



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



ARTICOLO ORIGINALE

“Dieciannidivita in più”: realizzazione e valutazione di un progetto di educazione terapeutica al paziente iperteso. Risultati preliminari

Ten more years of life: Development and evaluation of a therapeutic education project for hypertensive patients. Preliminary results

Maria D'Avino^a, Daniela Scala^{b,*}, Santolo Cozzolino^b, Barbara Andria^b, Crescenzo Simone^c, Giuseppe Buonomo^c, Gerardo Colucciello^c, Giuseppe Caruso^a, Marina Pantalena^b, Maria R. Di Giovanni^b, Rossella Foglia Manzillo^b, Domenico Caruso^a

^a UOC Medicina Interna (Direttore: dott. Domenico Caruso), Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Iipertensione Arteriosa (Responsabile: dott.ssa Maria D'Avino), AORN "Cardarelli", Napoli

^b Centro di Biotecnologie (Direttore: dott. Francesco Paradiso), Documentazione Biomedica, AORN "Cardarelli", Napoli

^c Medico di Medicina Generale, Cooperativa "Sannium Medica", Benevento (Presidente: dott. Crescenzo Simone)

Ricevuto il 7 ottobre 2009; accettato il 21 aprile 2010
disponibile online il 19 giugno 2010

KEYWORDS

Arterial Hypertension;
Medication Adherence;
Patient Compliance;
Health Promotion;
Lifestyle.

Summary

Introduction: The *Ten More Years of Life* Project is a therapeutic education project developed by the Hypertension Working Group of the Cardarelli Hospital in Naples, Italy. It was designed reduce blood pressure (BP) in hypertensive patients by improving their compliance with physicians' recommendations. Thanks to regional funding, the project was transferred from the hospital to the general practice setting. This article reports the preliminary results.

Materials and methods: Eleven general practitioners (GP) participated in the project, and 821 hypertensive patients were enrolled. Patients were randomly assigned to the control group (Group C, n = 420) or the intervention group (Group I, n = 401). At baseline (t = 0) and 12 months later (t = 12), patients in both groups 1) filled out a 10-item multiple-choice questionnaire developed to evaluate the effect of the intervention on lifestyle modification, 2) responded to the Short Form Health Survey (SF-36) questionnaire, 3) had BP measured, laboratory data collected, and registration of current drug therapy. The Intervention Group patients took part in 3 interactive educational sessions held 2, 4, and 9 months after enrolment. The information

* Corrispondenza: via A. Diaz 107 - 80055 Portici (NA).
E-mail: daniela.scala@ospedalecardarelli.it (D. Scala).

was transmitted to patients by means of a printed leaflet, moderated group discussions, and role-playing sessions. The Control Group returned to the center 2, 4, and 9 months after enrolment and received the same information in verbal form from staff. Data were subjected to an intention to treat analysis. Intergroup differences were evaluated with paired and unpaired *t*-test.

Results: At the 12-month visit, significant reductions in BP (mm Hg) were observed in both groups: (Group I, *t* = 0: systolic BP = 137.3 ± 15.6 , diastolic BP = 83.8 ± 8.5 ; *t* = 12: systolic BP = 130.9 ± 13.7 , diastolic BP = 81.4 ± 7.9 ; Group C *t* = 0: systolic BP = 138.1 ± 12.4 , diastolic BP = 84.7 ± 6.8 ; *t* = 12 systolic BP = 134.0 ± 10.8 , diastolic BP = 82.5 ± 6.5) ($P < 0.001$ in both cases). In group I, drug therapy decreased in 22.7% of the patients, increased in 11.7%, and was unchanged in 65.6%. Corresponding proportions in Group C were 12.1%, 32.6%, and 55.3%. The reduction in BP in group I was associated with better adherence to physicians' recommendations; that observed in group C was associated with increased use of antihypertensive drugs. In group I, drug expenditures decreased by a mean of EUR 3.15 per capita per month (versus EUR 1.80 per capita per month in Group C). Significant improvements were noted in some aspects of the lifestyle in both groups, but the SF-36 revealed better results for Group I patients.

