

Multidisciplinarietà in riabilitazione cardiologica ed in prevenzione secondaria, dalla valutazione all'educazione terapeutica: un progetto formativo

Multidisciplinary team in cardiac rehabilitation and secondary prevention, from the assessment to the education: an educational project

Letizia da Vico¹, Maddalena Ciompi², Francesca Schininà², Elena Sogaro²,
Weruska Mannelli¹, Sandro Cortini³

ABSTRACT: *Multidisciplinary team in cardiac rehabilitation and secondary prevention, from the assessment to the education: an educational project. L. da Vico, M. Ciompi, F. Schininà, E. Sogaro, W. Mannelli, S. Cortini.*

The authors explain the training project: "Multidisciplinary in cardiac rehabilitation and secondary prevention: from the evaluation to the therapeutic education", the rationale and purpose of a pathway for patients with ischemic heart disease treated in the acute phase with both medical and surgical means, and then placed in a rehabilitation program.

The training project was transformed into a learning event for the Region of Sicily and later for the Region of Tuscany that has adopted it, encouraging the spread over the entire region.

It highlights the role of the team, which focuses on the patient, converging on its multidisciplinary expertise

whose goal is the reintegration of the subjects in their life-context, with appropriate evaluation, treatment and changes in lifestyle. From the valuations and declining the specific interventions to each job profile according to the principle of synergy obtained by multi-professional integration. All phases of the training project (assessment, intervention, evaluation) are addressed by each of the professionals (nurse, dietitian, physiotherapist, psychologist) that under the responsibility of the cardiologist realize, within the welfare, a concrete process of therapeutic education from which no one can ignore the "vision" of a global care of the patient.

Keywords: cardiac rehabilitation, multidisciplinary, interdisciplinary, therapeutic education, teamwork.

Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 35-42.

¹ Servizio Tecnico Sanitario, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze.

² SOD Riabilitazione Cardiologica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze.

³ Associazione Italiana Fisioterapisti, Toscana.

Letizia da Vico - Dietista, Referente Area Dietisti Gruppo Italiano Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR), componente del gruppo di lavoro dietisti in Riabilitazione Cardiologica Associazione Nazionale Dietisti (ANDID); Maddalena Ciompi - Infermiera; Francesca Schininà - Psicologo clinico, componente del gruppo di lavoro psicologi GICR-IACPR; Elena Sogaro - Psicologo clinico; Weruska Mannelli - Fisioterapista, docente a contratto Corso di Laurea in Fisioterapia Università di Firenze; Sandro Cortini - Fisioterapista, referente Area Cardiovascolare Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.)

Corresponding author: Dott.ssa Letizia da Vico; Dietista Servizio Tecnico Sanitario; Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Via delle Oblate 4 - I-50139 Firenze, Italy; E-mail address: davicol@aou-careggi.toscana.it

Premessa

Il concetto di riabilitazione cardiologica ha subito una consistente trasformazione in rapporto alla varietà di programmi che oggi vengono differenziati per profilo di rischio e gravità clinica del paziente e con l'attuazione di strategie che favoriscano il mantenimento a lungo termine dei benefici della riabilitazione, attraverso l'intervento di più figure professionali che operano in maniera integrata e sinergica.

Le Linee Guida sulla prevenzione cardiovascolare della Società Europea di Cardiologia [1] raccomandano estesamente tutti gli interventi non farmacologici ed educativi strutturati e multidisciplinari atti a favorire l'applicazione di percorsi di preven-

zione per soggetti ad elevato rischio o con esiti di patologia cardiovascolare.

Le ultime Linee di indirizzo per la Riabilitazione prodotte dal Ministero della Salute [2] affrontano l'intero ambito della riabilitazione, inclusa quella relativa alle malattie cardiovascolari. In esse si richiama il ruolo centrale del *team* che, realizzando il programma attraverso il lavoro interprofessionale ed interdisciplinare, rappresenta il metodo più efficace per favorire il raggiungimento di obiettivi terapeutici mirati, continuativi ed efficaci in relazione ai bisogni reali del paziente.

Il documento di consenso della società scientifica Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva/Italian Association for Cardiovascular Pre-

vention and Rehabilitation (GICR/IACPR) su Requisiti e indicatori in Cardiologia Riabilitativa [3] ribadisce l'importanza del team multidisciplinare e multiprofessionale sotto la diretta responsabilità del cardiologo esperto in Cardiologia Riabilitativa che coordina gli interventi secondo un percorso strutturato.

Tuttavia sia nella formazione universitaria che nei numerosi corsi di aggiornamento delle Società scientifiche o Associazioni Professionali, molto raramente viene trattato l'argomento della integrazione tra professioni non tanto in termini organizzativi o sindacali, ma nell'esercizio della specifica attività assistenziale. Per queste ragioni, poiché la Cardiologia Riabilitativa è un esempio in cui la multidisciplinarietà tra i differenti profili professionali trova la sua massima espressione (e può produrre il suo massimo risultato terapeutico), è stato concepito il percorso formativo che qui di seguito viene illustrato.

