



Il CardioPsicologo: lo Psicologo in reparto, Legnano.

"Patient Reminder" progetto di prevenzione che pone al centro la persona con patologia cardiaca

INDICE:

1. Il CardioPsicologo: lo Psicologo in reparto
2. Riferimenti bibliografici
3. Altre letture su HT

1. Il CardioPsicologo: lo Psicologo in reparto, Legnano

Roberta Dell'Acqua

Psicologa Psicoterapeuta ad indirizzo umanistico-esistenziale.

Lavora come Cardiopsicologa presso L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese - presidio di Legnano e di Cuggiono.

Si occupa di progetti per la prevenzione delle patologie cardiovascolari, aderenza alla terapia e per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Nell'articolo sono riportati i risultati clinici dell'esperienza lavorativa in riabilitazione cardiorespiratoria. Nello specifico si è strutturato un progetto concreto per favorire l'aderenza alla terapia nel tempo e quindi migliorare la qualità di vita delle persone dopo un intervento al cuore.

Le patologie cardiovascolari sono tra le principali cause di morte e di disabilità nei paesi sviluppati e, nonostante i numerosi progressi della medicina per intervenire nella fase acuta della malattia, si registrano ancora numerosi casi di riospedalizzazioni dovute a una mancata aderenza delle persone alla terapia.¹

Se nell'emergenza, quindi, si interviene bene e subito sull'organo malato, non si sta facendo abbastanza sull'organismo nella sua complessità.

Le patologie cardiache hanno molti fattori di rischio legati allo stile di vita e la non aderenza e la mancanza di compliance alle medicine sono i principali fattori di rischio di recidiva, perché annullano gli effetti positivi delle terapie ricevute in ospedale.²

La persona che ha un problema al cuore si ammala di una patologia complessa che necessita un supporto multidisciplinare (in fase acuta ma anche in una successiva fase di riabilitazione e nel post



degenza), al fine di favorire l'aderenza alla terapia a lungo termine e la modifica dello stile di vita (astinenza al fumo, alimentazione equilibrata, attività fisica regolare e gestione dello stress e dell'ansia).

Lavorando in un'ottica di *Umanizzazione della Medicina*, diventa così importante una presa in cura del paziente cardiopatico in modo integrato, considerandolo nella sua complessità, non solo fisica ma anche psicologica e sociale.³

Nell'ASST, e nello specifico nei presidi di Legnano e di Cuggiono, si è concretizzato in questi anni il passaggio "*dalla cura al prendersi cura*", lavorando in un'ottica integrata secondo un modello bio-psico-sociale e spostando quindi l'attenzione dalla cura del solo muscolo cardiaco ad un prendersi cura della persona cardiopatica, considerata come organismo globale, degno di fiducia e facente parte di un sistema olistico.

Il concetto stesso di salute auspica, infatti, che il soggetto assuma un ruolo attivo nella promozione del proprio benessere e che sia in grado di influenzare il proprio stato psico-fisico attraverso il cambiamento di stili di vita, cioè scelte coscienti e finalizzate a migliorare il rapporto con gli altri e con se stessi.

Cambiare i comportamenti non salutari come il tabagismo, la sedentarietà e la gestione dello stress, o modificare i fattori di rischio correlati alla patologia tra cui il diabete, l'ipertensione e le dislipidemie, sono impegni spesso compromessi da vari ostacoli come la scarsa conoscenza della patologia e dei fattori di rischio o la poca motivazione al cambiamento.

Questo processo di aderenza - intesa non solo come terapia farmacologica ma anche come gestione di comportamenti salutari - è fortemente influenzato da fattori di natura psicologica, per esempio sintomi ansioso-depressivi e negazione o sottovalutazione dell'evento stesso di malattia.⁴

Per favorire un'aderenza alla terapia non basta riabilitare il fisico, ma bisogna anche aiutare la persona a comprendere cosa sia successo e a significare in modo soggettivo l'esperienza di malattia.

La narrazione, la scrittura e l'espressione della creatività anche attraverso l'arte sono i recenti strumenti inseriti all'interno di questo progetto proprio per migliorare l'alfabetizzazione emotiva della persona.

Considerare la patologia da un punto di vista fenomenologico valorizza la centratura della persona, non più da considerare come paziente passivo, ma parte integrante del suo percorso di cura.⁵

Importante è anche creare una Continuità Assistenziale "Ospedale-Territorio" attraverso la collaborazione con le Asl e le associazioni.

Un esempio concreto che il presidio ospedaliero di Cuggiono ha realizzato con l'Asl Mi 1 è stato l'inserimento personalizzato e monitorato di pazienti cardiopatici nelle realtà dei gruppi di cammino, presenti già nel territorio.

