

Modificare lo stile di vita, da desiderata chimera a obiettivo possibile

È ormai di acquisizione comune che uno stile di vita “sano” è un caposaldo potente, efficace ed economico di benessere e di prevenzione primaria e secondaria per diverse patologie, ma a fronte di ciò, il dato di fatto è che i casi in cui si riescono a operare dei cambiamenti reali e duraturi nel comportamento quotidiano sono relativamente pochi e le difficoltà molte.

Come fare perché questa prescrizione così importante sia messa in pratica?

Cambiare stile di vita: più facile a dirsi che a farsi. Seppur le prescrizioni di comportamento siano parte integrante di quelle mediche per una vasta moltitudine di problematiche, dai disturbi cardiaci a quelli circolatori, dal diabete alla sindrome metabolica, dalle neoplasie ai disturbi articolari e infiammatori, è altrettanto nota e sperimentata la difficoltà a implementare nella vita quotidiana le buone regole di sane abitudini. Eppure non stiamo parlando di qualcosa di accessorio: si stima che **gli investimenti nella prevenzione primaria, compresa la modifica dei comportamenti a rischio per la salute, potrebbero portare a un miglioramento di 4 volte dei risultati sanitari rispetto alla prevenzione secondaria basata sul trattamento farmacologico** (Hivert et al, 2016).

I dati indicano inoltre che la consulenza sullo stile di vita non si verifica di routine negli studi medici, rappresentando quindi un'opportunità persa. Secondo un documento dell'American Heart Association, i medici riferiscono di eseguire consulenza sullo stile di vita durante il 34% delle visite cliniche. I pazienti, a loro volta, riferiscono una frequenza ancora più bassa. Ad esempio, i pazienti obesi hanno riferito di aver ricevuto attività fisica e consulenza

dietetica dai loro medici di cure primarie rispettivamente durante il 20% e il 25% delle visite cliniche.

Lo stesso documento riporta che molti fattori contribuiscono a questa situazione. Per esempio i medici riferiscono spesso di non avere le conoscenze necessarie su come vari regimi dietetici e di attività fisica influenzino specifiche condizioni mediche o di non avere le competenze adeguate per svolgere in modo efficace la consulenza sullo stile di vita. Un altro ostacolo importante è che molti medici sono scettici sulla ricettività dei loro pazienti a tali consigli, credendo che “i pazienti non cambieranno comunque”. Infine, anche il tempo limitato degli incontri clinici ha un impatto negativo sulla prospettiva del medico riguardo al valore di questo tipo di consulenza (Hivert et al, 2016). A questo si aggiunge l'osservazione che talvolta gli stessi medici non rappresentano un esempio di stile di vita per i propri pazienti (Belfrage et al, 2018)

► Perché è difficile?

Dall'altra parte è oggettivo che le persone fanno una grande fatica a cambiare il proprio stile di vita, tanto che spesso ci rinunciano. I motivi di ciò sono diversi.

Innanzitutto va osservato che il no-

stro cervello non è strutturato per fare necessariamente “la cosa giusta” (al netto del significato che si possa attribuire alla “cosa giusta”, ma assumiamo che riguardi, in questo contesto, avere uno stile di vita “sano”). Il nostro cervello è strutturato per farci risparmiare energia. E questo è un meccanismo utilissimo per evitare che si investano tempo e sforzi per compiere attività sempre uguali. Ogni volta che si compie una nuova azione sono invece richiesti uno sforzo e un dispendio di energia superiori, tanto più se dobbiamo prendere continuamente delle decisioni. Per questo **le abitudini hanno un potere enorme**, perché permettono di ottenere il massimo risultato con il minimo sforzo. Lo svantaggio è che **il nostro cervello non distingue le abitudini nocive da quelle sane**: entrambe permettono di risparmiare energia e, tanto più se comportano una gratificazione, vengono ripetute. Cambiare i propri comportamenti, anche se lo dice il medico, richiede spesso grande impegno e fatica, perché sono necessari nuovi gesti e decisioni continue. E non solo: molte prescrizioni incidono in maniera importante su un'altra delle leve più potenti e primitive, e cioè il piacere. Queste dinamiche sono ancora più impattanti se non sono ancora emer-

se patologie, cioè in prevenzione primaria: la persona che tutto sommato sta bene, perché dovrebbe introdurre nella sua vita cambiamenti più penalizzanti senza che ne possa apprezzare i risultati, riducendo dei sintomi o per raggiungere uno scopo chiaramente tangibile e desiderato? Di fronte a questi inespugnabili mezzi difensivi non basta certo l'incontrovertibilità delle argomentazioni scientifiche, e neanche ci si potrà limitare a fornire informazioni sulla necessità di cambiamento facendo affidamento sulla razionalità, la consapevolezza o la motivazione. Sarà invece necessario guidare il paziente a realizzare concrete modificazioni delle sue azioni e fargliene mantenere per il tempo necessario per fare diventare un comportamento nuovo una nuova abitudine (Milanese et al, 2015).