Discussion and Conclusion: Therapeutic education is a powerful tool for improving blood pressure control. This experience highlights the importance of patient involvement in the management of hypertension.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

Introduzione e obiettivi

Secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa l'80% dei pazienti extraospedalieri soffre di affezioni croniche e di questi solo una metà segue correttamente le prescrizioni dei curanti [1]. Nelle patologie croniche, le terapie sono spesso prescritte a vita e prevedono modificazioni del comportamento e dello stile di vita, obbligando il paziente a scelte e condotte che investono la sua vita quotidiana.

Nel 1998 il working group WHO ha promosso l'ideazione della *Therapeutic Patient Education* (TPE), programmi educativi finalizzati ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a partecipare attivamente alla realizzazione di percorsi terapeutici e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita [2]. La TPE rappresenta uno strumento di formazione innovativo rispetto all'educazione informale. Mentre quest'ultima consiste essenzialmente di un insieme di informazioni, consigli, raccomandazioni e istruzioni, la TPE o *educazione terapeutica* è un programma di formazione, al termine del quale il paziente diviene capace di esercitare autonomamente competenze terapeutiche che, in un altro contesto, sarebbero di responsabilità del curante.

L'ipertensione arteriosa è uno dei fattori di rischio più importanti per ictus cerebrale, scompenso cardiaco e infarto del miocardio [3–6]. Sebbene oggi siano disponibili cure efficaci e linee guida validate cui possono far riferimento tutti i medici, il controllo della malattia è da considerarsi assolutamente insoddisfacente [7]. Tra le cause principali, l'interruzione della terapia e il non corretto rispetto della prescrizione, il passaggio a farmaci differenti, la non aderenza alle modificazioni dello stile di vita, che correlano con una più elevata mortalità e una prognosi peggiore [8–11]. La scarsa aderenza incide anche sui costi sociali ed economici della malattia, con un inaccettabile dispendio di risorse e, in

definitiva, il fallimento degli obiettivi anche dei sistemi sanitari più evoluti [12,13].

Le linee guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa stilate dalla *European Society of Hypertension* (ESH) e dalla *European Society of Cardiology* (ESC) [14] sottolineano come sia importante che il paziente sia motivato al trattamento e sia informato circa la possibilità di eliminare e/o attenuare il possibile rischio di sviluppare aterosclerosi e complicanze vascolari. In letteratura, i dati sull'efficacia di interventi rivolti al paziente sull'uso appropriato dei farmaci e sulle indispensabili modificazioni nello stile di vita da adottare per il buon controllo della pressione sanguigna sono discordanti [15]. Emerge sicuramente l'esigenza di strumenti di formazione innovativi rispetto all'educazione informale che rendano il paziente partecipe delle scelte di cura, più attento ai sintomi delle patologie e alla loro diagnosi e più aderente alle terapie [16–19].

Presso l'AORN "Cardarelli" di Napoli il Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'ipertensione Arteriosa e il Centro di Biotecnologie hanno ideato una specifica TPE, "Dieciannidivitaipiù", il cui obiettivo è ridurre i valori pressori attraverso opportuni cambiamenti nello stile di vita e una maggiore aderenza al trattamento. Gli strumenti formativi utilizzati sono il focus group e il role playing, che si prefiggono di rendere il paziente consapevole dell'efficacia delle modificazioni dello stile di vita [20–22]. Il progetto ha ricevuto un finanziamento dall'Assessorato alla Ricerca Scientifica della Regione Campania, ai sensi della Legge Regionale n° 5 del 28 marzo 2002 (annualità 2005), che ha permesso di trasferire il progetto a livello territoriale, grazie al coinvolgimento della Medicina Generale di Benevento e provincia. Il progetto ha ricevuto un finanziamento dall'Agenzia Italiana del Farmaco per la ricerca indipendente sui farmaci per l'anno 2007, che ha consentito di estendere l'esperienza a livello regionale, coinvolgendo la Medicina Generale di tutte le province della regione Campania (in progress).

In questo lavoro riportiamo i risultati ottenuti da "Dieciannidivitaipiù" in un campione di pazienti ipertesi.