**Progetto di formazione:
Multidisciplinarietà in Riabilitazione
Cardiologica ed in Prevenzione Secondaria:
dalla Valutazione all'educazione Terapeutica**

Grazie all'esperienza acquisita nel corso degli anni dal Gruppo di professionisti che afferiscono alla Struttura Organizzativa Dipartimentale di Riabilitazione Cardiologica della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze (Centro di Riferimento Regionale, Direttore Prof. Francesco Fattoroli) ed alle funzioni didattiche svolte dai diversi componenti del team nell'ambito della formazione universitaria ed alla partecipazione, in qualità di docenti, ad iniziative formative promosse dalle principali Società Scientifiche nazionali, è stato strutturato il progetto per un Corso di formazione rivolto alle componenti professionali impegnate direttamente nella Cardiologia Riabilitativa e preventiva: infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo.

Le prime due edizioni del corso di formazione si sono svolte nel 2012 a Caltanissetta su invito del Centro di Riferimento Regionale per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario della Regione Sicilia (CEFPAS) (Tabella 1).

Nel 2013 il progetto è stato adottato dalla Regione Toscana, che ha articolato un programma obbligatorio per il personale Sanitario della Regione con sei edizioni svolte in collaborazione con il Laboratorio Regionale per La Formazione Sanitaria (FORMAS) (Tabella 2).

Tabella 1. - Profilo professionale degli operatori formati nelle due edizioni del Corso nella Regione Sicilia

Medici	12	21%
Infermieri	22	38%
Fisioterapisti	12	21%
Dietisti	5	8%
Psicologi	7	12%
Totale	58	

Tabella 2. - Profilo professionale degli operatori formati nelle sei edizioni del Corso nella Regione Toscana

Medici	22	17%
Infermieri	37	29%
Fisioterapisti	45	36%
Dietisti	12	10%
Psicologi	10	8%
Totale	126	

In accordo con il principio del corso, ovvero il valore della multidisciplinarietà e della operatività interprofessionale, la metodologia adottata per l'organizzazione degli interventi dei docenti e dei contenuti didattici, è stata finalizzata a far emergere la dimensione inter-multidisciplinare di ogni fase di intervento (valutazione, trattamento, educazione alla salute, dimissione) del percorso terapeutico in riabilitazione cardiologica ed in prevenzione secondaria.

A tale scopo l'articolazione del percorso didattico ha seguito il dispiegarsi dell'iter terapeutico del paziente con cardiopatia in riabilitazione cardiologica e dell'integrazione ed inter-operatività dell'équipe nelle varie fasi.

Il corso si sviluppa nei seguenti temi:

- illustrazione dei contenuti delle Linee Guida europee sulla Riabilitazione e Prevenzione cardiovascolare e delle Linee di indirizzo ministeriali sulla Riabilitazione, relativamente al settore cardiovascolare; le indicazioni operative fornite dalle Linee Guida nazionali ed internazionali;
- stato della Riabilitazione e della Prevenzione Secondaria in Cardiologia nel panorama nazionale e nelle specifiche Regioni; le opportunità e le criticità determinate dalla attuale legislazione regionale;
- le evidenze sugli effetti della riabilitazione nelle principali patologie cardiovascolari; i differenti modelli organizzativi in cui può essere articolata la prevenzione delle malattie cardiovascolari e la Cardiologia Riabilitativa;
- modalità di valutazione clinica e strumentale e del rischio globale; definizione dei percorsi terapeutici differenziati in funzione del profilo di rischio e della complessità clinica nelle differenti diagnosi di accesso;
- principali valutazioni delle capacità motorie; principi fondamentali dell'allenamento cardiovascolare; effetti dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione secondaria; educazione del paziente alla gestione dell'esercizio fisico in efficacia e sicurezza;
- modalità di valutazione dello stato socio-familiare e lavorativo; conoscenza della patologia e dei fattori di rischio cardiovascolari; aderenza alla terapia farmacologica; interventi educativi sulla gestione dei fattori di rischio e sul miglioramento dell'aderenza ai farmaci;
- utilizzo del modello di assistenza nutrizionale – comprendente valutazione, diagnosi, intervento

e monitoraggio nutrizionale – metodo sistematico di soluzione dei problemi volto a stimolare il pensiero critico, prendere decisioni per affrontare problematiche relative all'alimentazione e fornire una assistenza nutrizionale sicura ed efficace;

- valutazione dei disturbi prevalenti della sfera psicologica ed emozionale (ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress); capacità di coping; specifiche caratteristiche di personalità e ruolo del supporto sociale. Elementi del colloquio psicologico clinico e strumenti psicometrici appropriati per le diverse fasi del percorso di valutazione e contenuti formativi relativi alle fasi di accettazione della malattia, ai modelli teorici sul cambiamento comportamentale, ai costrutti di coping e resilienza.

