

Percezione del rischio cardiovascolare nel diabetico: lo studio PRICAD

L'Associazione Italiana Medici di Famiglia ha promosso una ricerca volta a indagare la percezione e la consapevolezza dei pazienti diabetici sul rischio di complicanze cardiovascolari della malattia. È emerso che la conoscenza del rischio cardiovascolare è insufficiente, suggerendo che il Mmg dovrebbe coinvolgere più attivamente il paziente nella prevenzione delle complicanze

Molti studi sottolineano come l'associazione tra il rischio cardiovascolare e il diabete mellito sia sempre più marcata: l'80% dei pazienti diabetici muore per patologie cardiovascolari, quindi la riduzione della mortalità e della morbilità cardiovascolare rappresenta in questi pazienti un obiettivo terapeutico chiave. I pazienti diabetici presentano infatti un rischio di incorrere in eventi cardiovascolari da 2 a 4 volte superiore ai pazienti non diabetici, con un incremento che è proporzionale sia al grado di scompenso diabetico sia alla presenza di altri fattori come l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, l'obesità e il fumo di sigaretta.

Le cause di questo elevato profilo di rischio cardiovascolare sono da attribuire all'accelerato processo aterosclerotico che si osserva in questi pazienti, dovuto alla glucotossicità vascolare e al quadro di insulino-resistenza fortemente associato alla presenza di disfunzione endoteliale, dislipidemia aterogena, aumento dei marker infiammatori e alle alterazioni della parete vascolare.

È stato recentemente dimostrato anche che pazienti diabetici senza precedenti eventi ischemici vascolari presentano una mortalità per eventi coronarici maggiore rispetto a quella dei pazienti coronaropatici.

Tuttavia, anche se queste acquisizioni scientifiche si sono relativamente diffuse nel mondo medico, il diabete rischia di apparire per il pa-

ziente ancora come una malattia isolata da un contesto e legata a una "semplice" alterazione di un parametro ematochimico. Il diabetico anziano, con presenza di complicanze, ha già imparato a sue spese che il diabete ha contribuito a condizionare la sua prognosi, ma è probabilmente il diabetico più giovane che stenta a inquadrarsi e a riconoscersi in un contesto di aumentato rischio cardiovascolare.

Le ragioni sono molteplici e le più significative appaiono il "giovanilismo" imperante che allunga nel tempo la percezione di se stessi come giovani sani e una maggiore incidenza di malattia diabetica dovuta sia a un effettivo inizio più precoce (causato anche da obesità e squilibri dietetici), sia a un maggiore accesso a esami di routine.

Il rilievo di alterazioni glicemiche significative non proietta quindi il paziente "solo" in una dimensione di diabete inteso come "iperglicemico e basta", ma di fatto lo consegna con estrema rapidità a una nuova percezione di sé come "cardiopatico in pectore". Questa percezione viene ulteriormente rafforzata dal fatto che nel giro di poco tempo, a questo diabetico "giovane" non viene più solo prescritto il trattamento dietetico e farmacologico ipoglicemizzante, ma gli viene proposta anche una serie di ulteriori trattamenti concomitanti con ACE-inibitori o sartani, acido acetilsalicilico e statine.

Quindi, mentre il medico fin da subito pone il diabetico in un contesto

di "cardio-vasculopatia" o "cardio-vasculopatia potenziale imminente", nel quale l'iperglicemia è solo uno degli elementi (probabilmente il più importante), il paziente rischia di essere dissonante e di "fermarsi" prima. Di fronte al paziente neo-diabetico il medico curante si trova spesso nella condizione di dovere misurare la sua comunicazione e di dosare le sue decisioni terapeutiche. È perciò probabile che il paziente abbia bisogno di tempo per imparare a considerare il diabete come una galassia di elementi, nella quale i "tradizionali" elementi (glicemia, colesterolemia, pressione arteriosa, ecc) non devono più essere visti nel loro isolato valore numerico, ma in mutuo rapporto tra di loro e quindi nel contesto più ampio del rischio cardiovascolare globale. Lo studio PRICAD (Percezione del Rischio Cardiovascolare nella popolazione Diabetica), promosso dall'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), è stato ideato ai fini di cercare di misurare come il paziente percepisce il diabete nel contesto del rischio cardiovascolare. È stato progettato uno strumento telematico che avvicinasse il paziente ad alcuni dati e strumenti e che misurasse, attraverso la risposta ad alcuni quesiti, le sue opinioni a riguardo. Il progetto PRICAD è stato realizzato con il sostegno di Takeda Italia Farmaceutici, che ha dimostrato particolare sensibilità nel supportare questa attività di pubblico interesse.

Materiali e metodi

È stata individuata una coorte di 750 medici di medicina generale in Italia, distribuiti in modo statisticamente omogeneo.

Ciascun medico doveva individuare 15 pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2 tra i 18 e i 65 anni, che in modo diretto o indiretto avessero accesso a internet. A ciascuno di questi 15 pazienti il Mmg consegnava una copia, sempre diversa, di credenziali preautorizzate che permettevano l'ingresso a un sito appositamente dedicato (www.rischiodiabete.it).

Il materiale educativo era contenuto in due aree.

■ La prima (tabella 1) elencava una serie di tredici contenuti, ciascuno dei quali prevedeva la discussione su un aspetto della malattia diabe-

tica, spesso banalizzato o misconosciuto dal paziente. Il documento esplicativo, inoltre, era collegato a un'affermazione sulla quale il paziente poteva facoltativamente esprimere il suo grado di accordo utilizzando una scala di Likert a cinque gradi (molto d'accordo, d'accordo, indifferente, parziale disaccordo, totale disaccordo).