Poiché è noto che il curare non termina con la dimissione da una struttura ospedaliera ma significa prendersi cura di una persona anche al suo rientro a casa, per aiutare le persone a continuare a camminare con costanza anche dopo la degenza è necessario dare loro strumenti concreti per facilitare il processo di cambiamento.

Qui di seguito sono riportati i risultati di uno studio realizzato nell'Ospedale di Cuggiono nell'anno 2015 per incrementare l'aderenza del paziente.



Il progetto, chiamato "*Patient Reminder*", ha previsto un monitoraggio dello stato di salute del paziente per 6 mesi attraverso reminder telefonici e questionari strutturati per valutare lo stato di aderenza.

All'interno dell'equipe multidisciplinare, lo Psicologo ha seguito i pazienti dimessi dalla riabilitazione cardiorespiratoria a distanza di 1-3-6 mesi dalla dimissione: in base alle esigenze del paziente, i reminder potevano essere effettuati tramite recall telefonici e intervista sullo stato di salute, messaggi personalizzati o colloqui individuali (e con il caregiver) in modo ambulatoriale presso il reparto.

Lo studio ha coinvolto 140 persone ricoverate per patologia cardiaca nell'anno 2015 nel presidio ospedaliero di Cuggiono. Il progetto ha previsto l'utilizzo di una piattaforma tecnologica per inviare messaggi o spedire email personalizzate di supporto all'aderenza con periodicità variabile.

Una batteria di questionari è stata somministrata nelle 3 fasi di follow-up per verificare l'aderenza alla terapia (Scala di Morisky, Test di Fagerström, Scale di Aderenza, HADS).

I risultati dello studio dimostrano che la quasi totalità delle persone (95%) ha mantenuto l'aderenza alla terapia farmacologica in modo costante in tutte le 3 fasi di follow-up.

A sei mesi dalla dimissione il 75% riferisce di svolgere ancora costante attività fisica e di seguire le indicazioni alimentari fornite in ospedale.

Un 30% delle persone si è inserito in Gruppi di Cammino sul territorio, mostrando soddisfazione.

Dal test di Fagerström solo il 20% delle persone che risultavano fumatrici in ingresso a distanza di 6 mesi dichiara di continuare a fumare in modo lieve.

Per quanto riguarda lo stato psicologico, dopo 3 mesi dalla dimissione i livelli di ansia e depressione sono significativamente diminuiti e permangono anche a 6 mesi dalla degenza.

Solo 4 pazienti, di età > 80 anni hanno avuto un accesso in pronto soccorso tra il terzo e il sesto mese.

I risultati dello studio rafforzano l'importanza di supportare il paziente nel post degenza attraverso un follow-up personalizzato che risulta essere uno strumento concreto per incrementare l'aderenza alla terapia e lo stile di vita e, dunque, migliorare la qualità del benessere.

Accompagnare la persona attraverso il progetto "*Patient Reminder*" significa non farla sentire sola e abbandonata, e, soprattutto, considerarla nella sua complessità (lavoro, famiglia, abitudini sociali, etc.) per aiutarla nella gestione della propria salute.

Questo studio ha dimostrato come la patologia cardiaca necessita di essere trattata da un punto di vista bio-psico-sociale, e di come risulti sempre più indispensabile continuare a investire non solo nella cura e nella ricerca in fase acuta, ma anche in una prevenzione secondaria integrata e centrata sulla persona.



2. Riferimenti bibliografici

1. Jesi A.P., Giannuzzi P., Griffo R., Urbinati S., Tassoni G., Baldi C., Sommaruga M., Iannucci M., Sanges D., Robiola R., Carbonelli M. G., Familiari M. G., Saggiocca L., Bianco E., Cristinziani G. R., Amari C., Richichi I., Alessandrini F., Mordenti F., Mauro B., Mozzetta S., Miglioretti M., Buchberger R., Cammarano R., Sampaolo L. (2005), "*Linee guida su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari*", www.pnlg.it
2. Cigoli V. & Mariotti M. (2002), "*Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*", Milano: Franco Angeli
3. Perino F. (2002), "*L'approccio Centrato sulla Persona in ambito sanitario. Da Persona a Persona*"
4. Majani G., Pierobon A., Giardini A., Callegari S. (2007), "*Valutare e favorire l'aderenza alle prescrizioni in riabilitazione cardiologia e pneumologica*", Pavia: Pime
5. Molinari E., Bellardita L. & Compare A. (2007), "Una psicologia clinica per la malattia cardiaca", in E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.), *Mente & cuore, Clinica psicologica della malattia cardiaca*, Milano: Springer

3. Altre letture su HT

- Laura Messina, "*Psiconcologia: Mastectomia e significati simbolici del seno*", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 71, 2011