

## Motivare al cambiamento degli stili di vita: osservazione in medicina generale

**Pietro Maria Calderino**

Medico di medicina generale  
Crosetta del Montello (TV), AIMEF

**Massimo Bisconcini**

Medico di medicina generale, Quarto d'Altino (VE)  
Responsabile Nazionale  
Dipartimento Ricerca e Sperimentazione AIMEF

*Un gruppo di Mmg ha raccolto dati per verificare la quantità e la qualità di un approccio motivazionale volto a modificare gli stili di vita degli assistiti, in relazione ai loro problemi clinici. I risultati, oltre ad evidenziare che la maggior parte delle condizioni cliniche dei pazienti sono meritevoli di un cambiamento dello stile di vita, offrono lo spunto di discussione sulla necessità di una formazione specifica all'approccio motivazionale*

**I**l concetto del cambiamento degli stili di vita come prevenzione e terapia delle malattie croniche è sempre più riconosciuto e citato nella letteratura scientifica come componente della buona pratica clinica.

Tuttavia, la prescrizione a cambiare stile di vita è un connotato elementare e nel contempo forte della qualità della relazione tra il medico e il paziente. Affinché il cambiamento sia possibile, o comunque facilitato, sono necessarie due condizioni:

- abilità del medico;
- motivazione del paziente.

Per motivare il paziente, oltre alla conoscenza e applicazione di specifiche tecniche, è necessario che il medico dedichi del tempo a questa attività. In medicina di famiglia non sono disponibili studi e ricerche specifiche in questo settore.

Per tale motivo un gruppo di cinque medici di famiglia, operanti nel medesimo territorio, ha svolto una ricerca volta a verificare la quantità e la qualità dell'approccio motivazionale dei pazienti.

### Materiali e metodi

Incinque medici (4 donne e 1 uomo) lavorano nel medesimo territorio, nell'ambito dello stesso comune (Crosetta del Montello, Treviso).

La popolazione totale seguita da questo gruppo di medici è pari a 5.750 assistiti, omogenea per abitudini e tradizioni.

Per un periodo di dieci giorni lavora-

tivi consecutivi ciascun medico doveva completare una scheda di raccolta dati, subito dopo il termine della visita dei primi cinque pazienti giunti all'osservazione per motivi esclusivamente clinici. Il totale teorico atteso era di 250 schede.

La *tabella 1* evidenzia il contenuto della scheda di osservazione.

### Risultati

Dei 5.750 pazienti teorici osservabili, nei dieci giorni di osservazione, i cinque medici di famiglia ricercatori hanno avuto un totale di 1.375 contatti (pari a circa il 24%), con una media di circa 25 pazienti visti ogni giorno.

Tra questi ultimi sono stati considerati eleggibili solo i contatti medico-pa-

ziente diretti e con valenza clinica completa e di questi solo i primi cinque di ogni giorno.

Le schede validate sono risultate 197 (89 donne, 108 uomini). L'età dei pazienti per i quali sono state raccolte le schede di osservazione varia da 16 anni a 84 anni con una media di 50 anni, uguale tra maschi e femmine.

Le patologie emerse sono state raggruppate per gruppi omogenei nella *figura 1* (molti pazienti presentavano pluripatologie).

In quasi i tre quarti dei contatti registrati (72%) si sono evidenziate delle condizioni cliniche per le quali un cambiamento dello stile di vita, pregresso, attuale o futuro, è desiderabile o necessario (*figura 2*).

Per quanto riguarda il pregresso,

**Tabella 1**

Scheda di osservazione										
Le condizioni del paziente richiedono un cambiamento del suo stile di vita?	Si			No						
Il paziente ha già cambiato stile di vita a causa delle sue condizioni?	Si		No			Non so				
Hai già usato un approccio motivazionale in occasione di un precedente contatto con questo paziente?	Si Perché .....			No Perché .....						
Quanto tempo hai dedicato all'approccio motivazionale durante quest'ultimo contatto?	% rispetto al tempo totale di visita									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Pensi che il paziente abbia bisogno di un approccio motivazionale più intenso?	Si Perché .....			No Perché .....						