■ La seconda era un questionario anonimo, attraverso il quale veniva richiesta l'opinione riguardo a sette comportamenti e/o atteggiamenti del paziente diabetico (tabella 2); a ciascun quesito del questionario il paziente poteva rispondere attraverso uno score di giudizio su sette gradi, rispettivamente da 1 (massimo accordo) a 7 (minimo accordo). Vi era inoltre la possibilità di autocalcolarsi il rischio cardiovascolare

globale secondo i parametri definiti dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il sito è stato reso accessibile dal 1° giugno al 31 dicembre 2007.

Risultati

Gli accessi totali dei pazienti sono stati 4.616 (su 11.250 teorici, pari al 41%).

Dei 4.616 accessi sono state validate (perché complete) 4.009 risposte ai quesiti.

Circa un decimo dei pazienti che sono entrati nel sito ha eseguito il test di valutazione del proprio rischio cardiovascolare (429, dei quali solo 310 validi per eventuali valutazioni statistiche).

Opinioni dei pazienti diabetici

L'affermazione "Il diabete che insorge in una persona adulta è principalmente dovuto a trasmissione familiare" aveva lo scopo di indagare il diffuso senso di colpa dei pazienti. Spesso i pazienti diabetici (ma anche i non diabetici) si riferiscono al loro disturbo metabolico come a una sorta di castigo dovuto a eccessi alimentari prolungati; oppure al contrario non riescono a capacitarsi che i loro effettivi sforzi dietetoterapici (talora anche efficaci e risultanti in una diminuzione del Body Mass Index - BMI) non siano stati in grado di "guarirli" dal diabete. La distribuzione delle risposte è illustrata in figura 1.

Tabella 1

Percezione del diabete da parte del paziente: aspetti della malattia

Come la pensa su questi aspetti?

1. Il diabete che insorge in una persona adulta è principalmente dovuto a trasmissione familiare
2. Il diabete è solo un eccesso di glucosio nel sangue
3. Anche un diabetico può invecchiare in buona salute
4. Un diabetico e un non diabetico hanno lo stesso rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (ad esempio l'infarto)
5. Per controllare adeguatamente il diabete è sufficiente mantenere la glicemia dopo mangiato sotto 200 mg/dL
6. Per controllare adeguatamente il diabete è sufficiente mantenere la glicemia al mattino a digiuno sotto 110 mg/dL
7. Una persona diabetica può mangiare qualsiasi cosa ad eccezione dello zucchero e dei dolci
8. È normale che un diabetico sia più grasso di un non diabetico
9. Un diabetico e un non diabetico hanno gli stessi obiettivi per quanto riguarda il controllo della pressione del sangue
10. Una persona con diabete deve mantenere il colesterolo agli stessi livelli di una persona non diabetica
11. Per un diabetico è preferibile non affaticarsi piuttosto che fare attività fisica
12. In un diabetico che fuma, i danni della sigaretta sono maggiori rispetto a quelli prodotti in un fumatore non diabetico
13. Se un diabetico è curato con l'insulina significa che il suo diabete è più grave di uno curato solo con compresse

Tabella 2

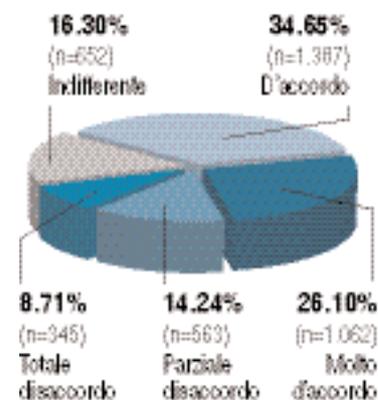
Percezione del diabete da parte del paziente: comportamenti

La principale preoccupazione per un diabetico è...

- | | |
|---|--|
| 1. Dover controllare frequentemente la glicemia | 5. Rischiare complicazioni cardiovascolari |
| 2. Rinunciare ad alcuni cibi | 6. Avere crisi di ipoglicemia |
| 3. Avere problemi sessuali | 7. Problemi per la validità della patente di guida |
| 4. Dovere prendere farmaci tutti i giorni | |

Figura 1

Grado di accordo sul ruolo della trasmissione familiare



Le risposte indicano che l'opinione è abbastanza incerta, in quanto il 60% (somma delle risposte "molto d'accordo" e "d'accordo") condividono l'affermazione stessa. Il rimanente 40% (conglobando anche gli incerti) non pensa che il diabete sia dovuto principalmente a cause genetiche. È probabilmente in questo gruppo che si trova quella parte di persone che prova frustrazione o senso di colpa di fronte o al momento diagnostico o nel corso della verifica terapeutica.

La quotidiana pratica ambulatoriale suggerisce inoltre che spesso il diabetico percepisce la malattia come un disturbo isolato, ovvero co-

me se essa fosse "solamente" una questione di iperglicemia.

In altre parole, all'affermazione "Il diabete è solo un eccesso di glucosio nel sangue" il 60% delle risposte (somma delle risposte "molto d'accordo" e "d'accordo") ritiene che esso sia un problema isolato di eccesso di glucosio (figura 2), probabilmente misconoscendo la coorte di problematiche non solo collegate, ma facenti parte a tutti gli effetti del corredo anatomico-patogenetico del diabete mellito. Indifferenti a parte, solo poco più di un quarto degli intervistati crede che il diabete sia un universo ben più vasto dell'iperglicemia.