► **Per piccoli passi**

Il coinvolgimento dei pazienti è essenziale per aumentare il loro controllo sulle abitudini di vita e sulla salute. Pertanto, è importante comprenderne le esperienze e le preferenze, ponendosi in una posizione di ascolto e facendo le domande che consentano di esplorare questi aspetti e quindi proporre soluzioni adatte e personalizzate (Lonberg 2022). E poi occorre avere pazienza. Spesso infatti, in seguito a un'urgenza o ritenendo che il proprio compito si esaurisca nell'informare il paziente sulla necessità di modificare lo stile di vita, il medico si aspetta che da subito il paziente si muova di conseguenza, scontrandosi quasi sempre con un "vorrei ma non ce la faccio" o con una granitica opposizione. Per aggirare questa resistenza, si può sfruttare proprio la forza delle abitudini: sostituendole gradatamente con nuove abitudini più utili e funzionali, saranno queste nuove a diventare durature. Perché questo sia realizzabile, un

suggerimento è quello di **iniziare ad introdurre il più piccolo ma concreto cambiamento che la persona è in grado di attuare**. Per esempio iniziare con il salire le scale a piedi, poi, dopo qualche tempo, aggiungere scendere alla fermata del bus un po' più lontana, poi fare le scale a due a due, e via dicendo. Oppure chiedere a chi mangia troppi dolci di fare un esperimento e provare a distribuirli nei 3 pasti invece che durante il giorno, poi a 1 pasto solo e via così. Piccoli cambiamenti progressivi portano nel tempo a grandi risultati. **Le nuove abitudini devono inoltre essere il più possibile piacevoli**, in modo che si possa innescare quella gratificazione che le rende desiderabili. Se a questo si aggiunge l'idea che nel tempo si possano raggiungere i risultati voluti, in termini non solo di salute ma anche di forma fisica e/o di benessere, si crea un consolidamento delle nuove abitudini ancora maggiore.

► **Eccezioni positive**

Può essere utile anche andare a cercare nel passato le **situazioni in cui la persona sia già riuscita ad ottenere dei successi**, per esempio smettere di fumare o evitare di abbuffarsi (Milanese R, Milanese S, 2015). Richiamare queste esperienze positive e fare emergere come la persona sia riuscita a realizzarli può aiutare a riconoscere quali dinamiche siano già stati utili in passato, e quindi eventualmente riutilizzarle. Inoltre questo processo può aiutare la persona a evocare il suo senso di efficacia, ricordando che le risorse per introdurre il cambiamento ci sono, visto che è già riuscita a farlo. Raramente i cambiamenti negli stili di vita possono essere avviati e mantenuti in un unico incontro, più spesso serve un accompagnamento a medio o lungo termine con ap-

puntamenti di controllo, magari anche distanziati ma ben cadenzati, con il medico o un'altra figura di supporto come "coach", finché il nuovo comportamento non sarà diventato un'abitudine consolidata e si manterrà nel tempo senza più fatica.

► **E le ricadute?**

In questo processo va tenuta in conto la possibilità di ricadute: lo "sgarro" alimentare, smettere di andare in palestra dopo essersi fermati anche solo per una piccola influenza, la sigaretta dopo avere smesso di fumare. In questo caso è fondamentale **evitare atteggiamenti colpevolizzanti o paternalistici**, che possono provocare un irrigidimento nella persona, che già potrebbe sentirsi in colpa o in fallimento da sola. Invece può essere prezioso **ristrutturare questa esperienza rendendola consapevole**, per esempio rilevando in quali condizioni si sia verificata. Per esempio se il paziente si è ritrovato a mangiare una vaschetta di gelato da solo in un momento di frustrazione e tristezza, può essere aiutato a riconoscere quello stato d'animo e sviluppare delle modalità alternative che possano aiutare a gestire quell'emozione in altra maniera più in linea con gli obiettivi prefissati (Milanese R, Milanese S, 2015).

► **La dieta**

Più le diete sono restrittive più sono efficaci. A breve termine. Nel tempo, nella stragrande maggioranza dei casi sono destinate a fallire, sia per un motivo fisiologico, per una questione di modifica del metabolismo che alla lunga sembra non favorire il mantenimento del favorevole rapporto tra massa magra e massa grassa, sia per questioni di tipo psicologico, per cui la sensazione di sacrificio e carenza diventa nel tempo insopportabile. Il meccanismo è quello per cui una cosa più è proibita

ta più diventa desiderabile.

