ultimo punteggio stile di vita</i></p> <p><i>Primo punteggio stile di vita con data</i></p> <p><i>Ultimo punteggio stile di vita con data</i></p> <p><i>Raggiungimento obiettivo (dettaglio) ultimo accesso</i></p> <p><i>Obiettivo raggiunto o parzialmente raggiunto in almeno un accesso (SI/NO)</i></p> <p><i>Raggiunto mantenimento obiettivo sì/no</i></p> <p><i>Consigliata almeno un'opportunità di secondo livello sì/no</i></p> <p><i>Elenco delle opportunità di secondo livello consigliate con separatore (/)</i></p> <p><i>Elenco delle opportunità di secondo livello utilizzate con separatore (/)</i></p> <p><i>Consigliato un servizio aziendale sì/no</i></p> <p><i>Tutti gli item primo questionario stili di vita</i></p> <p><i>Tutti gli item ultimo questionario stili di vita</i></p>
Opportunità	<p><i>Intervallo date di utilizzo dell'opportunità</i></p> <p><i>Sede</i></p> <p><i>Setting</i></p>	<p><i>Nome opportunità</i></p> <p><i>Tipo</i></p> <p><i>Comune</i></p> <p><i>Stile di vita</i></p> <p><i>N. utenti che l'hanno frequentata</i></p> <p><i>N. accessi presso l'opportunità</i></p> <p><i>N. accessi registrati dall'utente</i></p> <p><i>N. accessi registrati dall'operatore</i></p>
Visite (accesso estero al percorso)	<p><i>Intervallo date: Utenti con almeno un accesso esterno nell'intervallo di tempo</i></p> <p><i>Sede</i></p> <p><i>Setting</i></p>	<p><i>N. progressivo accesso</i></p> <p><i>Chiave univoca accesso</i></p> <p><i>Data accesso</i></p> <p><i>CF</i></p> <p><i>Titolo di studio</i></p> <p><i>Sesso</i></p> <p><i>Età</i></p>

RECORD	FILTRI	VARIABILI ESTRAZIONE
		<p>Cittadinanza (italiana/altro)</p> <p>Sede</p> <p>Setting</p> <p>Punteggio scala del cambiamento e stile di vita scelto</p> <p>Stadio del cambiamento (1-2 precontemplazione; 3-5 contemplazione; 6-8 determinazione; 9-10 azione o mantenimento)</p> <p>Apertura percorso sì/no</p> <p>Chiave univoca percorso aperto in occasione di questo accesso (nella stessa data)</p> <p>Punteggio stile di vita</p> <p>Tutti gli item questionario stili di vita</p>
<p>Utenti che hanno la spunta "da contattare" selezionata</p>	<p>Da una data definita</p> <p>Contattato</p> <p>Sede</p> <p>Setting</p>	<p>Dati anagrafici e codice fiscale</p> <p>Nazionalità</p> <p>Chiave univoca accesso in cui ha chiesto di essere contattato</p> <p>Sede accesso</p> <p>Setting accesso</p> <p>Operatore accesso</p> <p>e-mail</p> <p>numero di telefono</p> <p>comune di domicilio</p> <p>stile di vita scelto</p> <p>Tipo di opportunità di secondo livello scelta</p> <p>data in cui ha chiesto di essere contattato</p> <p>contattato (data contatto)</p> <p>note obiettivo</p> <p>note contatto</p> <p>indirizzo di domicilio (se possibile)</p> <p>CAP domicilio</p>

## CONCLUSIONI

### *Implementazione*

---

Nel complesso, gli esiti del progetto mostrano che il percorso formativo proposto sia accettabilmente efficace nel promuovere:

- l'attivazione dell'avviso breve sui sani stili di vita nel contesto delle case della comunità.
- l'attivazione e la messa a sistema di opportunità di salute sviluppate a livello territoriale

In particolare, gli elementi che hanno caratterizzato la formazione sono stati:

- associare la modalità "FAD", che mette a disposizione presupposti teorici, esempi operativi strutturati (video), strumenti e informazioni sugli stili di vita con una formazione "situata", effettuata con modalità che la rendono adattabile al contesto, esperienziale e che persegue il meta-obiettivo di facilitare la costruzione del gruppo e del lavoro in rete
- associare la formazione al monitoraggio della trasferibilità (questionario rivolto agli operatori a tre mesi di distanza dalla formazione), alla raccolta di dati per monitorare l'effettiva implementazione di quanto atteso di processo e appropriatezza monitoraggio delle attività, unita alla necessità di rendicontare le attività svolte (in questo caso perché previsto dal progetto CCM)

oltre agli elementi sopra descritti, la cui erogazione era stata pianificata in fase di redazione del progetto, si sono identificati ulteriori elementi che hanno determinato il successo nell'implementazione delle attività:

- la costituzione dispositivi organizzativi che, a livello aziendale, pianificano e monitorano l'implementazione e l'estensione delle attività. Questi possono aver assunto la forma di "cabina di regia" vera e propria, di valenza distrettuale e interdipartimentale, ovvero di forma di "adattamento reciproco" attraverso contatti

informali tra responsabile di progetto e responsabili dell'erogazione di specifici servizi