Figura 1

Tipologia dei problemi rilevati nel periodo di osservazione

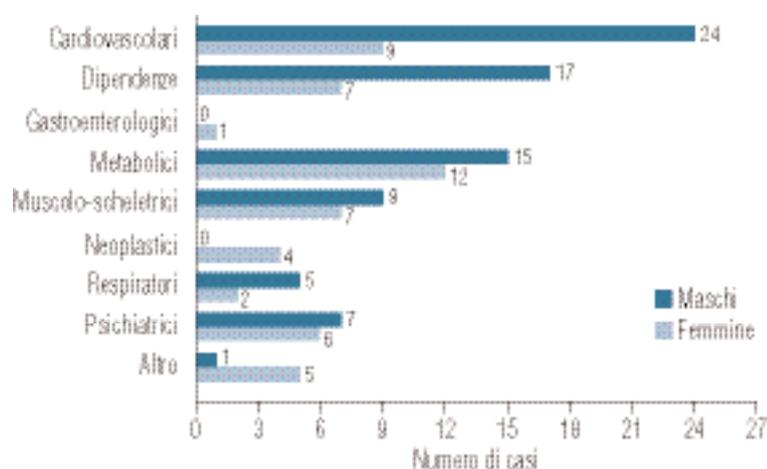


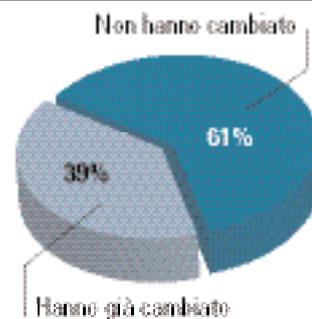
Figura 2

Soggetti che richiedono modifiche dello stile di vita (%)



Figura 3

Soggetti che hanno già modificato lo stile di vita, rapportati a soggetti che non l'hanno modificato (%)



il 39% dei contatti ha già attuato dei cambiamenti precedentemente alla registrazione dell'osservazione, mentre il 61% di coloro che si gioverebbe di un cambiamento non l'ha ancora attuato (figura 3).

La figura 2 e la figura 3 evidenziano come l'indicazione al cambiamento positivo sia presente nella grande maggioranza dei casi e di converso come sia ancora scarso il risultato sul cambiamento effettivo.

La figura 4 dimostra come i medici abbiano già dedicato altri contatti precedenti per motivare i loro pazienti, in

pratica in tre pazienti su quattro. Secondo i medici di famiglia che hanno partecipato alla ricerca, 140 pazienti sui 197 registrati (71% dei contatti) sono persone ricettive a comportamenti motivazionali, mentre i rimanenti 29% lo sono in misura minore o non lo sono per nulla (figura 5).

I medici hanno anche valutato la quantità di tempo dedicato alla motivazione, durante il colloquio con il loro paziente. I risultati dell'osservazione sono mostrati in figura 6. Nella figura 7 è sintetizzata l'opinione dei medici sul fatto che il paziente che

hanno davanti necessita di un ulteriore approccio motivazionale dedicato.



