

CONDOTTE DI VITA E DIABETE TIPO 2: CHE FARE?

V. MISELLI

Unità Operativa di Diabetologia e Malattie Metaboliche, Azienda USL di Reggio Emilia, Presidio Ospedaliero di Scandiano (RE)

Uno spettro si aggira per l'Europa, anzi per il mondo... I lettori non si preoccupino. Non hanno sbagliato rivista e neppure intendiamo parlare di politica. Lo spettro cui ci riferiamo non è quello evocato nel 1848 (1) ma il contemporaneo, crescente problema della sindrome metabolica. I dati più recenti mostrano che un terzo della popolazione in età matura o anziana è affetta dalla sindrome (2) e che, delle sue componenti, il diabete tipo 2 sembra avviato a raddoppiare entro il 2025 (3). Gli studi clinici di prevenzione primaria, come il Finnish Study (4) e il Diabetes Prevention Program (5), hanno documentato che gli interventi sullo stile di vita, inducendo un'alimentazione più corretta in termini di fibre e calorie e una maggiore attività fisica, riducono sensibilmente la progressione da ridotta tolleranza al glucosio a diabete tipo 2 conclamato attraverso una modesta, ma stabile, riduzione del peso corporeo. Anche nei pazienti già affetti da diabete tipo 2, intervenire sullo stile di vita rappresenta un efficace primo passo per migliorare il controllo metabolico e ridurre il rischio cardiovascolare (6), benché gli studi pubblicati avessero valutato soprattutto il ruolo dell'intervento farmacologico intensivo.

Tutto bene, allora? Non proprio. Il problema sorge quando si vogliono trasferire i risultati dei grandi trial alla pratica clinica quotidiana. Per essere efficaci, infatti, i protocolli di intervento sullo stile di vita comportavano frequenti incontri dei pazienti con infermieri specializzati, dietologi, exercise-physiologists, educatori e psicologi (4-6). Come attivare tutto questo nei nostri ambulatori sovraffollati e spesso sottodotati di strutture e personale?

La via maestra alla modificazione dello stile di vita passa attraverso l'educazione sanitaria, o terapeutica, del paziente diabetico. Pochi si sentirebbero di contraddire questa affermazione. Già Elliott P Joslin affermava nel 1918... che "Education is not a part of treatment. It is treatment" (7). Modalità e possibilità pratiche di integrare l'educazione sanitaria nella routine

clinica tuttavia sono impedita da motivazioni più terrene quali mancanza di tempo, personale e spazi dedicati. A ciò si dovrebbe aggiungere la carenza di progetti e metodologie educative la cui efficacia nel lungo termine sia stata sufficientemente documentata (8-10).

Di fronte alla marea montante del diabete, e della sindrome metabolica e dell'obesità più in generale, e di fronte al calare delle risorse che i governi sono disposti a destinare alla spesa sanitaria, è necessario porsi il problema di come riorganizzare il lavoro nei Centri di Malattie Metaboliche e Diabetologia. E, nel progettare questa riorganizzazione, è necessario prima di tutto riformulare il rapporto tradizionale fra operatori sanitari e paziente da un lato, e tra medici, infermieri e gli altri membri del team diabetologico dall'altro.

I problemi relativi a educazione terapeutica e riorganizzazione del team work nell'assistenza al diabete tipo 2 sono stati presi in esame in alcune recenti rassegne sistematiche e meta-analisi (9-11).

Gli obiettivi dell'educazione terapeutica nei pazienti con diabete tipo 2 sono: 1) ottimizzare il controllo metabolico, 2) prevenire le complicanze acute e croniche, 3) migliorare la qualità di vita. Il tutto con sforzi e costi sostenibili. Si tratta di obiettivi raggiungibili? Se sì, come? Le possibili metodologie educative spaziano dalla semplice informazione, per mezzo di tecniche didattiche formali o interattive, allo sviluppo di capacità manuali mirate (per es.: l'automonitoraggio della glicemia o la prevenzione e cura del piede diabetico) fino a un processo più complesso che prevede lo sviluppo della capacità del paziente di operare consapevolmente scelte consone a un più corretto stile di vita.

La prima di queste rassegne (9) ha selezionato 84 lavori pubblicati fra il 1980 e il 1999 e relativi a 72 studi controllati, prendendo in esame numerosi outcome. In generale, tutti i tipi di intervento educativo aumentavano le conoscenze sul diabete, con un

effetto che tuttavia non perdurava più di 6-12 mesi, se non si programmavano periodici rinforzi. Viene anche osservato che affidabilità e validità dei test utilizzati per valutare le conoscenze acquisite dai pazienti non risultavano documentate nella maggior parte dei lavori. L'addestramento alla corretta tecnica di automonitoraggio glicemico determinava un aumento di frequenza e maggiore accuratezza di esecuzione, che però non si traducevano in un miglioramento del controllo metabolico. Alcuni lavori riferivano l'efficacia degli interventi educativi nella prevenzione delle ulcere del piede, ma il dato non era confermato da altri. Per quanto riguarda i lifestyle behaviours, risultano documentati risultati prevalentemente positivi sui comportamenti alimentari (scelte dei cibi meglio orientate in base al contenuto di carboidrati, lipidi e calorie) mentre i dati sull'attività fisica sono contrastanti. Alcuni studi hanno anche documentato calo ponderale accompagnato da un miglioramento del controllo glicometabolico. Sul piano psicologico, gli interventi educativi si sono dimostrati capaci di migliorare le capacità di problem-solving e ridurre l'ansia, ma un miglioramento della qualità di vita diventa evidente solo per interventi di durata superiore ai 18 mesi.

