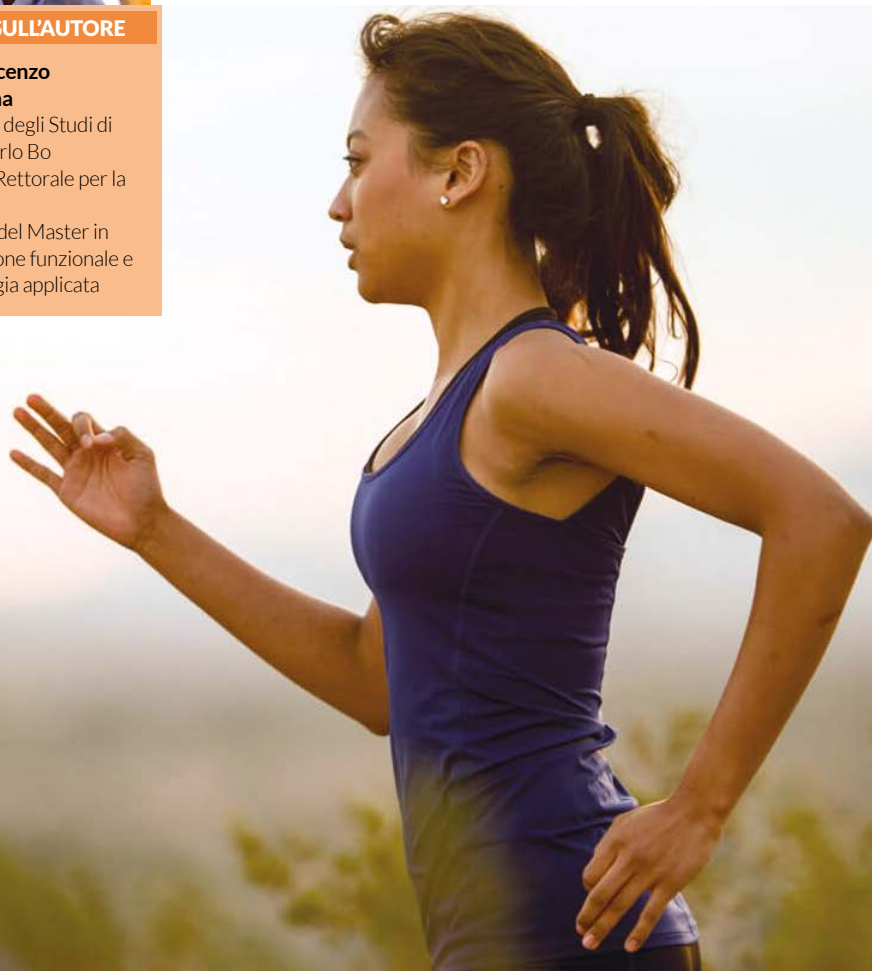




#### NOTE SULL'AUTORE

**Dott. Vincenzo  
Biancalana**

Università degli Studi di  
Urbino Carlo Bo  
Delegato Rettorale per la  
Disabilità  
Direttore del Master in  
Rieducazione funzionale e  
posturologia applicata



## MALATTIE CRONICHE E MOTIVAZIONE ALL'ESERCIZIO FISICO

di Vincenzo Biancalana

Esistono numerosi modelli e teorie (tab.1) rivolti alla ricerca di un'efficace azione motivazionale all'*esercizio fisico* in presenza di particolari condizioni patologiche; in realtà, molti di questi studi nascono e muovono nella direzione di un altro aspetto attinente la gestione della malattia che è la *non aderenza o compliance* del paziente al trattamento terapeutico.

Queste condizioni, infatti, di solito ottimizzate in situazioni di malattie transitorie, appaiono poco soddisfatte in presenza di affezioni croniche dove, cioè, la malattia è "per sempre" e inguaribile.

### TABELLA 1

- **Modello di percezione della salute** (health belief model)
- **Teoria di motivazione per la prevenzione** (protection motivation theory)
- **Teoria dell'auto-efficacia** (self efficacy theory - Bandura)
- **Teoria dell'azione motivata** (theory of reasoned action)
- **Modello socio-cognitivo** (social cognitive model).



Per tale ragione i due aspetti, attività fisica e *compliance*, tra loro strettamente correlati e spesso fondamentali nell'evoluzione della malattia e dello stato di salute del paziente, sono da tempo oggetto di studio accurato.

A tale riguardo è indicativo il fatto che la prescrizione di attività fisica, fortemente raccomandata ai diabetici Tipo 2 è, mediamente, rispettata da appena il 30% degli stessi! Da ciò si evince chiaramente la ragione della stretta correlazione tra la *motivazione all'esercizio fisico* e la *non aderenza* al protocollo terapeutico oggetto delle teorie di cui sopra.