Associazione Italiana Medici di Famiglia

Italian Academy of Family Physicians

Convegno congiunto

Dipartimento di Reumatologia • Dipartimento di Ortopedia

# PATOLOGIE OSTEO-ARTICOLARI IN MEDICINA GENERALE: UPDATE 2009

Milano - Starhotels Business Palace  
30 - 31 gennaio - 1 febbraio 2009

Segreteria organizzativa

Figura 4

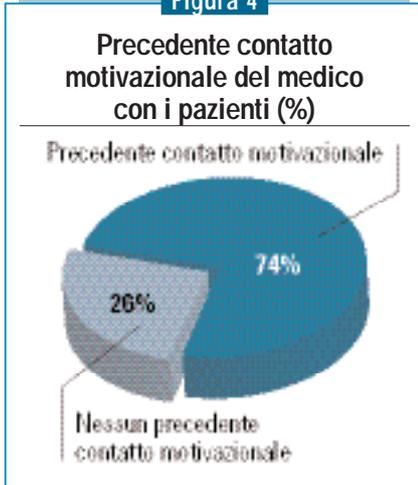


Figura 5

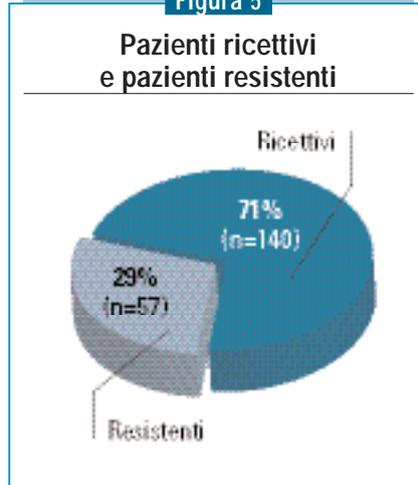


Figura 6

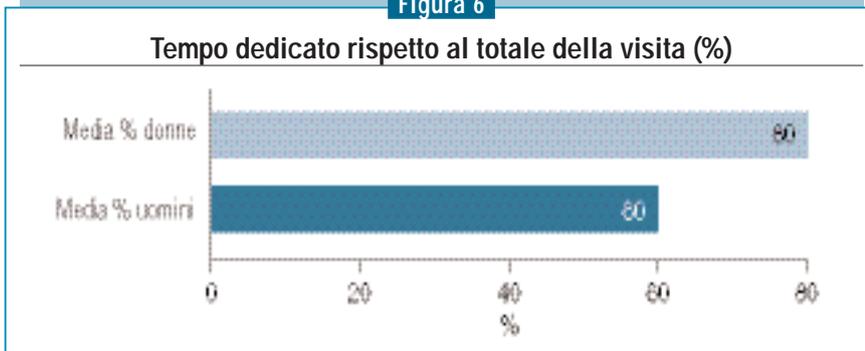
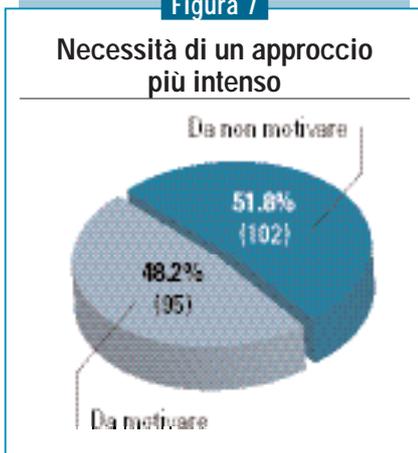


Figura 7



■ **Ulteriori dati**

Un modello teorico di riferimento per l'intervento motivazionale è quello della teoria dagli "stadi di cambiamento" di Prochaska e Di Clemente (tabella 2). Tale strumento è stato proposto all'interno del progetto "Motivate" (Motivational Skills Training in Health and Social Care) un'iniziativa pilota co-fi-

nanziato dalla Commissione Europea, nell'ambito del Programma Leonardo Da Vinci ed elaborata da un gruppo composto dalle Università di Sheffield, Cracovia, Leuven, Lubiana, Barcellona e, per l'Italia, dall'Associazione Italiana Medicina di Famiglia.

Scopo del progetto è la creazione di un piano europeo condiviso, tendente a promuovere il cambiamento degli stili di vita, attraverso l'applicazione di metodologie relazionali. Tale piano dovrebbe essere applicato da ogni operatore socio-sanitario nei confronti dei propri assistiti.

Il modello definisce sei fasi/stadi di cambiamento comportamentale:

► **Fase di precontemplazione** (stadio preliminare/primo sguardo al problema): non vi è alcuna intenzione di cambiare comportamento. La persona non è consapevole di avere un problema o non è stata fatta un'associazione tra un problema (percepibile) e un determinato comportamento.

► **Fase di contemplazione** (considerazione): viene preso in considerazione

il cambiamento di comportamento. Esiste un atteggiamento ambivalente rispetto al comportamento: l'individuo si rende conto che è necessario cambiare ma non sa decidersi a farlo. Il colloquio motivazionale consiste nell'approfondire questa ambivalenza e aiutare il soggetto a decidere di cambiare in meglio. L'idea di cambiare comportamento esiste, ma è ancora lontana, nel futuro.

► **Fase di preparazione** l'individuo si prepara a iniziare il cambiamento. Definisce un programma e intraprende le prime mosse valutando le difficoltà e cercando delle soluzioni. La decisione di cambiare comportamento è imminente.

► **Fase di azione:** il cambiamento di comportamento è iniziato. Vengono prese azioni concrete per conseguire l'obiettivo (il comportamento desiderato), ma il cambiamento del comportamento è ancora instabile. È ancora necessario supporto dall'esterno ed è possibile una ricaduta (un ritorno al vecchio comportamento).

► **Fase di mantenimento:** il nuovo comportamento è stato mantenuto per molto tempo e l'individuo è in grado di mantenerlo in modo stabile.

► **Fase di ricaduta:** ritorno al vecchio comportamento.