I pazienti intervistati, in discreta maggioranza (62%, figura 3), ritengono che anche se sofferenti di diabete mellito si possa invecchiare in buona salute. Se questo dato assoluto da un lato rivela un discreto ottimismo e fiducia nella cura del diabete, dall'altro lato potrebbe significare che il paziente non percepisce affatto la serietà della sua condizione e tende a sottostimarne le conseguenze *quoad vitam* e *quoad valetudinem*. Senza contare gli indecisi (circa un quinto), i pessimisti, cioè coloro i quali ritengono che il diabete precluda un buon invecchiamento, sono circa un quinto delle risposte.

Il fatto che oltre il 60% degli intervistati ritenga che un diabetico possa invecchiare in buona salute si confronta con la credenza che quasi la metà degli stessi ritenga che il diabetico abbia un rischio cardiovascolare diverso rispetto a un non diabetico (48%, figura 4). Questo dato, seppur incoraggiante da un lato, rispecchia dall'altro un 52% (tra indifferenti e coloro che ritengono diabetici e non diabetici a rischio uguale) di persone sulle quali l'intervento educativo risulta ancora molto carente. Tuttavia il dato non è unanimemente interpretabile, soprattutto se confrontato con il relativo ottimismo emerso con la domanda della figura 3. Evidentemente gli intervistati ritengono che anche in presenza di una potenziale maggiore probabilità di sviluppare

una cardiopatia, questo non precluda in modo sostanziale la possibilità di invecchiare in buona salute.

Quando però si inizia a verificare come i pazienti percepiscono il senso del buon controllo metabolico, si verifica una situazione di decisa confusione.

I dati di risposta al quesito relativo alla figura 5 (ovvero se il controllo metabolico del diabete è da ritenersi buono con una glicemia postprandiale di 200 mg/mL) evidenziano una scarsa differenziazione tra i diversi pareri: il 29% è semplicemente d'accordo, mentre le posizioni estreme, i più d'accordo e i più scettici hanno percentuali simili

Figura 2

Il diabete è solo un eccesso di glucosio nel sangue

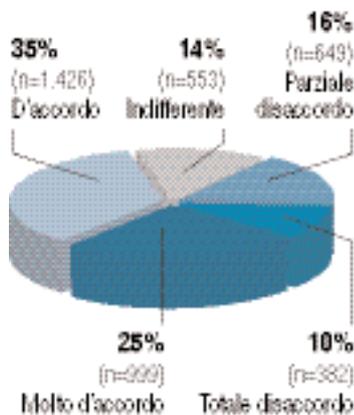


Figura 3

Anche un diabetico può invecchiare in buona salute

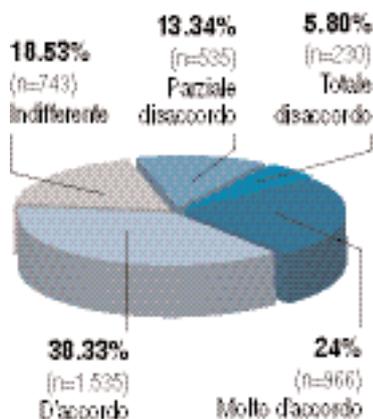


Figura 4

Un diabetico e un non diabetico hanno lo stesso rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (ad esempio l'infarto)

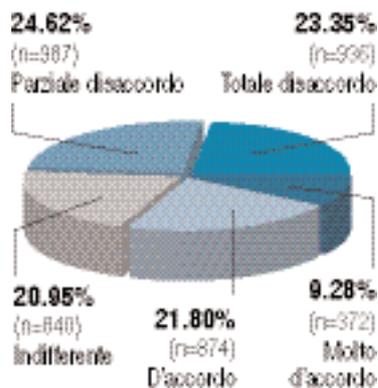
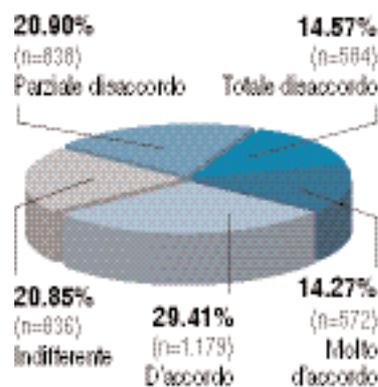


Figura 5

Per controllare adeguatamente il diabete è sufficiente mantenere la glicemia dopo mangiato sotto 200 mg/dL



(rispettivamente del 14% e del 15%). Gli indecisi superano la percentuale di un quinto.

Questo dato è particolarmente interessante, perché evidenzia che i pazienti hanno scarsa conoscenza del ruolo del picco della glicemia post-prandiale e del ruolo patogenetico che essa riveste nello sviluppo di patologia cardiovascolare.

Il paziente diabetico ha ancora ben presente nella sua percezione (e conoscenza) della malattia diabetica che il buon controllo viene da un valore occasionale come la misura della glicemia, sia post-prandiale sia a digiuno. Infatti dall'esame dei dati della figura 6 la maggioranza

della popolazione intervistata (61%) pensa che sia sufficiente avere una glicemia mattutina a digiuno inferiore a 110 mg/dL per ritenersi in controllo metabolico.

Sia per quanto riguarda la figura 5 che per la figura 6 era auspicabilmente atteso un sostanziale disaccordo su entrambe le affermazioni, in relazione al ruolo dell'emoglobina glicata. Questo concetto è probabilmente non ancora sufficientemente compreso dai pazienti che tendono a identificare variabili biologiche e i loro valori soglia diagnostici con quelli di monitoraggio.