Struttura

L'obiettivo generale del corso di formazione è stato definito come: "Conoscere ed acquisire principi e tecniche dell'intervento multidisciplinare e multiprofessionale in riabilitazione e prevenzione cardiologica". Gli obiettivi specifici cui mirare alla fine del corso sono stati definiti come l'acquisizione di capacità in:

- 1) Individuare le principali caratteristiche dell'approccio integrato del team al paziente con malattia cardiovascolare nel programma di riabilitazione e prevenzione secondaria;
- 2) Applicare strumenti di valutazione, utilizzare metodologie di trattamento e strategie educative appropriati ed integrati, per ogni ambito professionale ma in sinergia tra i differenti settori;
- 3) Realizzare il coinvolgimento attivo del paziente, di familiari e caregiver, nel percorso terapeutico;
- 4) Utilizzare modalità di interazione ed integrazione tra i differenti componenti del team.

Metodologia didattica e strumenti

Il corso si articola in 2 giornate per un totale di 16 ore di didattica attiva, mediante lezioni frontali, sessioni interattive, role playing, simulazione con dibattito, utilizzo di strumenti, presentazione di filmati. I docenti, per la modalità che è stata strutturata, sono co-presenti per l'intera durata del corso in quanto impegnati continuamente nelle varie fasi e modalità didattiche.

Lezioni frontali

Le lezioni frontali sono progettate per favorire e rendere omogeneo, nell'ottica della multidisciplinarietà, il livello di conoscenze e competenze dei discenti. Durante gli interventi viene favorito uno spazio di riflessione, incoraggiando domande e esperienze sugli argomenti trattati.

Sessioni Interattive

Per facilitare e stimolare il coinvolgimento dei corsisti sono state create sessioni interattive: attraverso l'utilizzo di filmati, vengono proposti ai discenti casi clinici con la richiesta di scegliere la strategia diagnostica o terapeutica più adeguata. Le osservazioni di ognuno sono poi discusse in seduta

plenaria, in modo da creare uno stretto legame tra la formazione e la realtà operativa dei partecipanti.

Role playing

Il role playing consiste nella "messa in scena" di un incontro di educazione alla salute, chiedendo ai discenti di immedesimarsi nel ruolo di paziente o familiare di un paziente, che partecipa alla riunione durante il programma di riabilitazione. I docenti interpretano il ruolo degli operatori, come avviene nella realtà; quando necessario alcune domande tipiche rilevate nelle riunioni con i pazienti possono essere suggerite per integrare quelle poste spontaneamente.

Con questa tecnica i discenti sono chiamati ad avere un ruolo attivo all'interno del percorso formativo: entra quindi in gioco la capacità di immedesimazione di ciascun soggetto. Questa capacità non è di facile accesso e possono sorgere nei partecipanti sentimenti di disagio rispetto all'abbandonare il ruolo di professionista sanitario per porsi in quello di malato o familiare e rispetto al sentirsi osservati e giudicati. Tali sentimenti possono pregiudicare il processo di role playing stesso, con un relativo impoverimento dei contributi di ciascuno: per questo motivo i docenti curano in particolar modo la fase di preparazione e di elaborazione conclusiva del role playing affinché il gruppo possa usufruire al meglio di questo strumento giacché numerose ricerche hanno ormai da tempo dimostrato come la modalità di apprendimento esperenziale sia tra le più efficaci.

Caso clinico

Viene presentato un caso clinico strutturato, sotto forma di filmato, con snodi decisionali sui quali i discenti devono esprimere la loro scelta. Il caso clinico ha lo scopo di favorire la discussione fra i corsisti sui motivi e l'appropriatezza delle soluzioni proposte; permette, inoltre, la condivisione delle scelte ai differenti step valutativi e di trattamento.

Filmati

In supporto alle lezioni frontali vengono utilizzati, in qualità di strumenti formativi, alcuni filmati creati appositamente oppure ricorrendo a brevi spezzoni di film. L'immagine filmica utilizzata in ambito formativo ha il vantaggio di avere un impatto immediato sia a livello visivo che emotivo, favorendo il processo di identificazione con le situazioni rappresentate e di costante attribuzione di significato. L'uso di filmati contiene diversi punti di forza: promuove il coinvolgimento dei discenti; semplifica concetti e casi proposti; facilita la memorizzazione. Inoltre l'utilizzo di filmati creati ex novo per il corso da parte dei docenti inerenti l'attività clinica nel contesto riabilitativo, ha permesso di mostrare direttamente e "dal vivo" le tecniche degli interventi in riabilitazione cardiologica.

Dimensione inter-multidisciplinare

Nello svolgimento delle attività, il *team* deve applicare metodologie che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità, con un monitoraggio costante del-

l'efficacia nella integrazione degli interventi che vengono messi in atto dopo l'elaborazione del progetto comune. L'approccio interprofessionale è caratterizzato dal fatto che "i diversi professionisti imparano l'uno dall'altro a migliorare la collaborazione e la qualità della cura" [4].