Materiali e metodi

Pazienti

Questo studio randomizzato e controllato ha ricevuto l'autorizzazione del Comitato Etico dell'AORN "Cardarelli". Sono stati arruolati, previo consenso informato, i pazienti ipertesi che si recavano al Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Ipertensione Arteriosa dell'AORN "Cardarelli" e i pazienti ipertesi afferenti alla Medicina Generale di Benevento e provincia che si sono recati alla visita tra ottobre e dicembre 2007.

Sono stati raccolti i seguenti dati: età, sesso, peso, altezza, pressione sistolica (PAS) e diastolica (PAD), presenza di altri disturbi cardiovascolari precedenti, diabete, abitudine al fumo, terapia antipertensiva. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi:

- controllo (C) che ha ricevuto tutte le informazioni utili per una corretta gestione della patologia come di routine;
- intervento (I), che, oltre alle informazioni di routine, ha ricevuto un *Patient Information Leaflet* (PIL) e ha partecipato a due focus group e a un role playing.

Sono stati arruolati 821 pazienti ipertesi. Di questi, 232 (120 gruppo C e 112 gruppo I) afferenti al Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Ipertensione Arteriosa dell'AORN "Cardarelli" e 589 (300 gruppo C e 289 gruppo I) afferenti alla Medicina Generale di Benevento e provincia. Undici sono stati i medici di Medicina Generale di Benevento e provincia che hanno aderito al progetto.

Per la formazione al progetto dei medici di Medicina Generale sono state organizzate tre edizioni di un evento accreditato ECM che ha visto la partecipazione di 66 medici. Per la realizzazione operativa del progetto è stato istituito un gruppo di supporto composto da 3 facilitatori laureati in Informazione Scientifica sul Farmaco e sui Prodotti Diagnostici dell'Università "Federico II" di Napoli. I facilitatori sono stati formati a seguire il progetto in tutte le fasi: arruolamento, realizzazione focus group e role playing, raccolta dati.

Materiali e strumenti informativi/formativi

- *PIL*. È stato realizzato secondo le linee guida della letteratura internazionale per la produzione di materiale informativo dedicato al paziente. Nella prima fase, individuate le principali aree di difficoltà conoscitive del paziente iperteso e consultate banche dati e siti internet, si è proceduto alla stesura di una prima bozza del PIL che fornisce informazioni sul trattamento terapeutico e le abitudini di vita strettamente correlate alla patologia. Nella seconda fase il PIL è stato testato su un numero ristretto di pazienti. Sulla scorta dei dati raccolti e dei suggerimenti forniti dai pazienti stessi, si è proceduto alla stesura definitiva [23].
- *Focus group*. Si tratta di un'intervista di gruppo a persone riunite in un ambiente informale in cui discutono di un determinato argomento sotto la guida di un moderatore [24–27]. Durante i focus group, ai pazienti, suddivisi in piccoli gruppi coadiuvati da tutor, è stata sequenzialmente somministrata una serie di quesiti relativi ai benefici derivanti da un cambiamento nello stile di vita (dieta, riduzione del consumo di sale, rinuncia al fumo, riduzione/abolizione

del consumo di alcol, attività fisica, scelte terapeutiche, ecc.). I contenuti delle singole discussioni sono stati poi ridiscussi in plenaria e si è raggiunto un consenso sui benefici che possono conseguire da modificazioni nello stile di vita.

- *Role playing*. È una tecnica di modificazione del comportamento usata anche per fini terapeutici. È uno strumento di apprendimento attivo che rientra nell'ambito delle simulazioni [28,29]. Obiettivo dei role playing previsti dal progetto era imparare a seguire le istruzioni, interiorizzare in modo attivo la "best way" di un comportamento di ruolo. Ai partecipanti è stata descritto a grandi linee un contesto e si è richiesto a due o più persone di mettere in scena una situazione del tipo riunione, colloquio, trattativa, intervista. Le fasi sono le seguenti: presentazione della metodologia didattica, individuazione degli attori e preparazione, assegnazione del compito al gruppo, recita (simulazione), riflessioni sulla simulazione/commento, conclusioni.