Recentemente, sempre a riguardo della gestione della malattia, sono stati "coniati" altri termini specifici con altrettante giustificazioni teoriche come *l'adherence*, intesa come collaborazione tra medico e paziente; il *coping* che stimola un approccio di "aggressione" nei confronti della malattia che induca un comportamento di attacco, piuttosto che di fuga, nei confronti della stessa; il modello integrato *bio-psico-sociale*, in cui l'attenzione è spostata dalla malattia al paziente con tutti i suoi problemi e il suo vissuto, ma anche le *self-efficacy*, *self-management*, *self-care* e così di seguito.

Il continuo tentativo di ricerca di altri approcci

motivazionali si giustifica, in altre parole, nella consapevolezza che pur essendo ormai conclamati i benefici dell'adesione all'esercizio fisico, questo non è per nulla o in maniera molto ridotta, adottato come modello di stile di vita.

Tra i tanti approcci descritti sopra, quello che oggi sembra essere il più efficace è il cosiddetto modello *transteorico* [1], costruito su tre dimensioni fondamentali che sono: gli *stadi* del cambiamento, i *processi* che sono messi in atto e i *livelli* coinvolti dal problema. Negli *stadi* del cambiamento sono riflessi gli aspetti temporali e motivazionali del cambiamento stesso, intesi come un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso periodico e progressivo (tab. 2).

Per *processo* di cambiamento, invece, s'intende un particolare percorso intrapreso da una persona nel momento in cui si accinge a cambiare modo di pensare, sentire e affrontare un determinato problema. Questi processi fondano il loro costrutto teorico principalmente sull'attività cognitivo-esperienziale e comportamentale, dalla rivalutazione di sé e dell'ambiente, alle relazioni di aiuto, caratterizzanti il contesto emotivo della dinamica terapeutica capace di facilitare il cambiamento.

TABELLA 2

<b>I° stadio</b> Disinteresse o pre-contemplativo	<i>Tipico del sedentario che non ha alcuna intenzione di cambiare il proprio stile di vita</i>
<b>II° stadio</b> Propositivo o contemplativo	<i>Sedentario ma con una disponibilità a cambiare nel breve periodo</i>
<b>III° stadio</b> Preparazione	<i>Il soggetto ha già alle spalle almeno un tentativo di approccio all'esercizio fisico</i>
<b>IV° stadio</b> Cambiamento o azione	<i>Ha cominciato l'attività da meno di sei mesi</i>

A tutt'oggi sembra che questo sia il modello che maggiormente riesce a raggiungere l'obiettivo motivazionale verso l'esercizio fisico, al punto che anche l'*American College of Sport Medicine* ne consiglia l'uso soprattutto nei soggetti con Diabete T2.

Di recente, un intervento di *counseling* comportamentale finalizzato a ottenere una spesa energetica >10 METs-ora/settimana attraverso l'attività fisica aerobica volontaria è stato confrontato con il trattamento convenzionale in pazienti diabetici di tipo 2 ambulatoriali. Al termine del *follow-up* di 2 anni, il 69% nel gruppo d'intervento e il 18% nel gruppo di controllo avevano raggiunto l'obiettivo; la riduzione del BMI e del HbA1c (o emoglobina glicata, è il test che permette di determinare la qualità media del controllo della glicemia nei 2-3 mesi precedenti al test al fine di valutare l'efficacia della terapia in atto), erano significativamente maggiori nel primo gruppo rispetto al secondo [2].

L'efficacia del *counseling* che, ricordiamo, è da intendersi come la raccolta delle informazioni che giungono dal paziente al fine di definire la natura del problema, monitorarne l'evoluzione e comprendere qual è la vera percezione che esso ha del suo malessere, è stata in seguito confermata da altri studi [3-4].

Tali protocolli devono quindi essere considerati a tutti gli effetti come parte integrante dell'approccio terapeutico nel diabete mellito e nella sindrome metabolica, le cui linee guida raccomandano l'esercizio fisico come strumento essenziale [5-6] per i numerosi effetti metabolici e psicologici favorevoli che induce.