Gli interventi devono mirare a garantire la continuità assistenziale, assicurare il percorso terapeutico nel circuito "prevenzione, cura e riabilitazione" e l'efficacia della presa in carico, articolando i livelli di intensità del processo in relazione alla natura dei bisogni. Nel team, esiste un obiettivo da raggiungere, un compito da assolvere, tale che i risultati di ciascun membro abbiano implicazioni per i risultati degli altri. Questa interdipendenza può essere definita "positiva", quando dà luogo all'instaurarsi di sentimenti di cooperazione e coesione, favorendo una migliore prestazione del gruppo; oppure "negativa", quando prevale la competizione che conduce a insicurezza, riduzione della coesione e peggioramento della prestazione complessiva [5].

Il lavoro multi- ed interprofessionale, se effettuato con un alto livello di integrazione ed interscambio, realizza anche quella trans-professionalità, che rappresenta un valore aggiunto di arricchimento culturale specifico di ogni componente del team attraverso l'interscambio di competenze contigue e complementari tra professionisti.

In Cardiologia Riabilitativa la inter-multi-trans-professionalità è particolarmente rilevante non solo per quanto sopra esposto, ma anche per la centralità della funzione educativa riconosciuta strumento indispensabile per migliorare l'aderenza terapeutica e lo stile di vita. La maggiore efficacia si realizza quando il linguaggio, i contenuti e le modalità comunicative sono altamente omogenee tra tutti i componenti del team: un buon lavoro di gruppo è parte integrante di un percorso di cura di alta qualità per il paziente [6].

La multidisciplinarietà inoltre comporta il ricorso ad un linguaggio comune e a procedure condivise all'interno della stessa unità operativa. Studi evidenziano come i team più coesi sono associati a migliori indicatori di esito positivo e maggior grado di soddisfazione dei pazienti e le stesse strutture sanitarie dove i professionisti lavorano realmente in team mostrano indicatori di esito migliori [7]: ad esempio per la sicurezza del paziente, i team incorrono in un numero inferiore di errori rispetto ai singoli individui [8].

Nonostante l'importanza della multidisciplinarietà in ambito sanitario, la maggior parte delle unità cliniche continuano a funzionare come insiemi di professionisti separati piuttosto che come team multidisciplinari. Questo è in parte dovuto al fatto che raramente i membri dei team seguono comuni percorsi di formazione [9]: la multidisciplinarietà non è una conseguenza automatica del collocare insieme professionisti diversi ma dipende dalla volontà di cooperare per un obiettivo condiviso. È essenziale che il lavoro del team sia coordinato in quanto l'esperienza e la conoscenza professionale dei singoli da sola non può bastare a raggiungere gli obiettivi terapeutici. Otto strategie per migliorare il lavoro del team multidisciplinare sono da mettere in atto e possono essere raggruppate nell'acronimo TEAM

WORK: Team (in ingl. *Team*), Entusiasmo (*Enthusiasm*), Accessibilità (*Accessibility*), Motivazione (*Motivation*), luogo di lavoro (*Workplace*), Obiettivi (*Objectives*), Ruolo (*Role*), affinità (*Kinship*) (Tabella 3) [10].

La multidisciplinarietà è raccomandata per la crescente complessità della presa in carico (management) del paziente e per le diverse subspecializzazioni delle professioni sanitarie nonché per i cambiamenti in ambito lavorativo, con riduzione del numero di ore di lavoro [11].

Educazione terapeutica

Per educazione terapeutica si intende "L'atto terapeutico continuo, caratterizzato da "accompagnare" il paziente, "mettersi insieme" nel percorso della malattia cronica, teso a contrattare, concordare, la realizzazione di interventi possibili finalizzati al raggiungimento del massimo risultato clinico e della migliore qualità di vita percepita per ogni paziente" [12].

L'educazione terapeutica, secondo la definizione OMS del 1998, deve permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità che gli permettono di realizzare una gestione ottimale della propria vita con la malattia.

Per quanto riguarda il contenuto dell'educazione terapeutica è necessario avere vari strumenti validati per valutare le aspettative dei pazienti e i loro bisogni educativi. In questa ottica un modello da seguire può essere quello raccomandato dall'OMS per le malattie croniche, con specifiche tecniche comportamentali usate per modificare le abitudini degli stili di vita [13].

I programmi di educazione terapeutica mirano a fornire al paziente abilità e conoscenze necessarie per adattare il trattamento alla propria situazione di cronicità. Lo scopo è quello di rendere il paziente capace di gestire autonomamente la terapia non farmacologica, assumendosi la responsabilità e avendo quindi un ruolo attivo nella gestione della malattia, contribuendo così a migliorare la qualità della vita.

L'efficacia dell'educazione terapeutica nelle malattie cardiovascolari può essere migliorata da una buona collaborazione tra l'unità per acuti e l'equipe di riabilitazione cardiologica; l'utilizzo di metodi standardizzati per fornire informazioni ed educare il paziente e monitorare i risultati può rendere più efficace questa collaborazione [13].