- la costruzione di strumenti operativi, ideati anche a livello locale, per supportare le attività di avviso breve
- il collegamento a pianificazioni (per esempio Programma Libero 20 del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna) può supportare ulteriormente l'implementazione delle attività, in quanto definiscono un'ulteriore cornice di rendicontazione e un percorso di più lungo respiro
- l'intervento può essere implementato "per sede", coinvolgendo una vasa della comunità nel suo complesso (in tal caso è indispensabile creare occasioni in cui i professionisti che vi operano possano conoscere il complesso delle attività svolte e delle opportunità del territorio) ma è possibile realizzare anche un'implementazione trasversale a più sedi, coinvolgendo professionisti omogenei per tipologia di attività che operano su più sedi (es. infermieri degli ambulatori della cronicità di tutte le case della comunità di un distretto o azienda)
- integrare la formazione proposta con istruzioni operative maggiormente definite, accompagnate dagli strumenti da adottare nelle varie situazioni, risulta facilitante per iniziare ad applicare l'avviso breve nella pratica professionale. Tale approccio, inoltre, si è rivelato indispensabile per raggiungere il livello di standardizzazione minimo per l'identificazione e raccolta di indicatori.
- Il carattere situato della formazione, che si è confermato un ingrediente importante per facilitare l'applicazione dell'approccio, può essere reso sostenibile attraverso la creazione di gruppi di formatori a livello locale, in grado di effettuare un'analisi dei bisogni formativi dei partecipanti specifica per contesto e realizzare formazioni mirate (e, in prospettiva, incontri di follow-up)
- Occorre bilanciare adeguatamente il percorso formativo, riconoscendo che per mettere gli operatori in grado di svolgere i colloqui sono necessarie parecchie ore di formazione che devono abbracciare diversi aspetti non solo modalità relazionali, ma anche strumenti operativi e informazioni corretti sul tema che deve essere oggetto del cambiamento, in questo caso gli stili di vita
- L'identificazione e la promozione delle opportunità di secondo livello nel territorio, contestuale all'avvio dei colloqui, così come la diponibilità di materiale informativo,

sembra essere non solo un elemento che facilita il cambiamento degli stili di vita da parte dei cittadini che afferiscono ai servizi, ma anche un elemento importante per motivare gli operatori a mettere in pratica i colloqui.

- Una strategia interessante sviluppata nell'ambito del progetto è quella dei questionari sullo stile di vita da somministrare ai cittadini in attesa di incontrare l'operatore sanitario. Questi questionari, infatti, costituiscono l'aggancio per iniziare il colloquio sullo stile di vita con l'operatore.
- La promozione delle attività territoriali ha avuto successo quando le case della comunità hanno avviato azioni per la costruzione di reti locali interne ed esterne
- Affinché la promozione delle attività territoriale abbia successo è fondamentale curare la comunicazione interna alle case della comunità e facilitare il gruppo di professionisti, al fine di far circolare la conoscenza sia dei progetti e delle attività che si svolgono all'interno struttura che le risorse presenti nel territorio di riferimento.
- si conferma che l'avviso motivazionale breve può utilmente inserirsi nei "contesti opportunistici", cioè non con uno spazio e un tempo dedicati ma all'interno di occasioni cui le persone si rivolgono per diversi motivi (ad esempio ambulatori specialistici e/o della cronicità, ma anche incontri con associazioni)
- 

Il progetto ha anche confermato come il coinvolgimento dei medici di medicina generale si è rivelato difficoltoso attraverso la modalità proposta, e richiede l'adozione di strategie specifiche.

In estrema sintesi, l'implementazione dell'avviso motivazionale su larga scala appare possibile promuovendo la costituzione, a livello aziendale (o distrettuale o "di ambito" per le aziende particolarmente estese) di un gruppo aziendale che comprenda "formatori" e "pianificatori", che curino l'organizzazione di formazioni adattate al contesto territoriale e professionale cui si rivolgono e organizzino e monitorino le attività nel tempo, costruiscano e rendano disponibili strumenti operativi, anche sotto forma di linee guida e "procedure" purché queste consentano il necessario e ampio margine di flessibilità ed autonomia.

Le attività dovrebbero promuovere contemporaneamente l'implementazione dell'avviso breve e la costruzione di reti "esterne" finalizzate alla creazione di opportunità di salute in ambito sanitario, e reti "interne" tra professionisti per favorire la conoscenza delle opportunità esistenti.

Tre unità operative su quattro hanno avviato attività di raccolta dei dati. Ausl di Piacenza e Ausl Romagna e azienda USI Toscana Sud est hanno focalizzato l'attenzione sulla raccolta di dati utili al calcolo di indicatori di processo, di appropriatezza e di esito collegati all'avviso motivazionale breve nelle case della comunità. L'Azienda ULS Toscana Sud Est ha esteso la rilevazione anche al monitoraggio della frequenza alle camminate della salute con valutazione nel tempo degli indicatori di risultato. Ausl di Bologna ha sviluppato un progetto di ricerca per verificare l'efficacia dell'intervento non solo in relazione al cambiamento di stili di vita, ma anche in termini di esiti di salute globale.

Nel complesso, le dimensioni individuate per la valutazione sono state giudicate appropriate in quanto hanno consentito la raccolta dei dati e il calcolo degli indicatori che erano stati individuati. L'esperienza conferma la necessità di integrare i sistemi di raccolta con i sistemi informatici utilizzati nei setting in cui si svolge il colloquio, confermando la scelta di sviluppare un portale web predisposto per essere messo in grado di interfacciarsi con numerosi applicativi attraverso il sistema della "chiamata in contesto", che consente cioè di accedere al portale senza la necessità di reinserire i dati dell'utente e dell'operatore.

Lo sviluppo di un sistema di accountability dell'attività di promozione dei sani stili di vita nelle case della salute richiede quindi che sia messo a disposizione un portale software dedicato. L'applicativo "STILE" progettato e sviluppato nel corso di questo progetto, rappresenta il principale risultato progettuale in termini di accountability, in quanto può rispondere all'esigenza di monitorare e sostenere l'implementazione dell'approccio motivazionale nelle case della comunità.