A questo punto, però, pur nel rispetto assoluto per questi assunti, si deve registrare che confrontando i dati ISTAT [7] degli ultimi sette anni ci troviamo di fronte ad una realtà sì migliorativa, ma che dalla quale, forse, ci si attendevano maggiori risultati. Come è possibile osservare nella tabella 3, riferita all'anno 2011, infatti, per le persone affette da diabete troviamo che il **55%** dei maschi e il **72,6%** delle femmine dichiara di non praticare mai attività fisica, mentre dal report ISTAT 2017 apprendiamo che "**il 47,5% degli uomini e il 64,2% delle donne con diabete non praticano alcuna attività fisica leggera nel tempo libero**" con un aumento, quindi, di disponibilità all'esercizio fisico, nei maschi



del 7,5% e nelle femmine dell'8,4%; complessivamente siamo di fronte ad un "miglioramento" dell'8,45% che, tutto sommato, sembrerebbe un risultato che lascia bene sperare.

In questa lettura, però, bisogna considerare che accanto a chi non fa "mai" attività ci sono anche coloro che dichiarano di fare "qualche" attività e chi di farle in modo "saltuario" che, a ben vedere, significa più o meno la stessa cosa. Personalmente abbiamo verificato che, per molti diabetici, portare a spasso il cane un'ora la domenica mattina corrisponde a una "qualche" attività! In altre parole, pur riconoscendo il miglioramento statistico, legittime titubanze sulla reale efficacia di tali approcci motivazionali rimangono.

Le ragioni di questa situazione sono, naturalmente, diverse e anche molto distanti tra loro. Dai dati Dawn (Diabetes Attitudes Wishes & Needs) emerge, a tal proposito, un altro aspetto che crediamo interessante: le figure professionali presenti nelle strutture per la cura del diabete sono, in percentuale, quelle riportate in tabella 4.

È possibile osservare che la figura professionale del laureato in Scienze Motorie non appare minimamente in questa sorta di organigramma e ciò significa che la tanto declamata attività fisica è proposta ai pazienti, da professionisti e operatori di settore del tutto distanti dalle specificità intrinseche che la stessa richiede.

**TABELLA 3**

**PROSPETTO 5. PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ AFFETTE DA DIABETE PER PRATICA DI ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVA E GENERE. Anno 2011, per 100 persone con le stesse caratteristiche**

	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Prevalenza diabete			Persone affette da diabete			Totale popolazione		
In modo continuativo	1,7	1,1	1,4	8,9	3,7	6,2	26,0	18,0	21,9
In modo saltuario	2,4	1,6	2,1	6,2	2,4	4,2	12,6	7,9	10,2
Qualche attività fisica	5,6	3,6	4,5	29,8	20,1	24,7	26,0	29,2	27,7
Mai	7,7	8,4	8,1	55,0	72,6	64,3	35,0	44,4	39,8
Non indicato	-	10,8	6,5	-	1,2	0,6	0,4	0,6	0,5
<b>Totale</b>	<b>4,9</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

TABELLA 4

• Diabetologo	<b>88,7</b>
• Infermiere Spec	<b>88,1</b>
• Dietologo	<b>77,5</b>
• Infermiere di amb	<b>74,8</b>
• Oftalmologo	<b>53,6</b>
• Cardiologo	<b>53,6</b>
• Nefrologo	<b>50,3</b>
• Podologo	<b>38,4</b>
• Psicologo	<b>35,1</b>
• Psichiatra	<b>25,8</b>
• Farmacista	<b>21,9</b>
• Psicoterapeuta	<b>19,9</b>
• Medico generale	<b>19,2</b>

Probabilmente uno specialista delle attività motorie, adeguatamente formato nel settore delle dismetabolie, saprebbe sicuramente meglio veicolare e consigliare quale tipo di attività, in che tempi e modi praticarla e quali benefici da essa poter ottenere e, aggiungiamo, non soltanto nei riguardi della malattia stessa ma anche, e soprattutto, nei confronti del proprio sé corporeo.

È noto, infatti, che il primo stimolo all'esercizio fisico è veicolato al neo-paziente dal medico curante o dallo specialista che ha decretato il suo nuovo stato patologico. Egli raccomanderà di muoversi di più, di parcheggiare la macchina più distante dal luogo di lavoro, di non usare l'ascensore, di portare a passeggio il cane e altri espedienti che così, semplificando un po', lo aiuteranno a consumare di più lo zucchero in eccesso.

Ovviamente tutte queste raccomandazioni sono valide e, di certo, se adeguatamente rispettate, possono portare a concreti benefici. Purtroppo, però, la loro presentazione non tiene conto, a nostro avviso, di un fatto molto importante legato alla sfera psicologica del *nuovo* paziente. Quest'ultimo, infatti, nel momento in cui prende coscienza della malattia subisce un forte trauma che tra i tanti aspetti ne ha uno, particolare, legato alla necessaria ridefinizione del proprio *nuovo* sé. Un lutto vero e proprio per ciò che si era prima della malattia, da adesso in poi lo accompagnerà in un lungo cammino e per lungo tempo. "Ciò che ero non sono e non sarò più", si dice il nuovo malato, cominciando a vivere, da quel momento, una nuova esistenza nel nome della malattia. Non lo sfiora neppure il pensiero che forse quel suo nuovo stato patologico potrebbe, paradossalmente, anche migliorare la sua *qualità di vita*.