La funzione dei professionisti del Team affrontata nel Corso di Formazione

Nella parte che segue vengono illustrati sinteticamente gli aspetti più rilevanti degli interventi dei diversi componenti del team, con particolare riferimento a ciò che ha la maggiore rilevanza in termini di interdisciplinarietà e di intervento "educativo".

Cardiologo

In questa sede non viene descritta estesamente la funzione del medico specialista cardiologo, in quanto ampiamente declinata nei documenti delle Società scientifiche. In sintesi il cardiologo quale re-

Tabella 3. - Strategie per migliorare il lavoro di squadra multidisciplinare, riassunti nell'acronimo TEAMWORK. Tradotta ed adattata da: Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 2.Promotors, barriers, and strategies of enhancement [10]

	Strategie	Motivare gli operatori	Eliminare gli ostacoli	Lavoro di squadra
T	Team	<ul style="list-style-type: none"> - Buoni metodi per selezionare i componenti del team - Leader capaci - Esperienza e flessibilità dei membri del team 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare di fare selezioni insoddisfacenti nella scelta delle discipline e dei partecipanti al team - Evitare la mancanza di procedure nel funzionamento della squadra 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento del lavoro - Gestione dei conflitti
E	Entusiasmo	<ul style="list-style-type: none"> - Impegno personale dei membri del team 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare la mancanza di misure adeguate a valutare il successo del lavoro interdisciplinare - Evitare la mancanza di regole per pubblicare articoli con molti autori 	<ul style="list-style-type: none"> - Impegno
A	Accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> - I membri del team lavorano nello stesso posto - Internet e posta elettronica vengono usate come mezzi di incontro 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare la non omogeneità nel linguaggio 	<ul style="list-style-type: none"> - La coesione (squadra unita) - Collaborazione
M	Motivazione	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilire tempi sufficienti per completare il progetto - Avere accesso a fondi sufficienti per completare il progetto 	<ul style="list-style-type: none"> - Contributo
W	Luogo di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Sostegno istituzionale e cambiamenti nella valutazione dei metodi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare vincoli istituzionali 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto aziendale
O	Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo comune e strategia condivisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare conflitti di ruoli 	<ul style="list-style-type: none"> - Affrontare direttamente i problemi
R	Ruolo	<ul style="list-style-type: none"> - Ruoli ben definiti e rotazione efficiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare conflitti interpersonali 	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperazione - Accordo nel processo decisionale - Coerenza
K	Affinità	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione tra i membri del team - Critiche costruttive tra i membri del team 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare la mancanza di comunicazione tra le discipline - Dare uguale importanza a tutte le discipline 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione - Attenzione ai colleghi - Clima di lavoro disteso

sponsabile del progetto riabilitativo, svolge una funzione strategica nel facilitare l'applicazione dei principi del lavoro in team, potendo favorire il coagularsi delle interazioni tra le varie competenze professionali. I vari momenti valutativi, di analisi del rischio, informativi e di trattamento, trovano la massima realizzazione quando il cardiologo si fa promotore dell'interazione e nello stesso tempo diviene collaboratore di tutti gli altri professionisti, tenendo sul livello più alto l'attenzione per realizzare concretamente in ambito clinico quanto spesso viene affrontato solo in teoria sulla interprofessionalità.

Psicologo

In accordo con le raccomandazioni delle linee guida nazionali ed europee [14, 1] lo psicologo orienta l'attività di screening e valutazione, mediante strumenti psicometrici validati di approfondimento clinico e attraverso lo strumento del colloquio psicologico clinico [15], in modo da riconoscere i fattori di rischio psicosociale e le situazioni di di-

sagio che necessitano di un intervento indirizzato ai bisogni della singola persona. Particolare attenzione e condivisione con il team è riservata alla presenza di condizioni che, oltre a rappresentare una fonte di sofferenza, si associano ad una peggior prognosi e peggior qualità della vita e rendono maggiormente difficoltosa sia l'adozione di stili di vita salutari che l'aderenza alle terapie farmacologiche, come ad esempio condizioni di stress cronico lavorativo o familiare [16], scarso sostegno sociale [17], particolari caratteristiche di personalità [18], oppure manifestazioni di ansia e depressione [19, 20] che possono necessitare un intervento farmacologico in aggiunta all'intervento psicologico o psicoterapico [21].

Compito dello psicologo è inoltre la valutazione e l'intervento a supporto delle risorse e delle capacità di resilienza del paziente (supporto sociale, capacità di coping, motivazione al cambiamento) che entrano in gioco nel processo di adattamento a nuove condizioni di salute e nel processo di adozione di comportamenti salutari, secondo i recenti

modelli di cambiamento comportamentale. All'interno del team multidisciplinare lo psicologo adotta inoltre una funzione di facilitatore dei processi di pensiero, comunicativi e relazionali del gruppo di lavoro, come parte del team ed allo stesso tempo, per quanto possibile, con una funzione "meta" di lettura di quanto avviene nei diversi sottoinsiemi paziente - professionista, paziente - team, gruppo di professionisti e professionisti-azienda, utile al superamento di difficoltà o problematiche.