► **Fase di terminazione:** quando il nuovo comportamento è diventato il comportamento normale e non vi è alcuna tendenza a regredire.

Considerando questo modello e in relazione alla popolazione studiata che necessita di un cambiamento dello stile di vita, i medici ricercatori hanno liberamente, ma sinteticamente descritto l'atteggiamento dei loro pazienti, senza conoscere il modello di fase di Prochaska. I medici ricercatori, infatti, non conoscevano approfonditamente il modello di fase e l'assegnazione di ciascun paziente a una fase piuttosto che un'altra è stata fatta, a posteriori, dagli autori in base alle descrizioni libere che ciascun medico aveva fatto del comportamento del paziente. Gli autori, nella sequenza di operazioni di allocazione dei pazienti alle fasi di Prochaska operata in un secondo tempo, non hanno incontrato alcun ostacolo interpretativo, in quanto i medici ricercatori, in pratica in tutti i casi, avevano perfettamente

**Tabella 2**

**Il modello di fase per il cambiamento**

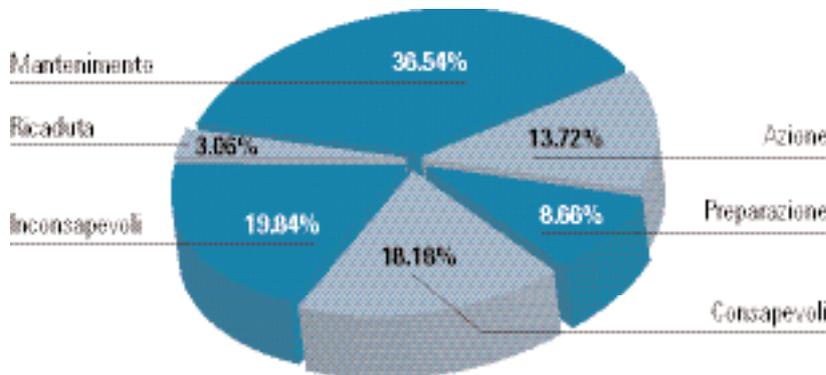
- Precontemplazione (inconsapevolezza)
- Contemplazione (consapevolezza)
- Preparazione
- Azione
- Mantenimento
- Ricaduta

Terminazione

*Prochaska J et al. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promotion 1997; 12: 38-48).*

**Figura 8**

**Distribuzione dei pazienti secondo la diagnosi di fase (%)**



te individuato le caratteristiche salienti del comportamento dei pazienti, pur senza etichettarli in una delle sei fasi canonicamente intese.

Nella *figura 8* sono indicate le percentuali della “diagnosi di fase” dei pazienti inclusi nello studio. Come si può osservare, il gruppo più numeroso dei pazienti si troverebbe nella fase di mantenimento. Accorpare i dati, circa la metà della popolazione deve ancora iniziare a fare realmente qualcosa (precontemplazione + contemplazione + preparazione) mentre l’altra metà (azione e mantenimento) ha già manifestato il cambiamento. I dati raccolti evidenziano un trascurabile 3% di ricaduta.

statazione che i medici partecipanti alla ricerca sopradescritta hanno correttamente individuato i tratti salienti del comportamento dei pazienti, pur non catalogandolo in modo canonico;

- sono necessarie ricerche strutturate e validate scientificamente per la reale misurazione dell’efficacia del metodo motivazionale per il cambiamento del-

lo stile di vita, in modo che i veri outcomes divengano una grandezza confrontabile ed elaborabile tanto quanto altri approcci terapeutici o diagnostici.

*Per ulteriori informazioni sul Progetto Motivate [www.motivateforchange.eu](http://www.motivateforchange.eu)*

**Commento**

Questa breve esperienza di raccolta dati non si configura certamente come lavoro scientifico, tuttavia evidenzia alcuni interessanti spunti di discussione:

- è necessario che i medici vengano formati maggiormente all’approccio motivazionale con i pazienti; è parimenti necessario che le abilità motivazionali e lo studio del comportamento vengano trasmesse precocemente nel curriculum universitario, alla stregua di qualsiasi altro approccio terapeutico tradizionale;

- in questi ultimi anni la disponibilità del modello operativo di Prochaska e il concetto di diagnosi di fase hanno reso più facile l’approccio al problema, anche da parte di medici prevalentemente formati a un approccio organicista: la prova di questo è la con-