Come evitare questa trappola? Un modo è quello di **inserire le “tra-sgressioni” in maniera funzionale al processo**, in maniera consapevole e controllata, per esempio limitandole a un giorno alla settimana, o a determinati contesti, famigliari o sociali, in modo che il momento del pasto sia piacevole e gratificante.

Con lo stesso principio, si può intervenire “sciupando” un rituale piacevole ma disfunzionale. Roberta e Simona Milanese fanno l’esempio di chi è abituato a mangiucchiare sul divano dopo cena davanti alla televisione, a cui si può dire “che è inutile che tenti di trattenersi, se proprio vuole delle patatine o del gelato che li mangi, tanto non riuscirebbe a fare diversamente. L’unica cosa che gli chiediamo però, è di spegnere la TV, andare in cucina, apparecchiare la tavola e degustare lì tutto quello che desidera, come se si trattasse di un pasto vero e proprio” (Milanese R, Milanese S. 2015)

▶ **Attività fisica**

I risultati di numerosi studi osservazionali indicano che l’attività fisica è in grado di ridurre i rischi legati all’incidenza di diverse patologie non trasmissibili, come il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari, l’ictus, alcuni tipi di tumore, **con un beneficio stimato che si avvicina in alcuni casi al 50-70%** (Nunan et al, 2013).

La sedentarietà, d’altra parte, è un fattore di rischio di malattia molto comune nei paesi industrializzati e le persone dichiarano spesso di avere troppi impegni lavorativi o familiari, e nel tempo libero preferiscono dedicarsi ad altre attività. Altri iniziano ma poi non continuano nel tempo.

Gli stessi meccanismi sulle abitudini, per piccoli passi e piacevoli, sono applicabili anche per quel che riguarda

TABELLA 1

5 suggerimenti per cambiare stile di vita in maniera duratura

- 1 Cambiare le abitudini per piccoli passi
- 2 Fare in modo che le nuove abitudini siano piacevoli
- 3 Cercare nel passato esperienze di successo che fungano da esempio
- 4 Fare del cambiamento un percorso di consapevolezza, apprendimento e conoscenza
- 5 Trovare motivazioni che siano non solo di salute ma anche attraenti

il movimento. E non solo: occorre che la motivazione sia attraente: non solo questione di salute, ma anche - quando pertinente- diventare più magri, tonici e piacevoli, per esempio, può aiutare a trovare la determinazione e mantenerla nel tempo.

Quindi non movimento ed esercizio fisico (solo) come medicina, ma come divertimento, apprendimento di nuove capacità e competenze, relazioni sociali e ricadute sul benessere, perdita di peso e piacersi, invitando il paziente a sperimentare e verificare. D’altra parte il nostro corpo è progettato per muoversi, non per l’inattività a cui spesso ci costringe la nostra vita quotidiana. Per questo, anche se all’inizio l’attività motoria viene vissuta come uno sforzo (cambiamento di abitudine), dopo un po’ di tempo tende a diventare piacevole e necessaria per sentirsi bene (tabella 1).

Indispensabile che sia l’alimentazione che l’attività fisica siano

personalizzate, determinando per ciascuno il proprio obiettivo, che dev’essere, come si diceva, anche attraente e stimolante. Soprattutto all’inizio può essere più importante seguire le preferenze e le sensazioni e solo in seguito pensare all’efficacia. “Il dottore del futuro non darà medicine, ma invece motiverà i suoi pazienti ad avere cura del proprio corpo, alla dieta e alla causa e prevenzione della malattia”, così annunciava questo detto attribuito a Thomas Edison. Non sappiamo se questa previsione sarà corretta, se non nella misura in cui possiamo pensare di trasformarla in obiettivo, per avere un mondo di persone più sane, responsabili della propria salute e capaci di prendere decisioni utili, per sé e, di riflesso, per la comunità. E in questo il medico può svolgere un ruolo educativo prezioso.

Livia Tonti
Giornalista e Life coach

BIBLIOGRAFIA

- Belfrage ASV, et al. Factors influencing doctors’ counselling on patients’ lifestyle habits: a cohort study. *BJGP Open* 2018; 2(3):bjgpopen18X101607.
- Hivert M-F, et al. Medical Training to Achieve Competency in Lifestyle Counseling: An Essential Foundation for Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases and Other Chronic Medical Conditions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2016; 134(15):e308-e327.
- Lönnberg L, et al. Lifestyle counselling - a long-term commitment based on partnership. *BMC Prim Care* 2022; 23: 35.
- Milanese R, Milanese S. Il tocco, il rimedio, la parola. La comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico. Ed. Ponte alle Grazie. 2015.
- Nunan D, et al. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. *Syst Rev* 2013; 2: 56.
- Selinger JC, et al. Humans Can Continuously Optimize Energetic Cost during Walking. *Curr Biol* 2015; 25: 2452-6. doi: 10.1016/j.cub.2015.08.016.