Infermiere

Secondo i principi regolati dal Codice deontologico dell'Infermiere, l'assistenza infermieristica si realizza anche attraverso interventi specifici di natura relazionale ed educativa (art. 2) laddove l'infermiere "...ascolta, informa e coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali" (art. 20) [22]. La funzione dell'infermiere in Riabilitazione Cardiologica è quindi anche quella di operare nell'ottica di una progettazione educativa mirata alla gestione dei fattori di rischio cardiovascolare e all'aderenza alla terapia farmacologica, attraverso specifiche strategie. La progettazione educativa viene articolata secondo quattro fasi: conoscitiva, di pianificazione, attuativa e di valutazione finale [23].

La fase conoscitiva impegna l'infermiere in una intervista al paziente che gli permette di raccogliere dati utili all'identificazione dei bisogni educativi e alla formulazione di una diagnosi educativa. Nella fase di pianificazione vengono definiti gli obiettivi formativi cioè le competenze che il paziente deve acquisire al termine del processo educativo. Nella fase attuativa si mette in pratica l'intervento e con infine si attua la verifica dei risultati raggiunti nell'apprendimento di nuove competenze. Le tre parole chiave dell'intervento infermieristico sono: *conoscenza* della malattia; *motivazione* al cambiamento; *autogestione* della condizione.

Si devono stabilire per il paziente delle competenze di sicurezza basate su obiettivi educativi (conoscenza della malattia, conoscenza delle tecniche operative, abilità nell'affrontare difficoltà e imprevisti) e metodi didattici (colloquio, uso di opuscoli informativi, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche) specifici per ogni fattore di rischio. Al termine del percorso vengono strutturati questionari di verifica finale per ogni singolo fattore di rischio che permettono di codificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto riguarda l'aderenza alla terapia farmacologica, una intervista è di particolare rilevanza per indagare le abitudini relative all'assunzione di farmaci in passato, l'eventuale grado di difficoltà nell'assunzione, la presenza di dubbi o pregiudizi riguardo alla terapia, la conoscenza dei farmaci e della loro funzione. L'intervento educativo si basa su colloqui individuali all'interno dei quali viene eseguita un'esercitazione pratica con le confezioni dei farmaci in possesso del paziente, lo schema della terapia e un opuscolo studiato appositamente per descrivere in modo semplice e chiaro la funzione di ogni farmaco. Al termine del percorso viene utilizzato un questionario specifico che valuta il raggiungimento dell'obiettivo.

Fisioterapista

Il fisioterapista valuta il paziente, acquisisce le informazioni cliniche e strumentali, formula la diagnosi fisioterapia, impostando conseguentemente il piano di trattamento, in accordo con le Linee Guida [24] ed i principi di fisiologia dell'allenamento [25].

Le sedute di training fisico di gruppo diventano un momento fondamentale per l'educazione terapeutica. L'obiettivo è far acquisire al paziente le competenze necessarie per svolgere l'attività fisica in efficacia e sicurezza relativa. Vengono illustrati gli effetti dell'esercizio fisico regolare e personalizzato e successivamente istruiti i pazienti a modulare la quantità di esercizio fisico in base ai propri parametri di allenamento.

Risulta parimenti importante l'istruzione a riconoscere i segni ed i sintomi cardiovascolari e non e ad attuare le conseguenti strategie. È dimostrato che l'atteggiamento prescrittivo "non paga" e quindi limitarsi a consigliare una forma di attività, indipendentemente dalle preferenze o attitudini del paziente, non porta a nessun risultato. L'obiettivo del fisioterapista è massimizzare la probabilità che il paziente continui a svolgere regolarmente l'esercizio fisico per cui andranno necessariamente concordati obiettivi terapeutici realistici.

Altro criterio è la condizione clinica, cardiovascolare e non. La capacità di lavoro espressa al test ergometrico, l'estensione della coronaropatia e la presenza di comorbidità inevitabilmente influenzano la scelta di cosa fare dopo la Riabilitazione Cardiologica [24].

A volte si tratta di modificare i parametri dell'allenamento o gli obiettivi dello stesso. In altre occasioni i parametri dell'allenamento rassicurano, perché rappresentano dei limiti più ampi di quelli immaginati; in altre invece si rivelano più stretti di quanto atteso ed è lì che si deve rafforzare la motivazione della persona ad attenersi alle indicazioni ricevute per la sua sicurezza, aiutandolo nell'acquisizione della consapevolezza della proprio condizione clinica.

Al momento della dimissione il fisioterapista sintetizza le istruzioni nel programma di mantenimento, consegnando al soggetto i parametri per l'allenamento calcolati sul test ergometrico finale e verificando l'apprendimento delle informazioni durante il colloquio. Su richiesta dello stesso può inserire informazioni aggiuntive riguardanti le più comuni attività ricreative, gli accorgimenti da seguire nelle attività lavorative più impegnative, sulla ripresa dei viaggi e delle attività consentite in quota.

