

L'educazione terapeutica in ambito cardiovascolare

Carlo Ciglia¹

Le degenze medie dei circa 100.000 casi di infarto miocardico acuto che si verificano ogni anno in Italia si sono estremamente contratte (nei casi non complicati 5-7 giorni) grazie a un atteggiamento aggressivo (trombolisi, angioplastica) e a una migliore organizzazione, che hanno drasticamente ridotto la mortalità ospedaliera. Ma questo, paradossalmente, non migliora gli esiti a distanza, come dimostrano i dati degli studi EUROASPIRE, che continuano a segnalare lo scarso controllo dei fattori di rischio e la non soddisfacente aderenza alle terapie prescritte nel post-infarto [1]. Sullo scenario delle malattie cardiovascolari in Italia pesano inoltre circa 1.000.000 di pazienti con scompenso cardiaco, sottoposti ad "affollate" terapie farmacologiche e spesso costretti a ripetuti nuovi ricoveri ospedalieri. Gli entusiasmi progressi in cardiologia – tecniche interventistiche su coronarie e valvole, nuove protesi, *pacemaker* sofisticati, defibrillatori impiantabili, *device bridge* al cardiotrapianto – hanno dilatato i campi di applicazione e migliorato la prognosi delle malattie cardiovascolari. Ma, a differenza di altri ambiti medici (diabetologia, nefrologia, onco-ematologia, pneumologia), la ricerca dell'alleanza terapeutica col paziente in cardiologia non ha trovato altrettanto puntuale applicazione e si avverte come non trascurabile la necessità di limitare derivate tecnologiche che potrebbero pesare negativamente sulla qualità di vita dei malati.

Si tratta di recuperare le radici antropologiche della Medicina: una prassi che applica verità scientifiche per il bene del paziente. In questa prospettiva trova la sua migliore

collocazione l'Educazione Terapeutica, definibile come «un atto terapeutico continuo, caratterizzato da: accompagnare, mettersi insieme, nella malattia cronica, per contrattare, concordare [...] la realizzazione di interventi possibili, finalizzati al raggiungimento del massimo risultato clinico e della migliore qualità di vita percepita per ogni paziente» [2]. Disciplina insegnata in molte Università europee, nell'iter formativo del medico e di altri operatori della salute, ha trovato in Italia illustri pionieri a Padova: Renzo Marcolongo e Leopoldo Bonadiman, in onco-ematologia e in medicina generale [3].

In ambito cardiologico il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR), soprattutto con l'Area Psicologi, si sta facendo carico di sviluppare questo approccio, estensibile alle strategie della Prevenzione [4]. «Se ogni malato è di fatto sempre obbligato ad imparare a gestire la sua malattia, allora chi lo cura è di fatto sempre tenuto ad insegnargli come farlo, a condizione che entrambi lo facciano con competenza» [3]. Quest'ultima presuppone un percorso, una formazione, purtroppo non reperibile nell'usuale curriculum dei medici e degli specialisti. È basilare una riflessione sull'idea stessa di malattia, ancora fortemente connotata dalla visione positivista: deviazione dalla norma di parametri biologici, da classificare (*disease*), trascurando il vissuto del paziente (*illness*) per una pretesa oggettività e lasciando sullo sfondo i riflessi familiari e sociali della stessa (*sickness*).

L'attuale modello bio-psico-sociale della malattia ha illustri referenti in ambito

¹ Responsabile del reparto di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva
Casa di cura "Villa Pini d'Abruzzo" Chieti

Corresponding author
Dott. Carlo Ciglia
carciglia@libero.it

medico e filosofico (Weizsacker, Jaspers, Gadamer, Pellegrino): malattia non come incidente di percorso, da cancellare al più presto, ma come una "chance", una possibilità che la vita dà a se stessa per comprendersi. Un'idea diversa di salute, come stato intermedio della vita dell'uomo in continua trasformazione, per raggiungere un punto ulteriore, di livello più alto, che indica qual è la direzione del nostro arco vitale (Weizsacker). Quindi un'opportunità per introdurre correzioni, cambiamenti, spesso in momenti di svolte biografiche [5]. È evidente quanto ciò sia rilevante anche in prevenzione primaria, per soggetti portatori di fattori di rischio cardiovascolare (fumo, obesità, ipertensione, diabete, dislipidemie) così strettamente legati allo stile di vita e ancora così rilevanti dopo un evento acuto: infarto miocardico acuto o intervento cardiocirurgico (prevenzione secondaria). Le paternali dei medici ancora oggi si concludono con frasi tipo «mi raccomando i farmaci... e la correzione dei fattori di rischio, ovviamente!», come se dall'esperienza della malattia acuta scaturisse automaticamente un radicale mutamento della vita precedente. È evidente il fallimento di questo tipo di approccio prescrittivo nella gestione della fase cronica della malattia. Il *counselling* motivazionale, nella sua forma breve (di ascendenza e diffusione anglosassone) [6,7], si propone come strumento dell'Educazione Terapeutica (culturalmente legata alla Francia), ma da considerare come pezzi complementari di un unico puzzle: quello dell'educazione alla salute. È «un intervento volontario e consapevole, basato su abilità di comunicazione e di relazione» [8], nei processi decisionali del paziente. Si tratta di lavorare con i pezzi che porta il paziente per costruire un percorso condiviso [6]. Se si immagina di "calare" questa modalità nell'incontro con un sopravvissuto a un infarto miocardico acuto, evento giunto improvvisamente nella sua biografia, si capisce che «non è possibile scorporare la comunicazione dall'intervento di cura per affidarla ad altri» [9]. La complessità del comportamento comunicativo, che usa i canali del verbale e del non verbale (intonazionale, paralinguistico, cinesico), include la capacità di ascoltare, di chiedere, di rispondere, anche emotivamente (non è proibito al medico!) e di informare/educare [10]. Tutto questo non è appannaggio esclusivo