Una situazione di scarsa differenziazione tra i diversi pareri si verifica anche per quanto riguarda il ruolo nella dieta di zucchero e dolci. Pur ritenendo che la relativa controindicazione nell'utilizzo di zuccheri pronti e di facile assimilabilità intestinale fosse nozione ben acquisita, i pareri tendono a concentrarsi di più verso il centro con moderato accordo e disaccordo, 26% e 27% rispettivamente (con un 17% di indecisi) che verso le posizioni estreme (figura 7). In realtà la dieta del diabetico, eccetto le opportune limitazioni glucidiche, deve tenere conto del contenuto di grassi animali ed essere fondamentalmente ipo-aterogena. La percentuale di persone che sono in disaccordo (17%) è verosimilmente ancora troppo bassa e induce a riflettere meglio su come comunicare con i pazienti diabetici in campo dietologico.

Infatti sono troppo pochi coloro che ritengono non normale che un diabetico sia più grasso di un non diabetico (figura 8). Considerando che in questo caso gli indecisi sono la maggioranza (25%) e assimilandoli a coloro che ritengono normale un diabetico più grasso di un non diabetico, si arriva a una percentuale del 62% di pazienti "indulgenti" sull'entità del BMI dei diabetici. Solo il 38% non lo ritiene normale e questo conferma che il campo dietoterapico è quello in cui si devono fare i maggiori sforzi.

Anche al quesito successivo appare evidente che il rischio cardiovascolare non è decisamente percepito

dagli intervistati nella sua importanza. Infatti, ben il 59% degli intervistati (comprendendo gli indecisi, che sono anche in questo caso la maggioranza relativa delle risposte, 24%, figura 9) ritengono che non vi sia differenza di obiettivi per quanto riguarda la pressione arteriosa, misconoscendo che questa deve essere portata a valori sensibilmente minori nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici.

La situazione è del tutto simile per quanto riguarda il quesito sul colesterolo e sul suo valore tra diabetici e non diabetici. Includendo gli indecisi, il 57% degli intervistati non vede differenze di obiettivi o è indiffe-

Figura 6

Per controllare adeguatamente il diabete è sufficiente mantenere la glicemia al mattino a digiuno sotto 110 mg/dL

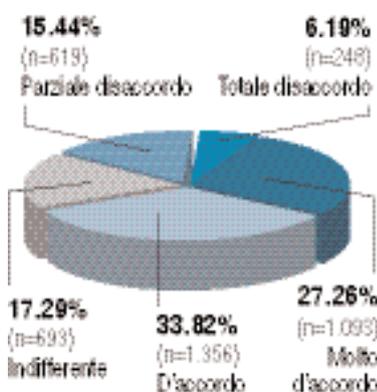


Figura 7

Una persona diabetica può mangiare qualsiasi cosa ad eccezione dello zucchero e dei dolci

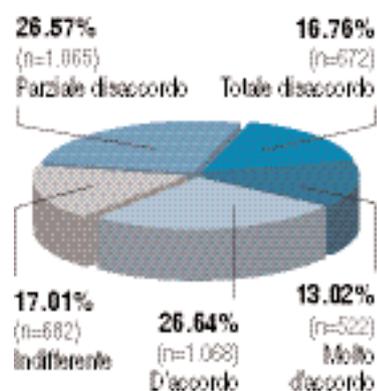


Figura 8

È normale che un diabetico sia più grasso di un non diabetico

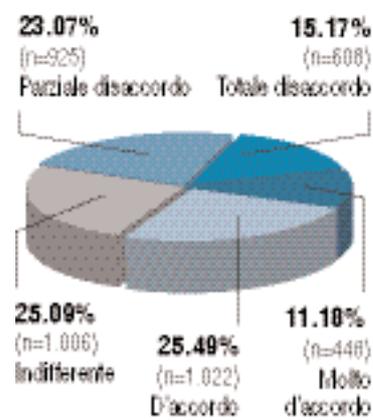
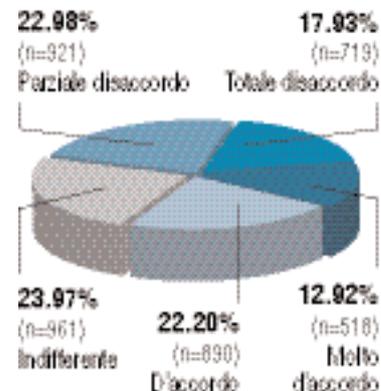


Figura 9

Un diabetico e un non diabetico hanno gli stessi obiettivi per quanto riguarda il controllo della pressione del sangue



rente (figura 10). Appare significativo, ancora una volta, che la maggior parte dei diabetici non percepisce la sua malattia come un rischio cardiovascolare aggiuntivo oppure non ritiene sufficientemente prioritaria un'azione terapeutica più decisa su fattori come l'ipertensione arteriosa, l'iperlipidemia o l'obesità.

Per quanto riguarda l'attività fisica, invece, le conoscenze sembrano lievemente più aggiornate, probabilmente per il maggior ruolo informativo e la diffusa percezione che l'attività fisica sia benefica sempre.

La maggioranza degli intervistati (52%, figura 11) ritiene utile l'attività fisica. Tuttavia, anche se questi sono

la maggioranza, non è senza significato che tra indifferenti (20%) e fautori del non affaticamento si arrivi a una percentuale totale pari al 48%. Il ruolo degli indecisi, in questi quesiti di carattere generale, è ritenuto negativo, in quanto il non sapere o il non esprimersi riveste significato di negatività, perché sottrae del benefico, dimostrato utile o necessario, alla persona diabetica.

Vi è fortunatamente una netta maggioranza (60%, figura 12) tra coloro che ritengono il fumo di sigaretta più dannoso per un diabetico rispetto a un non diabetico.

È evidente che i danni pro-aterogeni causati dal fumo in un qualche modo si assommano a quelli intrinseci della malattia diabetica e ciò causa una condizione di rischio esponenziale.

