- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.81 Tue, 10 Nov 2026, 01:38:34

L'approccio al paziente diabetico: compliance e strategia del cambiamento

Lorenza Pilotto, Maurizio G. Abrignani*

*Centro Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare, ASS 4 Medio Friuli, Udine, *U.O. di Cardiologia, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate, Trapani*

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 4): 51S-53S)

© 2004 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Maurizio G. Abrignani

Via F. Crispi, 6
91025 Marsala (TP)
E-mail:
maur.abri@infinito.it

Il termine "compliance" suggerisce un modello filosofico e operativo del rapporto medico-paziente centrato sul medico, decisore e impositore, con un paziente che sembra avere un ruolo esclusivamente passivo; il termine "aderenza" implica invece un modello alternativo nel quale il paziente è centrale nelle decisioni, è parte attiva e con un ruolo determinante nel definire, accettare e seguire le indicazioni terapeutiche del medico[1]. Questo nuovo modello sembra essere più produttivo, soprattutto nell'accettazione e nel mantenimento a lungo termine della terapia, sia essa non farmacologica che farmacologica.

I soggetti diabetici, sia nelle fasi precoci e asintomatiche della malattia, sia negli stadi successivi, devono affrontare il problema di modificazioni del loro stile di vita (dieta, attività fisica, controlli regolari, assunzione di farmaci), che andranno poi mantenute nel tempo con costanza; per le caratteristiche stesse della malattia devono inoltre considerare la possibilità dell'insorgenza di complicazioni debilitanti e convivere con questa possibilità. Per il soggetto diabetico, forse ancor più che per le altre patologie cronico-degenerative, è importante capire che il prendersi cura al meglio di sé stesso in prima persona, può veramente fare la differenza nel decorso della malattia. D'altra parte non si può ignorare che il paziente può trovare la prospettiva di una malattia perpetua e di un trattamento continuativo estremamente scoraggiante.

Per questi motivi è opportuno un approccio specifico al paziente diabetico, approccio che comprenda una valutazione anche delle sue condizioni sociali e psicologiche, per capire come impostare, rendere accettate e mantenute nel tempo le prescrizioni e le relazioni terapeutiche necessarie[2]. La complessità della malattia richiede, soprattutto nel caso del diabete in trattamento insulinico, un team di lavoro che comprenda il medico (medico di famiglia, diabetologo e/o cardiologo), un esperto di alimentazione e un educatore sanitario insieme al paziente e alla sua famiglia. È necessario incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alla gestione della propria salute, ad esprimere i suoi desideri e il suo vissuto in merito alla malattia stessa, negoziando un piano che identifichi le discrepanze tra ciò che il paziente è disposto a fare e ciò che il medico vorrebbe che facesse, incrementando con questa negoziazione le possibilità di successo. Il rapporto funziona particolarmente bene quando i desiderata del paziente possono essere discussi apertamente, senza pregiudizi o giudizi sottintesi da parte del medico, rivalutati periodicamente e adattati alle nuove esigenze o modificazioni non solo della malattia, ma anche della disponibilità del paziente.

Il Diabetes Control and Complications Trial Research Group[3] ha dimostrato che un trattamento intensivo può ritardare l'inizio e la progressione delle complicazioni microvascolari e numerose sono le evidenze che il controllo dei fattori di rischio associati e il raggiungimento dei target terapeutici, soprattutto per i valori pressori e il profilo lipidico, possono portare consistenti benefici in termini di riduzione degli eventi cardiovascolari in questi soggetti particolarmente a rischio[4]. Un trattamento che raggiunga i target previsti dalle linee guida è però difficile da ottenere e spesso richiede l'uso di molti farmaci; nello stesso Diabetes Control and Complications Trial Research Group, con una popolazione altamente selezionata e motivata, solo il 5% dei

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.81 Tue, 10 Nov 2026, 01:38:34

soggetti ha raggiunto e mantenuto una concentrazione di emoglobina glicosilata nel range terapeutico ottimale; è quindi importante instaurare un buon rapporto con il paziente per favorire l'accettazione di terapie multiple e continuative.

Bisogna incoraggiare il paziente a parlare di sé e del suo vissuto, delle sue emozioni, aspettative e difficoltà nei confronti della malattia con domande aperte; far capire al paziente che le sue paure sono normali e condivise anche da altri pazienti; brevi sunti di quello che il paziente ha detto possono rassicurarlo che è stato compreso e ben interpretato: il saper ascoltare, capire le emozioni e il sentire del paziente sono infatti i punti chiave per stabilire e mantenere nel tempo un buon rapporto tra operatore sanitario e paziente.

Ogni revisione del piano di trattamento richiede una nuova contrattazione tra medico e paziente, facendo attenzione ad evitare di rendere frustrato il paziente per lo scarso successo ottenuto: è più facile infatti aggiustare un regime terapeutico che tentare di cambiare comportamenti consolidati. Per esempio aumentare la flessibilità nella scelta dei cibi in un soggetto diabetico che deve mantenere un equilibrato regime dietetico, può aumentare l'accettazione del paziente al regime alimentare stesso e anche aumentare indirettamente l'aderenza in altri versanti della terapia. Non vanno inoltre ignorati lo stress e il disagio che il paziente vive per il fatto stesso di essere diabetico, sia nella vita lavorativa, che personale, sociale e in famiglia.