Materiali e strumenti di valutazione

- *Questionario di 10 domande a risposta multipla* in grado di valutare le abitudini di vita e le conoscenze del paziente riguardo all'ipertensione. Anch'esso è stato redatto secondo i requisiti di leggibilità e le linee guida previsti dalla letteratura e testato su un numero ristretto di pazienti.
- *Versione italiana dello Short Form Health Survey (SF-36)*. È uno strumento che si presta sia a studi nella popolazione generale sia a indagini trasversali o longitudinali su patologie specifiche e sui trattamenti. È una scala di valutazione che può essere completata in 5-10 minuti e ha un ottimo grado di accettabilità. L'uso molto ampio che ne è stato fatto ha consentito di definire profili standard e misure riassuntive che agevolano la lettura e l'interpretazione dei risultati.
- *Dati clinici e parametri di laboratorio*.

Tempi

I pazienti del gruppo I hanno ricevuto il PIL durante la prima visita e partecipato agli incontri a 2, 4 e 9 mesi dall'arruolamento. Per i pazienti del gruppo C sono stati previsti 3 follow-up, dopo 2, 4 e 9 mesi dall'arruolamento. I questionari sono stati somministrati a entrambi i gruppi al tempo 0 (iniziale, t_0) e a 12 mesi (t_{12}). I valori di PAS e PAD sono stati controllati mensilmente calcolando la media delle 3 misurazioni a distanza di 10 minuti; i dati clinici e la terapia antipertensiva sono stati raccolti per entrambi i gruppi al tempo 0 e dopo 12 mesi.

Analisi statistica

È stata condotta un'analisi *intention to treat*. Il calcolo della dimensione del campione si basa sulle seguenti stime e assunzioni per i valori di PAD e PAS:

- una riduzione attesa di almeno 7 mmHg per PAS e di almeno 3 mmHg per PAD;
- una deviazione standard pari a 17,97 mmHg per PAS e 7,03 mmHg per PAD, stimata sulla base dei valori di ingresso dei pazienti del Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Ipertensione Arteriosa dell'AORN "Cardarelli";

- un errore di primo tipo (alfa a 2 code) del 5% e una potenza dell'80%.

Per l'analisi è stato utilizzato il programma SPSS 15.0 per Windows. I dati sono stati espressi come media e deviazione standard. Per l'analisi dei risultati di PAS e PAD e dei questionari è stato usato il paired e unpaired *t*-test.

Risultati

L'età media dei pazienti del gruppo I è di $57,2 \pm 9,4$ anni. Il 47,1% è di sesso maschile. L'età media del gruppo C è di $56,7 \pm 9,5$ anni. Il 48,5% è di sesso maschile.

Nel gruppo I si registra una diminuzione statisticamente significativa ($p < 0,001$) dei valori della pressione arteriosa (t_0 : PAS $137,3 \pm 15,6$ e PAD $83,8 \pm 8,5$; t_{12} : PAS $130,9 \pm 13,7$ e PAD $81,4 \pm 7,9$). Nel gruppo C, analogamente, si registra una diminuzione statisticamente significativa ($p < 0,001$) dei valori della pressione arteriosa, anche se meno marcata rispetto al gruppo I (t_0 : PAS $138,1 \pm 12,4$ e PAD $84,7 \pm 6,8$; t_{12} : PAS $134,0 \pm 10,8$ e PAD $82,5 \pm 6,5$). Le caratteristiche dei pazienti sono riportate in [tabella 1](#).

Nel gruppo I il 22,7% dei pazienti ha ridotto la terapia; il 65,6% non l'ha modificata e l'11,7% ha aumentato la terapia. Nel gruppo C il 12,1% dei pazienti ha ridotto la terapia; il 55,3% non l'ha modificata; il 32,6% ha aumentato la terapia ([tabella 2](#)).

Nel gruppo I si registra una riduzione media della spesa per farmaci pari a 3,15 euro pro capite per mese, mentre nel gruppo C un aumento pari a 1,8 euro pro capite per mese.

