

## La consapevolezza come strumento per un approccio terapeutico più efficace in prevenzione secondaria

Claudio Coletta

U.O.C. di Cardiologia, P.O. Santo Spirito, Azienda USL RME, Roma

(G Ital Cardiol 2009; 10 (4): 256-258)

© 2009 AIM Publishing Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Dr. Claudio Coletta

U.O.C. di Cardiologia  
P.O. Santo Spirito  
Azienda USL RME  
Lungotevere in Sassia, 3  
00193 Roma  
E-mail: claudiocoletta@interfree.it

È nozione comune e accettata universalmente come la conoscenza e la consapevolezza dei fenomeni rappresentino la condizione necessaria perché gli interventi umani possano modificare in modo efficace la realtà che ci circonda ed arrivare più rapidamente alla soluzione dei problemi che vengono a turbare l'equilibrio della vita quotidiana. Se sono consapevoli del funzionamento della mia autovettura, ad esempio del fatto che ha bisogno di benzina per poter funzionare, è probabile che in caso di arresto imprevisto io possa più facilmente determinarne la causa e risolvere il problema o, ancora meglio, che io possa prevenirne l'accaduto facendo rifornimento al momento opportuno.

Questo principio, solo apparentemente elementare, è alla base dell'applicazione delle tecniche di educazione sanitaria (*counseling*) in medicina e, più specificamente, in cardiologia, dove trova gli ideali campi di applicazione nella gestione del paziente con scompenso cardiaco congestizio cronico e nelle strategie di prevenzione primaria e secondaria dell'aterosclerosi.

È intuitivo come l'approccio clinico su un paziente consapevole del proprio problema di salute, indipendentemente dal fatto che si tratti di una neoplasia metastatizzante, di una fibrillazione atriale o di un infarto miocardico acuto, garantisca, con le dovute eccezioni legate prevalentemente a situazioni di forte emotività, un risultato più efficace in termini di aderenza alla terapia, di collaborazione con il personale sanitario, di sorveglianza delle complicanze e degli effetti collaterali legati al trattamento.

Tutto questo sembra scontato, così come scontato è il fatto che gli operatori sanitari siano consapevoli della necessità di informare correttamente i loro pazienti, e di come questo sia alla base di un rapporto clinico e terapeutico corretto, paritario, moderno. L'igno-

ranza si cela dietro l'ignoranza, come ben insegna la storia della medicina, che ha visto il successo per millenni degli approcci basati sulla ciarlataneria, sul mistero, sulle formule misteriose, molto più vicini ad un atto di magia che ad un atto sanitario nel vero senso della parola. Purtroppo non sempre i pazienti e i loro parenti sono altrettanto convinti della necessità di conoscere l'esatta verità sul fenomeno malattia che, sopraggiungendo quasi sempre inatteso, va a rompere un equilibrio faticosamente costruito. Tutto ciò nell'illusione che tale equilibrio possa essere mantenuto lasciando le cose accadere per loro conto, affidandosi anima e corpo alla "sapienza" del sanitario curante e degli altri operatori. A conferma di ciò, basti pensare al generale consenso, diffuso fino a pochi anni or sono, sulla necessità di tenere all'oscuro il paziente neoplastico della propria prognosi, e di come questo atteggiamento fosse invocato dai familiari del paziente, se non, paradossalmente, dal paziente stesso (anche se in questo caso un meccanismo autoprotettivo sembra psicologicamente comprensibile).

Di fatto, è stato dimostrato come nella pratica clinica routinaria, al di fuori dunque da meccanismi rigorosi di controllo quali trial osservazionali e registri, i medici curanti dedicassero solo un quinto del loro tempo alla spiegazione della malattia, delle sue cause, delle conseguenze e dei rimedi possibili, e ciò in era ampiamente antecedente l'attuale, ulteriormente penalizzata da un disumanizzato approccio tecnologico alla malattia<sup>1</sup>.

### Counseling in prevenzione cardiovascolare secondaria

Pochi settori della medicina appaiono ideali campi di applicazione delle strategie di educazione sanitaria come la prevenzione cardio-

vascolare secondaria, quella cioè riservata a pazienti che hanno già subito un episodio ischemico acuto, una procedura di rivascularizzazione coronarica o che siano semplicemente affetti da diabete mellito, nel rispetto delle più recenti linee guida<sup>2</sup>.

È in tali pazienti che dagli anni '70 in poi e con particolare sviluppo nel decennio successivo, sono state elaborate strategie di intervento finalizzate a migliorarne l'outcome attraverso differenti meccanismi, tutti basati fondamentalmente su un'informazione corretta ed efficace, concernente le cause, le modalità e le conseguenze della malattia, le cure possibili e il modo di applicarle correttamente, la modifica delle abitudini di vita e, ove possibile, dei fattori di rischio, l'attenzione continua da parte del paziente stesso e dell'équipe assistenziale ai risultati raggiunti, infine il monitoraggio consapevole dei sintomi di allarme.