Non è senza valore, tuttavia, nonostante le massicce campagne e le vigenti legislazioni restrittive che in un qualche modo ricordano la pericolosità del fumo, che circa un quinto (19%) degli intervistati siano indifferenti al problema.

Una delle credenze più frequenti nei pazienti diabetici è che la terapia insulinica sia indice di maggiore gravità del diabete. In realtà questo corrisponde al vero, soprattutto nei pazienti esorditi con un diabete inizialmente curato solo con antidiabetici, in quanto indice di fallimento secondario della terapia. Il paziente percepisce che l'inizio della terapia insulinica è sinonimo di maggiore gravità e prognosi più severa (figura 13).

Infatti il 59% delle persone che hanno risposto è d'accordo a vari gradi con questa affermazione.

➤ Preoccupazioni dei pazienti diabetici

In questa parte del questionario sono state sondate alcune preoccupazioni dei pazienti diabetici.

Il controllo frequente della glicemia non appare essere una delle maggiori preoccupazioni per i pazienti diabetici (figura 14). Infatti solo poco più di un decimo la considera di massima importanza. Ben il doppio, cioè un quinto degli intervistati, la ritiene di importanza minima tra altri ele-

menti di preoccupazione. Sommando le persone che hanno opinioni opposte e più radicalmente diverse si trova che il 36% non considera preoccupante la misurazione della glicemia, mentre il 24% la ritiene la maggiore preoccupazione.

Per quasi un quinto (19%) dei diabetici intervistati, la rinuncia ad alcuni cibi non è un fattore particolarmente preoccupante (figura 15) e se questo dato lo si associa a coloro che considerano poco preoccupante al massimo grado (l'11%), si conclude che ad almeno un terzo dei diabetici la dietoterapia non suscita particolari ansie. Invece sono meno di un quarto coloro per i quali la terapia dietetica,

Figura 10

Una persona con diabete deve mantenere il colesterolo agli stessi livelli di una persona non diabetica

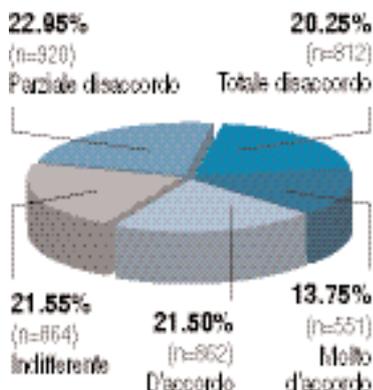


Figura 11

Per un diabetico è preferibile non affaticarsi piuttosto che fare attività fisica

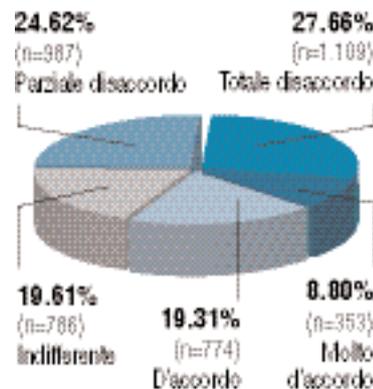


Figura 12

In un diabetico che fuma, i danni della sigaretta sono maggiori rispetto a quelli prodotti in un fumatore non diabetico

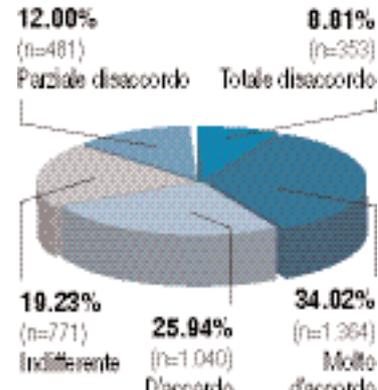


Figura 13

Se un diabetico è curato con l'insulina significa che il suo diabete è più grave di uno curato solo con compresse

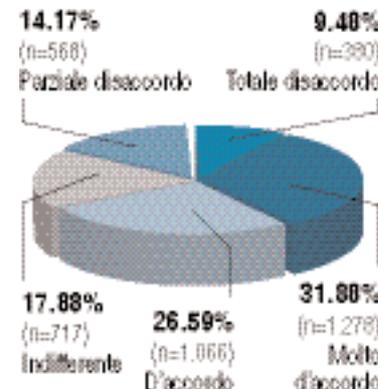


Figura 14

Dover controllare frequentemente la glicemia

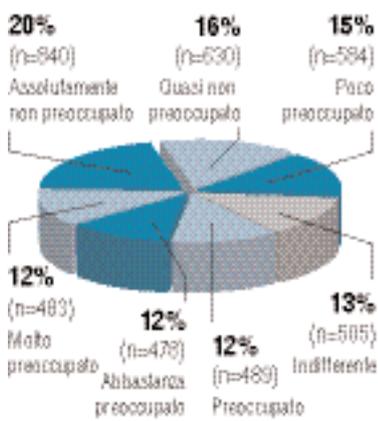


Figura 15

Rinunciare ad alcuni cibi

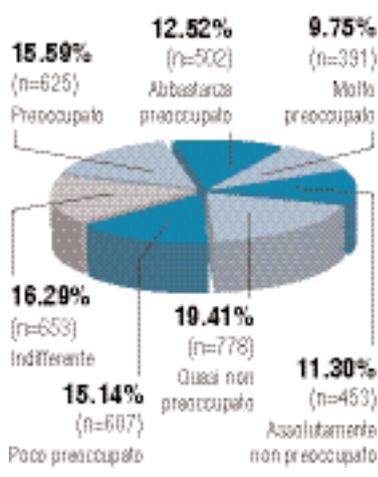
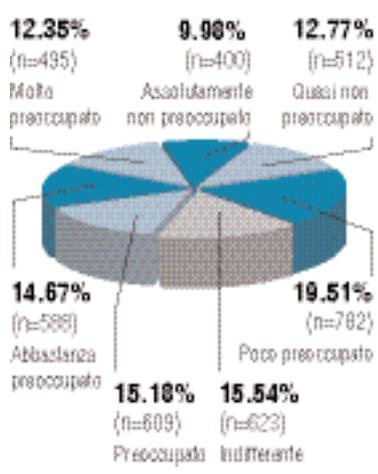