Dietista

Il dietista in base alla valutazione clinica e alla complessità della Persona definisce il percorso assistenziale utilizzando il modello di assistenza nutrizionale Nutrition Care Process and Model (NCPM 2003). L'NCPM è "un metodo sistematico di soluzione dei problemi che i professionisti della nutrizione usano per stimolare il pensiero critico e prendere decisioni per affrontare problematiche relative all'alimentazione e fornire una assistenza nutrizionale sicura, efficace e di alta qualità" [26].

L'obiettivo dell'NCPM è quello di descrivere in modo accurato le fasi dell'assistenza nutrizionale

per gestire il processo di cura e raggiungere gli obiettivi di salute. L'aderenza terapeutica ad una alimentazione sana ed equilibrata, rappresenta spesso il principale fattore limitante il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati, essendo usualmente percepita come un'ulteriore limitazione allo svolgimento delle comuni attività quotidiane.

Perché sovente i pazienti non riescono ad applicare le raccomandazioni nutrizionali e a modificare il proprio comportamento alimentare? [27] Il cambiamento è un percorso complesso che presenta diverse difficoltà, richiedendo motivazione, tempo, pazienza, disponibilità. Per cambiare è necessario porre obiettivi realistici, avere fiducia nelle proprie capacità e nel futuro e, soprattutto, potersi avvalere di persone disposte a supportare questo percorso (familiari, operatori sanitari) [27, 28].

Modificare le proprie abitudini alimentari è molto difficile; esse si sono costruite nel tempo, hanno a che fare con la nostra "storia personale": il bisogno di alimentarsi infatti, non è soltanto un bisogno del "corpo", indispensabile per la sopravvivenza, ma risente di altri fattori strettamente correlati al contesto economico, sociale, ambientale e psicologico del singolo soggetto [27, 28].

Il cambiamento delle abitudini alimentari è comunque possibile, soprattutto se si può trovare un equilibrio tra salute e piacere, tra senso della misura e gusto, riuscendo a comprendere che il benessere alimentare non è fatto principalmente di divieti e prescrizioni [27, 28].

Anche per raggiungere questi obiettivi c'è bisogno dello sforzo coordinato di un team che includa la partecipazione attiva del paziente; il dietista, collaborando con il team, partecipa alla valutazione di outcomes significativi non solo in ambito nutrizionale che possono includere [29, 30]:

- *risultati direttamente correlati alla nutrizione*: miglioramento delle conoscenze, modifiche del comportamento, modifiche dell'assunzione di alimenti o nutrienti;
- *risultati sullo stato clinico e di salute*: dati antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza vita ecc.) e di laboratorio, pressione arteriosa, modificazioni nel profilo dei fattori di rischio, segni e sintomi, complicanze correlate alla nutrizione;
- *risultati patient-centered*: qualità della vita, soddisfazione, autostima, autoefficacia, abilità funzionali;
- *risultati rispetto alla utilizzazione dei servizi e ai costi sanitari*: modifiche sulla terapia farmacologica, prevenzione della riospedalizzazione, durata della degenza, influenza sulla necessità di visite mediche, continuità assistenziale ospedale-territorio.

Conclusioni

La descrizione dell'impianto complessivo del Corso, degli specifici comportamenti professionali degli attori coinvolti nel team, l'attenzione pedagogica ai contenuti e alle modalità didattiche di coinvolgimento dei discenti, sono finalizzate ad enfatizzare il ruolo dell'educazione terapeutica nei percorsi di Riabilitazione Cardiologica e a rappresentarne l'importan-

za in termini di prevenzione secondaria. I programmi di educazione terapeutica possono essere inefficaci se non vi è comprensione, condivisione e armonizzazione, sia dal punto metodologico che operativo, tra i diversi componenti del team.

La sperimentazione avviata con questo progetto centrato sull'intero team che opera in Cardiologia Riabilitativa, può dare spunti per la progettazione da parte di Istituzioni e di Società Scientifiche di iniziative formative multidisciplinari.

Riassunto

Gli autori espongono il progetto formativo: "multidisciplinarietà in riabilitazione cardiologica ed in prevenzione secondaria: dalla valutazione all'educazione terapeutica", il rationale e lo scopo di un modello di assistenza per soggetti con cardiopatia ischemica, trattati in fase acuta sia con mezzi medici che chirurgici, e quindi inseriti in un programma di riabilitazione.

Il progetto è stato realizzato come evento formativo per la Regione Sicilia e successivamente adottato dalla Regione Toscana, che lo ha inserito nel programma di formazione obbligatoria per il personale sanitario della Regione.

Particolare rilievo è il ruolo del team che, ponendo il paziente al centro dell'osservazione, fa convergere su di esso competenze multidisciplinari che perseguono il fine comune del reinserimento del soggetto nel contesto di appartenenza, partendo dalle valutazioni e declinando gli interventi propri di ogni profilo professionale secondo il principio della sinergia ottenuta attraverso l'integrazione multiprofessionale.