I pensieri dominanti adesso sono le medicine, i rischi associati, i sensi di colpa, le rinunce che dovrà fare, la trasmissibilità ai figli, ecc. Non pensa che, sicuramente, con un nuovo regime alimentare, un'adeguata attività fisica e nel complesso un migliore stile di vita, la sua esistenza potrà migliorare rispetto a quella fino a quel momento condotta.



Non contempla neppure il fatto che anche il suo aspetto fisico di certo potrà migliorare e di conseguenza anche la propria autostima. Con tutto questo non si vuole certo affermare che in prospettiva l'insorgenza del diabete o della sindrome metabolica sia un evento positivo, ci mancherebbe, ma si rimarca però il fatto che anche in queste realtà occorre evidenziare che possono esserci dei lati positivi. Ed è sulla ricerca e sull'evidenziazione di questi che occorre *insinuare* il concetto, per molti, nuovo, di esercizio fisico. Non bisogna, in altre parole, lasciare che siano solo gli aspetti negativi a prendere il sopravvento nel paziente perché, altrimenti, egli, nella sua nuova e avvolgente realtà depressiva, percepirà la prescrizione dell'attività fisica esattamente come quella farmacologica e di conseguenza, così come nessuno ama "prendere la pasticca", nessuno amerà indossare le scarpe da ginnastica e fare attività fisica, perché entrambe le prassi saranno parallelamente declinate in funzione della malattia, cioè verso un contesto di negatività e con un approccio medicalizzato. Ciò di cui, invece, egli deve persuadersi è che tutto ciò che da adesso in poi farà sarà rivolto a se stesso e non alla malattia. In altre parole ciò che si deve dire il paziente è "andrò a camminare in *favore* di me e non *contro* la malattia"! L'approccio comunicativo e motivazionale in questa ottica è ben differente. Ci sono esempi di pazienti diabetici anche nello sport ad alto livello che possono chiaramente suffragare quest'orientamento.

In definitiva la veicolazione dell'esercizio fisico dovrà puntare, nelle sue proposte iniziali, proprio a quest'obiettivo: un *nuovo progetto di me* che contempli la ri-descrizione di un sé corporeo positivo, e non un'attenzione negativa verso sé, focalizzata esclusivamente sui disturbi impliciti della malattia. Se così fosse, la fatica che sarà quotidianamente chiamato a sopportare sarà ricompensata anche e soprattutto da un *miglioramento di me* oltre che all'implicito *miglioramento della mia malattia*. ■



## ABSTRACT

Motivation or motivated behaviour is a psychological process, which gives strength and direction to our behaviour and, at the same time, it is an emotional process, which strongly influences cognitive processes. Who is motivated has a clear target to achieve and for that purpose, he is willing to make any sacrifice. For this reason, it is necessary, especially where the purpose to be achieved concerns health, that the motivation be real and not only, deceptively, an accommodation to an assigned "prescription". In this context, the article emphasizes conceptual overturning, in the counseling phase, from negative attention of the disease to a positive one towards a new re-description of the self.

## BIBLIOGRAFIA

1. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change*. American Journal of Health Promotion
2. Di Loreto C, Fanelli C, Lucidi P, Murdolo G, De Cicco A, Parlanti N, Santeusano F, Brunetti P, De Feo P., *Validation of a counseling strategy to promote the adoption and the maintenance of physical activity by type 2 diabetic subjects*. Diabetes Care 2003; 26:404–408
3. Kirk AF, Mutrie N, Macintyre PD, Fisher MB., *Promoting and maintaining physical activity in people with type 2 diabetes*. Am J Prev Med 2004; 27:289-296
4. Smith SA, Vickers KS., *A counseling strategy was better than usual care for adopting and maintaining physical activity in type 2 diabetes*. ACP J Club 2003; 139:69
5. Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rossett J, Kulkarni K, Clark NG., American Diabetes Association, North American Association for the Study of Obesity, American Society for Clinical Nutrition: *Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies*. Diabetes Care 2004; 27: 2067–2073
6. Task Force on Community Preventive Services: *Increasing physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services*. MMWR Recomm Rep 2001; 50:1–14
7. [www.istat.it/it/archivio/202844](http://www.istat.it/it/archivio/202844)