Figura 16

Avere problemi sessuali



come fonte di rinuncia, rappresenta un elemento di preoccupazione. Riguardo al timore di avere prestazioni sessuali diminuite, appare quanto mai controverso che le opinioni si stemperino quasi omogeneamente in un sostanziale pareggio. Nell'intera coorte intervistata solo poco più di un decimo (12%, figura 16) mostra una forte preoccupazione per un eventuale calo della prestazione sessuale, ma questo gruppo si confronta specularmente con un 10% al quale poco importa questo aspetto. Globalmente il confronto tra i "poco preoccupati" e i "molto preoccupati" per problemi sessuali sono, rispettivamente, il 23% contro il 27%. La metà degli intervistati, a vario grado, è indifferente al problema.

Il 67% dei diabetici è, seppur con qualche sfumatura, relativamente indifferente anche al problema di dovere prendere farmaci tutti i giorni (figura 17); in relazione a questo problema, solo il 19% globalmente considera preoccupante la terapia antidiabetica quotidiana, un dato che se affiancato al 26% che non la trova affatto preoccupante, induce a pensare che non vi siano sostanziali difficoltà nel prescrivere farmacoterapia nei diabetici. Probabilmente e non a caso, il gruppo più numeroso è proprio quello degli indifferenti.

Una delle ragioni più importanti che hanno indotto al presente studio è stato proprio il rapporto percettivo che i diabetici avevano con la malattia cardiovascolare. Una delle sorprese più evidenti in questo senso è stata quella che solamente il 9% (figura 18) del gruppo degli intervistati ha manifestato una seria preoccupazione per gli eventi cardiovascolari. La conferma di questa scarsa attitudine a preoccuparsi per una possibile malattia cardiovascolare giunge anche dal gruppo immediatamente meno preoccupato (10%). Ciò porta a considerare che meno di un quinto dei diabetici prova preoccupazione per la maggiore complicità del diabete.

La crisi ipoglicemica preoccupa mediamente di più il diabetico che non il rischio cardiovascolare (figura 19).

Figura 17

Dovere prendere farmaci tutti i giorni

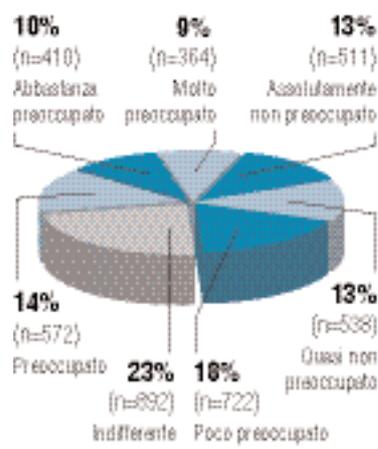


Figura 18

Rischiare complicazioni cardiovascolari

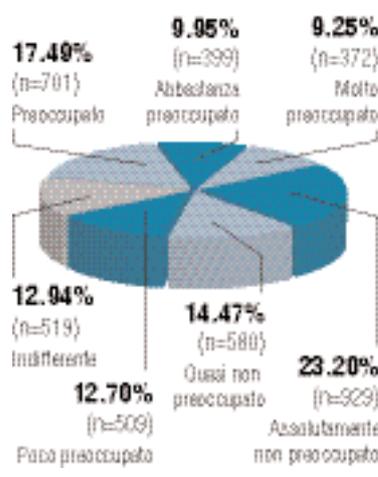
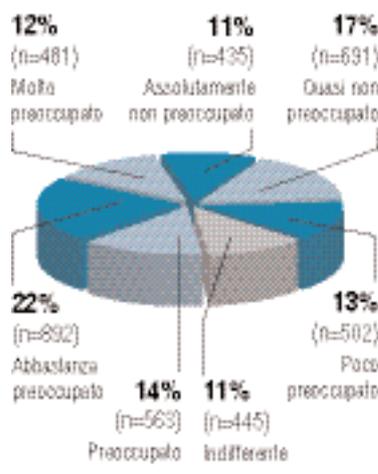


Figura 19

Avere crisi di ipoglicemia



Infatti oltre il 34% degli intervistati la teme molto, mentre il 28% non la considera fonte di ansia. Ai gradi intermedi di preoccupazione per la crisi ipoglicemica si collocano tre gruppi abbastanza omogenei per numerosità (14%, 13%, 11%).

Il dato che appare più evidente di tutti, è la preoccupazione che il diabetico ha di perdere la patente di guida. Il 54% (figura 20) degli intervistati mette questa ansia in testa a tutte le altre. Se si somma a questa percentuale anche quella di coloro che hanno una preoccupazione mi-

nore, si ottiene che per i due terzi dei diabetici (65%) il rischio correlato alla possibilità di mantenere la patente di guida è fonte della maggiore preoccupazione. I pazienti non preoccupati sono solo il 18%.

La figura 21 rappresenta una visione d'insieme delle preoccupazioni dei pazienti diabetici. L'evidenza maggiore è proprio quella relativa alla patente di guida: sull'asse della "massima preoccupazione" è evidente lo spike che sposta nettamente l'area della curva della preoccupazione tutta verso i due assi a sinistra, espressione dei massimi gradi di preoccupazione. Dall'esame degli stessi dati rappresentati nella figura 22 ma sull'asse della "minima preoccupazione" (l'asse verticale) appare di converso come il timore per rischio cardiovascolare sia poco preoccupante. Le due aree sono specularmente opposte.