Gli interventi basati sulla didattica formale, frontale o anche interattiva, sortivano effetti incostanti e di breve durata sul controllo metabolico. Quelli di tipo collaborativo-interattivo risultavano più efficaci dei precedenti, ma non emergevano correlazioni fra miglioramento del controllo metabolico e modificazioni delle conoscenze e dei lifestyle behaviours. L'intervento sulle capacità di adattamento (coping skills) mediante frequenti incontri di gruppo si è dimostrato utile in 2 studi su 3. Riguardo ai risultati sui fattori di rischio cardiovascolare, si ottiene in genere un modesto calo ponderale (~2 kg) se gli interventi sono regolarmente ripetuti, ma comunque l'effetto tende a perdersi entro 6 mesi dopo l'ultimo rinforzo. Sono state riferite riduzioni del colesterolo totale, LDL e aumento dell'HDL a seguito di interventi individuali, interattivi e ripetuti, mentre gli studi basati sulla didattica formale hanno tutti dato risultati negativi. I risultati sulla pressione arteriosa sono contrastanti (4 studi positivi e 4 negativi) e i pochi sulla mortalità tutti negativi, forse anche per la mancanza di sufficiente potere statistico. Infine, pochissimi studi avevano analizzato gli aspetti economici degli interventi educativi, per lo più con risultati contrastanti e senza mai condurre analisi costi-benefici. Una seconda meta-analisi sull'efficacia dell'educazione all'autogestione nel diabete tipo 2 (10) ha confermato che gli interventi migliorano i livelli di emoglo-

bina glicata nell'immediato, ma che l'effetto declina entro 1-3 mesi dal termine del programma se questo non viene mantenuto. In conclusione, gli interventi basati sulla didattica formale e finalizzati solo a trasmettere informazioni e conoscenze si traducono nel trasferimento di qualche nozione, ma gli effetti clinici sul controllo metabolico e pressorio e sul peso corporeo sono scarsi o del tutto inesistenti. Gli interventi di tipo collaborativo-interattivo, invece, producono effetti positivi sul controllo metabolico nel breve termine, che tuttavia tendevano a perdersi entro il primo anno. I risultati migliori su peso e controllo glicometabolico vengono ottenuti con l'approccio educativo di gruppo rispetto a quello individuale. Da questi dati sembra di poter dedurre che, per ottenere modificazioni durature dei comportamenti consapevoli, sia necessario agire su fattori diversi dalle conoscenze medico-tecniche. A sostegno di questa osservazione si può citare un dato che, pur non essendo evidence-based, è sicuramente esperienza quotidiana: spesso proprio i medici, pur con il loro bagaglio culturale professionale, hanno stili di vita malsani e comportamenti a rischio, a riprova che sapere non si traduce automaticamente in sapersi gestire correttamente!

Sul problema di come integrare l'educazione terapeutica nel diabetes management, un'altra rassegna sistematica (11) ha preso in esame 48 pubblicazioni relative a 41 studi che: 1) valutassero l'efficacia di interventi indirizzati al personale che segue pazienti diabetici non ospedalizzati (primary care, outpatient, community care), 2) avessero modalità e tempi di intervento ben definiti e 3) anche se non randomizzati, avessero almeno un controllo adeguato. Le conclusioni sono state che gli interventi formativi professionali complessi (per es.: corsi postgraduate) migliorano il processo di cura ma lasciano mal definiti (in quanto spesso non misurati) gli effetti a livello di patient outcome, mentre gli interventi organizzativi intesi a facilitare la revisione regolare dei pazienti in modo strutturato migliorano anche le misure di processo. Gli interventi complessi comprendenti patient education e/o l'accentuazione del ruolo infermieristico migliorano sia i patient outcomes sia i processi di cura.