Per quanto riguarda il questionario sulle modificazioni nello stile di vita, il gruppo I riporta un miglioramento statisticamente significativo relativamente ai quesiti 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10. Nel gruppo C si registra un miglioramento

statisticamente significativo relativamente ai quesiti 1, 2, 4, 5, 8, 9 e 10. È interessante notare che per i quesiti 1, 2, 8, 9 e 10 il miglioramento è significativamente più marcato nel gruppo I. Solo per il quesito 5 il miglioramento è più marcato nel gruppo C ([tabella 3](#)). Il questionario SF-36 evidenzia un miglioramento statisticamente significativo per il concetto di ruolo e salute fisica nel gruppo I ([tabella 4](#)).

Discussione

Dopo un anno di attività si è registrata una diminuzione dei valori pressori in entrambi i gruppi. La riduzione dei valori pressori nel gruppo I è dovuta soprattutto a una migliore aderenza sia al trattamento farmacologico sia alle modificazioni nello stile di vita; nel gruppo C, soprattutto a un aumento della terapia farmacologica, che i medici hanno ritenuto di attuare per controllare la PA. Il questionario sulle modificazioni nello stile di vita evidenzia un miglioramento statisticamente significativo per entrambi i gruppi, anche se più marcato per il gruppo I. Quest'ultimo, in aggiunta, riporta minori limitazioni delle attività specifiche del proprio ruolo dovute a problemi fisici (RF) come si evince dal questionario SF-36.

Quando parliamo di aderenza ci riferiamo all'assunzione dei farmaci ai dosaggi indicati e con la frequenza prescritta. Nelle patologie croniche è necessario che il paziente assuma i farmaci correttamente per tutto il tempo raccomandato; oltre all'aderenza occorre quindi tenere conto anche della persistenza. In letteratura sono ampiamente documentati come causa di mancato controllo pressorio l'interruzione della terapia, il non corretto rispetto della prescrizione, il passaggio a farmaci differenti, accanto ai comportamenti non salutari [8–11]. Nella nostra esperienza non è raro che il

Tabella 1 Caratteristiche e valori pressori dei pazienti*

	AORN "Cardarelli"			
	Gruppo I (N = 112)		Gruppo C (N = 120)	
	t_0	t_{12}	t_0	t_{12}
Età	$56,7 \pm 10,3$	—	$57,1 \pm 10,2$	—
Sesso maschile (%)	49	—	50	—
PAD	$85,1 \pm 9,1$	$81,9 \pm 8,9^a$	$86,6 \pm 5,9$	$83,8 \pm 6,1^{a,b}$
PAS	$136,9 \pm 18,3$	$127,4 \pm 15,4^a$	$138,7 \pm 12,0$	$133,2 \pm 9,7^{a,c}$
	Medicina Generale di Benevento e provincia			
	Gruppo I (N = 289)		Gruppo C (N = 300)	
	t_0	t_{12}	t_0	t_{12}
Età	$62,8 \pm 3,1$	—	$62,0 \pm 3,3$	—
Sesso maschile (%)	45,2	—	47,0	—
PAD	$82,4 \pm 7,9$	$80,9 \pm 6,9^a$	$82,7 \pm 7,7$	$81,1 \pm 6,9^a$
PAS	$137,6 \pm 12,8$	$134,4 \pm 11,9^a$	$137,4 \pm 12,7$	$134,7 \pm 11,8^a$

Legenda: Gruppo I = gruppo intervento; Gruppo C = gruppo controllo; PAD = pressione arteriosa diastolica; PAS = pressione arteriosa sistolica.

Note

* Dati espressi come media \pm deviazione standard.

^a $p < 0,001$ vs t_0 (paired *t*-test).

^b $p < 0,05$ vs lo stesso tempo del gruppo I (unpaired *t*-test).

^c $p < 0,001$ vs lo stesso tempo del gruppo I (unpaired *t*-test).

Tabella 2 Terapia farmacologica.