dello psicologo, ma è richiesto a ogni operatore impegnato in attività sanitarie e sociali (*counselor*).

La tecnica del *role playing*, con l'uso della telecamera per la ripresa e la successiva analisi di incontri medico-paziente, veri o simulati, si è rivelata un ottimo e rapido strumento didattico nella formazione del *counselor*, perché consente di cogliere errori e criticità [11]. Nella nostra esperienza con i cardioperati la giusta valorizzazione dell'aspetto biografico si sostanzia nel chiedere la narrazione del percorso che ha portato all'intervento. Ascoltandola e guidandola otteniamo la "diagnosi educativa" del malato che abbiamo di fronte. La buona comunicazione è scomoda: «rinuncia a seguire il proprio filo logico, per accogliere la logica estranea del paziente» [9]. Chiedendoci/chiedendogli: «Chi è? Che ha? Che cosa sa e che cosa fa della sua malattia? Che progetti ha?» [3], avremo la più attendibile piattaforma scientifica per una accurata diagnosi e per impostare la migliore terapia, non solo farmacologica, con il suo coinvolgimento. La multiprofessionalità presente nell'ambito della Cardiologia Riabilitativa (oltre al cardiologo, lo psicologo, il fisioterapista, l'infermiere dedicato) consente un approccio "olistico" alla malattia. I periodici incontri di gruppo con i malati e con i loro familiari, partendo dalle loro domande sui fattori di rischio, sugli elementi peculiari delle varie patologie, sull'alimentazione e sull'attività fisica e lavorativa, diventano un punto di riferimento nella gestione della cronicità.

Stupisce riscontrare ancora molte resistenze e poca diffusione per questo "moderno" tipo di approccio terapeutico in cardiologia, che tra l'altro ha documentato un ottimo rapporto costo/beneficio [4]. Le risorse ancora troppo sbilanciate sulla fase acuta della malattia e una visione ancora troppo ospedalocentrica penalizzano queste nuove "visioni" presso i decisori del mondo della sanità, medici inclusi. Occorre dotarsi di un'ottica nuova, che comprenda un'altra domanda: perché il medico non cambia? La sua formazione deve essere rivisitata. Per curare al meglio bisogna «usare proprietà chimico-biologiche e culturali; avere a disposizione più riferimenti (farmacologici, etici, genetici, antropologici, biologici) cioè più logiche, più risorse, inclusi i mondi personali del malato e del medico» [12].

BIBLIOGRAFIA

1. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 121-37
2. Carboni L. Strumenti educativi: creatività ed efficacia. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo*. Atti 3° Congresso Roche Patient care. Villa Erba (Como), 2000
3. Marcolongo R, Bonadiman L, Rossato E, Belleggia G, Tanas R, Badon S et al. Curare "con" il malato. L'Educazione Terapeutica come postura professionale. Torino: Edizioni Change, 2006
4. ASSR Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. ASSR: 2005
5. Tolone O. La malattia immortale. Nuovo pensiero e nuova medicina fra Rosenzweig e Weizsacker. *Teoria* 2008; 1: 235-42
6. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Trento: Erikson, 2004
7. Butler C, Mason P, Rollnick S. Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve. Trento: Erikson, 2003
8. Bert G. Per un miglior rapporto tra medico e malato: un traguardo possibile. *Recenti Progressi in Medicina* 2006; 97: 548-55
9. Quadrino S. Il professionista sanitario e la comunicazione: storia di un amore difficile. *Janus* 2006; 23
10. Sommaruga M. Comunicare con il paziente. Roma: Carocci Faber, 2005
11. Moja E, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina, 2000
12. Cavicchi I. Le metamorfosi nella medicina: tra ipotesi e libertà. In: AA.VV. L'educazione come terapia a cura di S.Spinsanti. Roma: Esseditrice, 2001