Nella figura 23 sono stati affiancate le frequenze delle preoccupazioni ritenute più alte da parte dei diabetici. Solo il 9.3% dei diabetici ritiene il timore di complicanze cardiovascolari fattore di massima preoccupazione (subito davanti alla necessità di assumere farmaci tutti i giorni). All'opposto ben oltre un terzo dei diabetici ritiene preoccupante avere noie con la pa-

tente di guida. La differenza di frequenza di questo timore rispetto agli altri è almeno tripla, anche considerando che tutti gli altri timori si distribuiscono con frequenze relativamente vicine le une alle altre (da un minimo di 9.1% a un massimo di 12.3%).

Che i diabetici siano scarsamente preoccupati dal rischio cardiovascolare emerge anche dall'esame della figura 24: questa preoccupazione, congiuntamente a quella della frequenza di misurazione della glicemia, non è affatto importante nel diabetico. Come nel caso della figura 23, vi è un sostanziale equilibrio tra tutte le frequenze che esprimono timori su altri elementi diversi dal rischio cardiovascolare e dal monitoraggio glicemico (valori compresi tra 11% e 13%).

La figura 25 rappresenta l'insieme di tutte le frequenze ricorrenti nelle preoccupazioni dei pazienti diabetici. Come già ribadito in precedenza si confrontano specularmente il timore di perdere la patente di guida (massima paura in assoluto) con il rischio cardiovascolare (minima paura in assoluto).

Tra i timori più evidenti vi è quello di avere delle crisi ipoglicemiche, mentre l'assunzione di farmaci quotidianamente è un timore relativa-