Pazienti totali				
Terapia farmacologica N (%)	Gruppo I (N = 401)		Gruppo C (N = 420)	
	t ₀	t ₁₂	t ₀	t ₁₂
Ridotta		91 (22,7)		51 (12,1)
Immodificata		263 (65,6)		232 (55,3)
Aumentata		47(11,7)		137 (32,6)
AORN "Cardarelli"				
Terapia farmacologica N (%)	Gruppo I (N = 112)		Gruppo C (N = 120)	
	t ₀	t ₁₂	t ₀	t ₁₂
Ridotta		32 (28,6)		19 (15,8)
Immodificata		72 (64,3)		60 (50,0)
Aumentata		8 (7,1)		41 (34,2)
Medicina Generale di Benevento e provincia				
Terapia farmacologica N (%)	Gruppo I (N = 289)		Gruppo C (N = 300)	
	t ₀	t ₁₂	t ₀	t ₁₂
Ridotta		59 (20,4)		32 (10,7)
Immodificata		191 (66,1)		172 (57,3)
Aumentata		39 (13,5)		96 (32,0)

Legenda: Gruppo I = gruppo intervento; Gruppo C = gruppo controllo.

Tabella 3 Questionario sulle modificazioni nello stile di vita*.

Quesito	Gruppo I (N = 401)		p ^a	Gruppo C (N = 420)		p ^a	p ^b	
	t ₀	t ₀		Time 0	Time 12			
1	Quantità di sale introdotta con la dieta	9,3 ± 3,8	11,4 ± 1,5	<0,001	8,4 ± 4,2	7,3 ± 5,4	0,011	<0,001
2	Quanto ritengono importanti terapia e modifica dello stile di vita	5,9 ± 2,3	7,0 ± 0,0	< 0,001	5,8 ± 2,3	6,4 ± 1,5	0,003	<0,001
3	Quanto tempo dedicano all'attività fisica	7,3 ± 5,3	7,3 ± 5,7	0,901	6,6 ± 5,8	6,1 ± 5,4	0,232	0,041
4	Quanto spesso misurano la pressione arteriosa	6,1 ± 2,0	6,9 ± 0,7	< 0,001	5,9 ± 2,3	6,8 ± 1,2	<0,001	0,221
5	Abitudine al fumo	8,1 ± 5,4	8,0 ± 5,0	0,772	9,1 ± 3,4	10,0 ± 3,3	0,025	<0,001
6	Quanta acqua bevono quotidianamente	6,0 ± 4,9	7,7 ± 4,8	0,003	6,6 ± 4,7	6,7 ± 4,7	0,848	0,061
7	Quanto spesso controllano il peso	4,1 ± 3,2	5,0 ± 3,3	0,011	4,5 ± 3,8	4,4 ± 3,9	0,311	0,068
8	Quanto alcol assumono	6,5 ± 3,6	9,8 ± 2,9	< 0,001	6,0 ± 3,5	8,0 ± 2,8	<0,001	<0,001
9	Tipi di cibi e frequenza con cui li consumano (1)	5,0 ± 2,3	5,8 ± 1,4	< 0,001	5,5 ± 1,3	6,7 ± 0,5	<0,001	<0,001
10	Tipi di cibi e frequenza con cui li consumano (2)	6,6 ± 0,8	7,0 ± 0,0	< 0,001	6,2 ± 2,2	5,8 ± 2,3	0,002	<0,001

Note

* Dati espressi come media ± deviazione standard.

^a Paired t-test.^b Unpaired t-test tra gruppo I e gruppo C a 12 mesi.

paziente non assuma regolarmente la terapia per convinzione soggettiva che i medicinali non siano efficaci, ovvero siano potenzialmente tossici, o per problemi di presunti costi diretti o indiretti legati alla terapia, o come conseguenza di una risposta emotiva alla patologia e alla terapia, o perché ha difficoltà a farlo per motivi in gran parte riconducibili al suo contesto socioeconomico, o perché semplicemente la "dimentica". Questo tipo di paziente passa facilmente a farmaci differenti, con notevoli costi

per la società. La riduzione dei valori pressori nei pazienti del gruppo I, a nostro avviso, è dovuta a una migliore aderenza e persistenza al trattamento farmacologico, al mancato passaggio da un farmaco all'altro e alle modificazioni dello stile di vita.