Numerosissimi sono stati i tentativi di standardizzazione di tali interventi nel tempo, resi ancora più complicati dalle differenze etniche, comportamentali, religiose, alimentari che, ad esempio, si riflettono in carte del rischio differenti fra paesi europei e Stati Uniti e, nell'ambito dell'Europa stessa, fra la popolazione italiana e il resto del continente. Eppure dei risultati sono stati raggiunti, gli item principali sono stati individuati, l'efficacia degli interventi in termini di compliance da parte dei pazienti è stata convincentemente dimostrata in numerosi studi, fra i quali ben si collocano i risultati del recentissimo EUROACTION<sup>3</sup>, che ha analizzato sia pazienti con patologia coronarica nota che pazienti in prevenzione primaria ma ad alto rischio cardiovascolare. Molto più problematica, invece, è stata la documentazione dell'efficacia di tali interventi educazionali in termini di outcome vero e proprio, soprattutto per la varietà estrema delle metodologie impiegate, per le differenti caratteristiche cliniche delle popolazioni studiate, per l'utilizzo o meno delle sedute di riabilitazione cardiologica in palestra nei vari programmi di intervento. A tale proposito Clark et al.<sup>4</sup>, in una recente metanalisi sull'argomento finalizzata alla valutazione costo-efficacia del *counseling*, hanno documentato, estraendo i dati da un consistente *pool* di studi randomizzati, un modesto eppure significativo effetto favorevole su mortalità cardiovascolare e su reinfarto indipendentemente dalla tipologia di intervento programmato (con o senza esercizio).

Numerosi restano ancora i dubbi e le incertezze, in una lunga serie di variabili confondenti delle quali qui di seguito vengono elencate le più importanti:

- Quando è utile iniziare un intervento di informazione e di responsabilizzazione: già in unità di terapia intensiva coronarica, alla dimissione, nel follow-up?
- Chi deve informare il paziente: il sanitario curante, gli infermieri della cardiologia, altre figure dell'équipe (psicologi, dietologi, terapisti della riabilitazione), tutti?
- È preferibile un rapporto individuale con il paziente o possono essere efficaci anche incontri di gruppo, e in questo caso, quale deve essere il numero massimo di partecipanti?
- Quale strumento tecnico standardizzare a tale scopo: incontri frontali, testi, diapositive, questionari applicati, filmati, animazioni video, ecc.?
- Con quali modalità e con quale cadenza reiterare l'approccio informativo e la sorveglianza sull'aderenza alle

prescrizioni: telefono, lettera, invito a ripresentarsi periodicamente agli incontri, appuntamenti semestrali, annuali, ecc.?

- Come modulare gli interventi sulla base delle caratteristiche psico-fisiche del paziente? Sarà davvero efficace la stessa strategia in un settantenne obeso, diabetico e affetto da malattia polmonare cronica e in una donna cinquantenne, normopeso, forte fumatrice e con attività lavorativa stressante?

## Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia?

È questo il titolo dello studio di Amodeo et al.<sup>5</sup>, pubblicato su questo numero del *Giornale Italiano di Cardiologia*. In questo lavoro il gruppo dell'Ospedale di Desio descrive l'efficacia, in termini di apprendimento sul proprio stato di salute e di disponibilità a modificare il proprio stile di vita, di un singolo intervento educativo espletato nella fase pre-dimissione o nei giorni immediatamente successivi dall'équipe infermieristica dell'U.O. di Cardiologia. Nel corso di una seduta di 2h, alla presenza dei propri familiari, i pazienti reduci da una sindrome coronarica acuta o da una procedura di rivascularizzazione coronarica venivano informati sulle cause e sulle conseguenze della malattia aterosclerotica e sulla necessità di modificare i fattori di rischio e le abitudini di vita. In tale occasione è stata offerta altresì la possibilità di interagire sia con gli operatori che fra gli stessi pazienti in un *feedback* informativo e motivazionale sicuramente virtuoso ai fini dell'apprendimento e del convincimento a modificare lo stile di vita.

Il punto di forza di questa esperienza, al di là dei risultati descritti ottenuti attraverso un questionario, sta nella semplicità e nella fattibilità del metodo applicato e nel profilo costo-efficacia di tale intervento, sicuramente favorevole al di là dei semplici dati numerici offerti a conforto. Colpisce, infatti, il dato che quasi la metà dei pazienti all'atto dell'ammissione allo studio non fossero consapevoli né del significato del termine aterosclerosi né dell'esistenza o della funzione delle arterie coronarie. Già questo piccolo, apparentemente banale dato di ingresso renderebbe ragione della necessità di un intervento informativo in questi pazienti, che li consapevolizzi nella comprensione e accettazione della loro malattia e delle sue conseguenze.

Ecco, dunque, perché è fondamentale che la comunità cardiologica italiana e in particolare i centri già attivi in tema di *counseling* infermieristico, vengano a conoscenza della metodologia e dei risultati di Desio e di tutte le altre iniziative che riguardano questi aspetti nel territorio nazionale. Poter confrontare la propria esperienza in merito vuol dire gettare la rete affinché in un prossimo futuro diventi concettualmente possibile standardizzare le metodologie di intervento, nel miglior equilibrio possibile fra costo ed efficacia.

Chissà se, al di là della necessità di documentare un miglioramento effettivo in termini di outcome, per il momento non ci si possa accontentare di pochi risultati sicuramente raggiungibili: una maggiore consapevolezza e quindi una migliore adesione al trattamento e una migliore qualità di vita per i pazienti reduci da un evento coronarico o da una procedura di rivascularizzazione.

## Bibliografia

1. Waitzkin H, Stoeckle JD. The communication of information about illness. Clinical, sociological, and methodological considerations. *Adv Psychosom Med* 1972; 8: 180-215.
2. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al, for the Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J* 2007; 28: 2375-414.
3. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al, for the EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 1999-2012.
4. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005; 143: 659-72.
5. Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L, Avanzini F, Di Giulio P, De Martini M. Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia? Utilità di un incontro educativo tenuto da infermieri. *G Ital Cardiol* 2009; 10: 249-55.