Figura 20

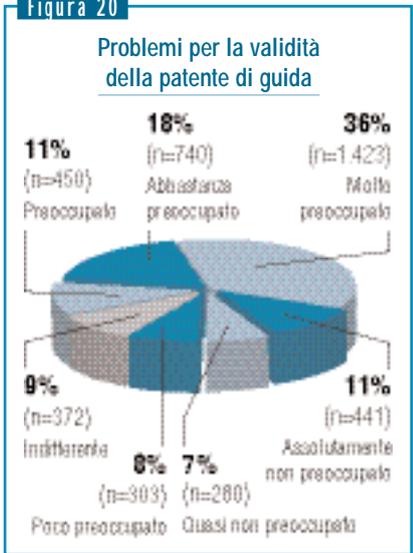


Figura 21

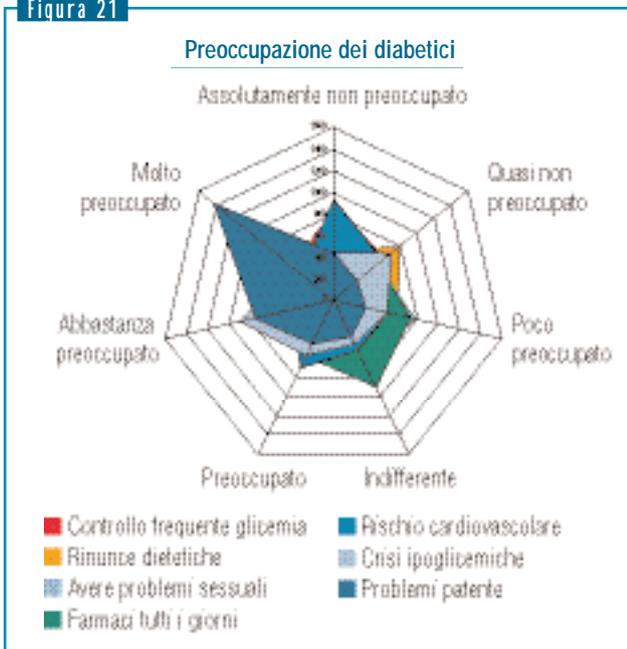


Figura 22

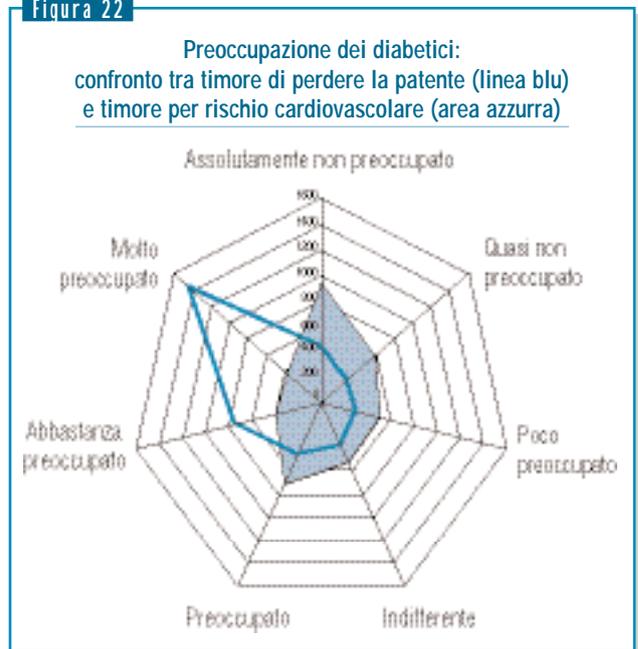


Figura 23

Confronto tra le frequenze delle maggiori preoccupazioni dei diabetici

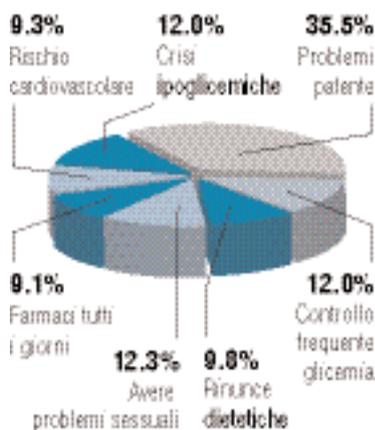
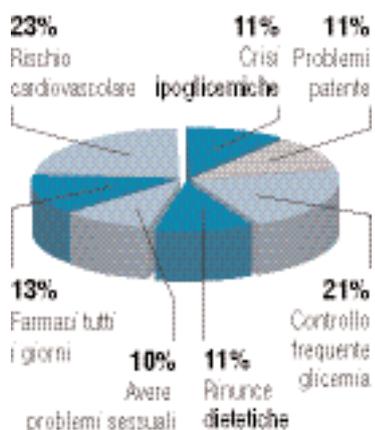


Figura 24

Confronto tra le frequenze delle minori preoccupazioni dei diabetici



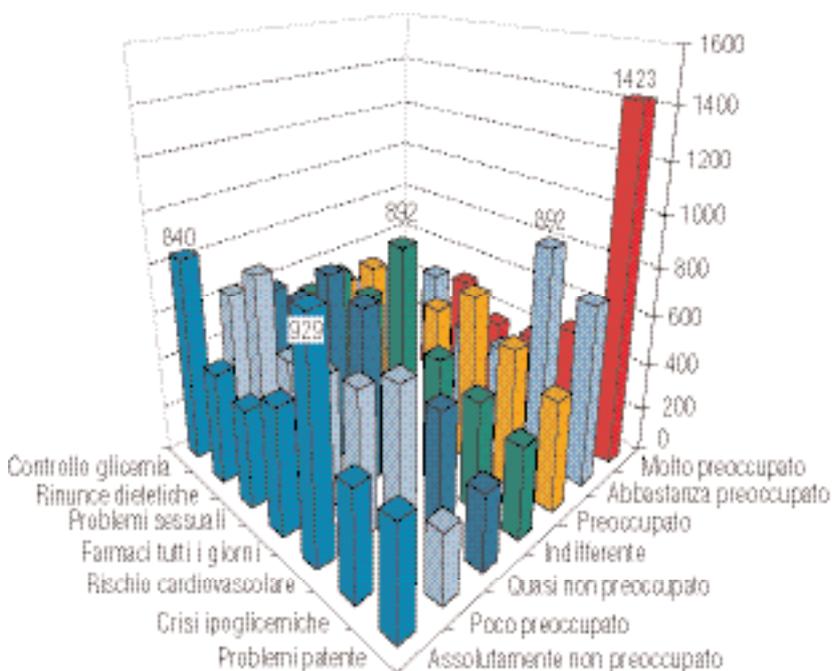
mente importante. Emerge inoltre un altro dato interessante: i pazienti diabetici non considerano un problema particolarmente rilevante la continua necessità di misurarsi la glicemia.

Conclusioni

Le aree in cui l'osservazione è avvenuta evidenziano sostanzialmente due aspetti: nella prima area sono state osservate e misurate essenzialmente delle conoscenze "teoriche" sulla malattia diabetica. Dall'esame dei raggruppamenti delle risposte emergono "luci e ombre"; infatti già in questa area inizia a manifestarsi

Figura 25

Visione d'insieme della frequenza delle preoccupazioni dei diabetici



una scarsa attitudine alla prospettiva sul rischio cardiovascolare. I gradi di accordo sul rischio cardiovascolare sono infatti quasi uniformemente distribuiti e solo il 30% dei diabetici ne è consapevole. Questo dato si conferma anche per quanto riguarda la necessità di mantenere standard pressori "dedicati" con una maggiore aggressività rispetto all'iperteso non diabetico: quasi i due terzi dei diabetici credono che i loro obiettivi pressori siano analoghi agli altri ipertesi e questo accade anche per l'opinione riguardo il colesterolo.

Quindi quello che i soggetti diabetici conoscono riguardo al rischio cardiovascolare appare essere sensibilmente insufficiente.

La seconda area di indagine, pur ricalcando in modo diverso le stesse aree, punta l'attenzione sul "visuto personale" e cioè su quello che viene percepito come preoccupante per se stessi. Anche in questo caso si confermano le conclusioni sul rischio cardiovascolare. Esso è la minore preoccupazione in assoluto. Un altro aspetto che preoccupa assai poco il diabetico è il con-

trollo frequente della glicemia.

Il "futuro", quindi, non tocca le corde profonde del diabetico, che invece si preoccupa moltissimo della propria patente di guida: questo timore è in assoluto il maggiore, con una frequenza tripla rispetto alle altre indicanti altri tipi di preoccupazione. È anche difficile individuare cosa preoccupi maggiormente dopo il timore di perdere la patente: infatti tutte le altre frequenze sono racchiuse in un intervallo molto rigido tra il 9% e il 12%, e ciò rafforza il ruolo egemone che ha la paura di non poter più guidare.

Pur ritenendo che l'essenza di *homo mobilis* sia a tutti gli effetti una funzione oramai connaturata all'uomo moderno alla stregua di un sistema motorio accessorio, è evidente il grosso squilibrio nelle priorità del diabetico. È quindi uno dei compiti fondamentali del medico di famiglia e della comunicazione in generale, spostare l'attenzione del paziente diabetico verso il rischio cardiovascolare e coinvolgere più attivamente il paziente nella prevenzione secondaria della malattia aterosclerotica.