In sostanza, perché un intervento educativo abbia, e mantenga, efficacia esso deve essere basato su metodologie interattive, preferibilmente di gruppo, e avere carattere di permanenza. È necessario in altri termini riorganizzare l'assistenza ai pazienti con diabete tipo 2 in modo che l'educazione vi sia compresa in modo strutturale e non come un'attività collaterale, spesso "prescritta" come un farmaco. Un'espe-

rienza pilota condotta durante gli ultimi anni a Torino (12, 13) e attualmente in fase di trasferimento ad altri centri italiani, mostra che forse è possibile la "quadratura del cerchio" di inserire un'attività educativa di gruppo nei nostri ambulatori sovraccarichi senza portare il carico di lavoro a livelli insostenibili. La chiave di volta è stato inventare un nuovo approccio all'assistenza del malato cronico che prescindesse dai modelli sviluppati per l'acuto. Si è ritenuto che il paziente cronico abbia principalmente bisogno di partecipare a un progetto di apprendimento permanente per migliorare le proprie condotte di salute, piuttosto che di colloqui spesso ripetitivi con l'operatore sanitario. I pazienti non insulino-trattati sono stati quindi inseriti in un programma di visite di gruppo progettate con approccio sistemico finalizzate esclusivamente all'educazione terapeutica. Programma e metodologie sono state sviluppate appositamente, prescindendo quanto più possibile dalla didattica formale. Il diabetologo fa ovviamente parte del gruppo educativo, ma esegue visite individuali solo quando un intervento medico è reso necessario da problemi clinici emergenti o quando il paziente lo richiede, oppure infine in occasione del check-up annuale per le complicanze. Randomizzando parte dei pazienti a gruppo di controllo, seguito con l'approccio medico-paziente tradizionale, è stato possibile dimostrare su un periodo di 4 anni che la group care ha indotto un calo ponderale modesto ma sostenuto, insieme all'aumento del colesterolo HDL e alla stabilizzazione dell'emoglobina glicata, che è invece andata peggiorando nei controlli, in accordo con quanto osservato nell'UKPDS (14). È stato possibile raggiungere questi risultati nonostante una diminuzione di dosaggio dei farmaci ipoglicemizzanti. Poiché nell'arco dei 4 anni di osservazione il rischio cardiovascolare, calcolato secondo la formula di Framingham, si era ridotto sia nei pazienti seguiti mediante group care sia nei controlli, soprattutto in seguito a un controllo più stretto dei valori pressori, e poiché i livelli medi iniziali di HbA_{1c} erano intorno a 7%, risulta evidente che l'assistenza educativa di gruppo aggiunge qualcosa di importante all'approccio ottimizzato multifattoriale attuato con i soli mezzi farmacologici. La valutazione degli aspetti educativi e psicologici ha permesso di documentare il progressivo miglioramento delle conoscenze dei pazienti sul diabete e della loro capacità di discernere situazioni di rischio e adottare di conseguenza atteggiamenti corretti con maggiore consapevolezza. È importante osservare che l'apprendimento era ancora in aumento al termine del 4° anno, nonostante si trattasse per lo più di persone anziane e bassa scolarità. Non meno

importante, a partire dal secondo anno di osservazione, è migliorata la qualità di vita. Tutti questi indici, al contrario, tendevano a peggiorare progressivamente nei pazienti di controllo. L'analisi econometrica mostra che questo approccio richiede qualche risorsa in più, soprattutto in termini di tempo, in quanto i pazienti, che gradiscono molto l'attività di gruppo, non mancano quasi mai gli appuntamenti. In ogni caso, con un corrispettivo di 2,12 euro spesi in più per ogni punto guadagnato sulla scala di misura della qualità di vita nell'arco dei 4 anni, l'intervento risulta sicuramente costo-efficace.

È probabilmente con programmi innovativi di riorganizzazione del lavoro e dei ruoli del team sanitario, e soprattutto valutando questi programmi mediante sperimentazioni condotte con lo stesso rigore con cui si affrontano gli aspetti fisiopatologici delle malattie metaboliche, che potremo fornirci di armi adatte a contenerne la minaccia dello spettro che sempre più minaccioso si aggira per il mondo.

Bibliografia

1. Marx K. Manifesto del partito comunista. Londra, 1848
2. Bonora E et al: Prevalence of insulin resistance in metabolic disorders. The Bruneck Study. *Diabetes* **47**, 1643-1649, 1998
3. King H, Aubert RE, Herman WH: Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* **21**, 1414-1431, 1998
4. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M, for the Finnish Diabetes Prevention Study Group: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* **344**, 1343-1350, 2001
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM: Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* **346**, 393-403, 2002
6. Gaede P, Vedel P, Parving H-H, Pedersen O: Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomized study. *Lancet* **353**, 617-622, 1999
7. Krall PL: Joslin Diabetes Manual, 34, Leo & Febiger ed, Philadelphia, 1989
8. Albano MG, Jacquemen S, Assal JP: Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches. *Acta Diabetologica* **35**, 207-214, 1998
9. Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM: Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* **24**, 561-587, 2001

10. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycaemic control. *Diabetes Care* **25**, 1159-1171, 2002
11. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ: Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* **24**, 1821-1833, 2001
12. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomerio F, Allione A, Vaccari P, Molinatti GM, Porta M: Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. A 2-year follow-up. *Diabetes Care* **24**: 995-1000, 2001
13. Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, Donnola C, Cavallo F, Bondonio P, Porta M: Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type 2 diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* **45**, 1231-1239, 2002
14. UKPDS Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* **352**, 837-853, 1998

Pervenuto in Redazione il 30/10/2002 - Accettato per la pubblicazione l'11/12/2002