Nel progetto formativo tutte le fasi (valutazione, intervento, verifica) vengono affrontate da ciascuna della figure professionali (infermiere, dietista, fisioterapista, psicologo) che sotto la responsabilità del cardiologo realizzano in ambito assistenziale un concreto processo di educazione terapeutica che risulta imprescindibile nella globale presa in carico del paziente.

Parole chiave: riabilitazione cardiologica, multidisciplinarietà, interdisciplinarietà, educazione terapeutica.

Bibliografia

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth 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). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012 Jul; 33(13): 1635-701.
2. Quaderni del Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Roma, RM: Ministero della salute, 2011. <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf>
3. Griffo R, Ambrosetti M, Furgi G, *et al.* Gruppo Italian di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Standards and outcome measures in cardiovascular rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012; 78(4): 166-92.

4. Clark PG. A typology of interdisciplinary education in gerontology and geriatrics: Are we really doing what we say we are? *J Interprof Care* 1993; 7 (3): 217-228.
5. Serpelloni G, Simeoni E, Aldegheri F. Team working, Comportamento organizzativo e multidisciplinarietà. In: Serpelloni G, Simeoni E, Rampazzo L. Quality management. Verona, VR: La Grafica, 2002: 357-386.
6. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, *et al.* Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Health Care* 2007 Jun; 19(3): 164-9. Epub 2007 Mar 2.
7. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004 Mar 10; 291(10): 1246-51.
8. Smith-Jentsch K. A, Salas E, Baker DP. Training Team Performance-Related Assertiveness. *Personnel Psychology* 1996; 49: 909-36.
9. Knox GE, Simpson KR. Teamwork: The Fundamental Building Block of High-Reliability Organizations and Patient Safety. In: Youngberg BJ and Hatlie MJ, eds. Patient Safety Handbook. Boston: Jones and Bartlett 2004: 379-415.
10. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med* 2007; 30(6): E224-32. Review.
11. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000 Feb 26; 320(7234): 569-72. Review.
12. Carboni L. Strumenti educativi: creatività ed efficacia. (abstr) In Abstract del 3° Congresso Roche Patient Care. Villa Erba (Como) 2000: 34.
13. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med* 2012 Jul; 55(5): 322-41.
14. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. [National Guideline in Rehabilitation Cardiology and secondary prevention in cardiovascular diseases]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006 Jun; 66(2): 81-116. Italian.
15. Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. [Guidelines for psychology activities in cardiology rehabilitation and prevention]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003 Sep; 60(3): 184-234. Review. Italian.
16. Toda N, Nakanishi-Toda M. How mental stress affects endothelial function. *Pflugers Arch* 2011 Dec; 462(6): 779-94.
17. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. 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). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007 Sep; 14 Suppl 2: S1-113.
18. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010 Sep; 3(5): 546-57.
19. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry* 2008 Jan; 65(1): 62-71.
20. McGrady A, McGinnis R, Badenhop D, Bentle M, Rajput M. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009 Nov-Dec; 29(6): 358-64.
21. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, *et al.* AHA/ACC Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011 Nov 29; 124(22): 2458-73.
22. Federazione Nazionale Infermieri IPASVI. Il codice Deontologico dell'Infermiere. 2009.
23. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Educare il Paziente: un approccio pedagogico. Milano, Italia: McGraw-Hill Companies, 2006.
24. Giada F, Carlon R; Federazione Medico Sportiva Italiana; Società Italiana di Cardiologia dello Sport; Associazione Nazionale Cardiologi Extra-Ospedalieri; Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa; Società Italiana di Cardiologia. [Consensus Statement of Multisocietary Task Force—prescription of physical exercise in the cardiological environment (second part)]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2007 Jun; 68(2): 59-67. Italian.
25. Fox EL, Foss ML, Bowers RW. Le basi fisiologiche dell'educazione fisica e dello sport. Roma, Italia: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
26. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. *J Am Diet Assoc* 2008 Jul; 108(7): 1113-7.
27. da Vico L, Dicembrini I, Lamanna C. Terapia Nutrizionale, Calcolo dei carboidrati e indice glicemico in: Rottella CM, ed Mattioli 1885. L'educazione terapeutica nel diabete di tipo. Fidenza, PR: Mattioli 1885, 2012: 29-41.
28. Gruppo Dietiste ANDID Cardiologia da Vico L, Agostini S, Biffi B, Brazzo S, Masini ML. Raccomandazioni per la modifica dello stile di vita. Le abitudini alimentari, Effetti benefici di una alimentazione equilibrata. 2012 <http://www.gicr.it> <http://www.andid.it>
29. Agostini S, Biffi B, Brazzo S, da Vico L, Masini ML, Scapolo M; Dietiste componenti del gruppo di lavoro ANDID che ha predisposto la Posizione. [The role of dietitian in cardiac rehabilitation and prevention]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008 Sep; 70(3): 107-11; discussion 112. Review. Italian.
30. Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc* 2003 Aug; 103(8): 1061-72. Erratum in: *J Am Diet Assoc* 2003 Oct; 103(10): 1293.