Nel caso specifico dei diabetici alcuni problemi possono venire anche dall'autogestione del controllo glicemico: talora lo scarso controllo rilevato a domicilio provoca frustrazione nel paziente e lo spinge, per il basso senso di autoefficacia, a non chiedere aiuto e a non presentarsi ai controlli programmati; una buona disponibilità del personale sanitario, preparato a trovare le soluzioni idonee senza giudicare i comportamenti, può essere essenziale per ripristinare un buon rapporto continuativo di collaborazione. Anche i gruppi di supporto possono essere utili perché, migliorando il controllo emozionale, facilitano l'aderenza sia agli stili di vita che all'assunzione dei farmaci.

Gli studi di intervento psicologico, condotti soprattutto in bambini e adolescenti con diabete insulinodipendente, hanno suggerito che gli interventi educazionali, basati sulle teorie comportamentali, e i programmi che utilizzino gruppi di aiuto, possono essere molto efficaci nel migliorare l'aderenza alla terapia e il controllo glicemico[5].

Le teorie comportamentali permettono infatti di riconoscere gli "stadi specifici del cambiamento" del paziente e permettono di orientare gli educatori sanitari nella scelta delle idonee strategie[6]. Il modello attualmente più applicato è il colloquio motivazionale proposto da Prochaska e DiClemente[7]; esso si basa sull'affermazione che il cambiamento comportamentale progredisce in modo progressivo e ciclico attraverso specifici stadi.

Nello stadio di precontemplazione la persona non contempla l'idea di un cambiamento e spesso non considera nemmeno l'ipotesi di avere un problema. Nello stadio di contemplazione vi è un'ambivalenza, poiché il soggetto considera l'opportunità di un cambiamento, ma nello stesso tempo lo rifiuta. Nello stadio di determinazione il paziente ricerca invece attivamente una soluzione ad un problema che percepisce come tale, muovendosi o verso lo stadio precedente di contemplazione o evolvendo verso il successivo stadio di cambiamento. Nello stadio di azione il soggetto si impegna in azioni concrete volte al conseguimento di un determinato obiettivo; nello stadio di mantenimento vi è il consolidamento del cambiamento raggiunto e delle attività di prevenzione delle ricadute. Tutto questo percorso non è lineare, ma ciclico, in quanto in qualsiasi momento può verificarsi una ricaduta che riporta il soggetto ad uno degli stadi precedenti. È importante sottolineare che lo stesso soggetto può essere nello stesso momento in stadi diversi per comportamenti diversi (un paziente può essere per esempio nello stadio di precontemplazione per la dieta e non sentirne assolutamente il problema, essere in stadio di azione per l'assunzione dei farmaci, essere in contemplazione dell'idea di fare attività fisica regolare, ecc.).

Questo modello degli stadi di cambiamento si basa, per la progressione da uno stadio all'altro, soprattutto sull'autoefficacia, cioè sulla coscienza della propria capacità di riuscire a cambiare un comportamento; le convinzioni personali sulla salute influenzano infatti sicuramente il desiderio di cambiamento, ma il passaggio dal semplice desiderio all'azione vera e propria, dipende dall'autoefficacia, cioè dalla percezione delle proprie capacità di raggiungere l'obiettivo, e dal livello di frattura interiore, cioè dal disagio, dal disturbo che il soggetto sente nel continuare a mantenere un dato comportamento che viene percepito come non corretto.

L'operatore sanitario, basandosi sul colloquio motivazionale e utilizzandone le tecniche, può aiutare il paziente nel processo di cambiamento proposto, cambiamento che non sarà così imposto, ma accettato e condiviso.

Nei pazienti diabetici una valutazione globale e la correzione non solo del profilo glucidico, ma anche degli altri fattori di rischio cardiovascolare, ha dimostrato notevoli vantaggi nella riduzione degli eventi cardiovascolari successivi; l'applicazione estensiva di questa strategia nella pratica clinica quotidiana è però tutt'altro che facile e destinata a modesti e temporanei risultati senza un approccio specifico, centrato sull'adesione attiva del paziente alle prescrizioni terapeutiche, sia non farmacologiche che farmacologiche.

Bibliografia

1. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. Diabetes Care 1999; 22: 635-9.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.81 Tue, 10 Nov 2026, 01:38:34

2. Jacobson AM. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1996; 334: 1249-53.
3. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329: 977-86.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 2003; 26 (Suppl 1): S33-S50.
5. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychological interventions on management of diabetes mellitus. J Clin Epidemiol 1988; 41: 1007-30.
6. Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. J Hum Nutr Diet 2003; 16: 159-66.
7. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992; 28: 183-218.