Krousel-Wood et al. [30] riportano che soltanto la metà dei pazienti con ipertensione aderisce al regime farmacologico prescritto, nonostante il tema dell'aderenza venga affrontato nella maggioranza delle visite, siano esse condotte

Tabella 4 Versione italiana dello Short Form Health Survey (SF-36)^a.

Concetti	Gruppo I (N = 401)		p ^a	Gruppo C (N = 420)		p ^a	p ^b
	t ₀	t ₁₂		t ₀	t ₁₂		
Attività fisica (AF)	75,11 ± 28,3	81,71 ± 17,2	0,136	86,41 ± 16,8	93,91 ± 12,9	0,234	0,027
Ruolo e salute fisica (RF)	27,04 ± 44,9	52,61 ± 37,4	0,003	55,00 ± 33,7	63,33 ± 30,8	0,394	0,368
Dolore fisico (DF)	55,45 ± 29,4	64,6 ± 26,7	0,085	58,98 ± 29,9	75,30 ± 26,1	0,185	0,223
Salute in generale (SG)	51,84 ± 17,3	56,65 ± 16,4	0,077	51,83 ± 13,5	94,97 ± 12,4	0,240	0,229
Vitalità (VT)	67,50 ± 25,3	55,87 ± 16,2	0,162	56,30 ± 14,7	61,30 ± 16,3	0,362	0,324
Attività sociali (AS)	59,47 ± 28,1	69,28 ± 29,6	0,740	81,70 ± 21,8	73,75 ± 26,8	0,132	0,562
Ruolo e stato emotivo (RE)	29,20 ± 45,5	32,38 ± 51,6	0,724	38,33 ± 37,9	55,00 ± 37,9	0,214	0,165
Salute mentale (SM)	55,38 ± 18,1	55,90 ± 23,4	0,901	53,80 ± 16,3	55,80 ± 17,1	0,707	0,984

Legenda: Gruppo I = gruppo intervento; Gruppo C = gruppo controllo.

Note

^a Dati espressi come media ± deviazione standard.

^a Paired t-test.

^b Unpaired t-test tra gruppo I e gruppo C a 12 mesi.

da medici di Medicina Generale o da specialisti cardiologi. Bell et al. [31] ritengono che i medici parlino spesso con i pazienti ipertesi del regime terapeutico e dell'importanza dello stile di vita, ma l'approccio utilizzato consiste nel fornire informazioni. Come riportato in letteratura, l'informazione da sola può migliorare la conoscenza della patologia da parte del paziente, ma non è sufficiente a indurre modificazioni nel suo stile di vita e, quindi, un miglioramento del suo stato di salute [32]. Occorre coinvolgere il paziente e motivarlo al cambiamento e, poiché la motivazione richiede l'applicazione di aspetti analizzati teoricamente, è necessario utilizzare metodiche formative che prevedano il confronto/incontro tra pazienti con la possibilità di discutere casi reali che il paziente riesce a ricondurre e a collegare facilmente con la sua quotidianità [33,34]. Il focus group e il role playing sono due metodiche che consentono il confronto e offrono l'opportunità di esplorare in un ambito protetto nuove possibilità e nuove soluzioni, permettendo di rendere espliciti atteggiamenti e comportamenti che altrimenti resterebbero inespressi, utilizzando metodiche essenzialmente centrate sugli aspetti verbali. La malattia ipertensiva viene così immaginata come un ideale luogo d'incontro tra persone, in cui la relazione, inevitabilmente asimmetrica e sbilanciata a favore del medico, passa da un approccio centrato sul curante a un approccio centrato non solo sul paziente, ma principalmente sulle interazioni e sulle dinamiche che i pazienti stabiliscono tra loro [35,36].

Per quanto riguarda le modificazioni nello stile di vita, entrambi i gruppi riportano cambiamenti in senso salutare delle abitudini di vita, anche se più marcate nel gruppo I. L'unico quesito per il quale il miglioramento è più marcato nel gruppo C è quello relativo all'abitudine al fumo. La modificazione del comportamento del gruppo C può essere spiegata dal fatto che questi pazienti ricevono in ogni caso le informazioni sulla patologia e sul trattamento durante le visite e inoltre sono chiamati ai follow-up comprendenti misurazione della pressione del peso, valutazione della dieta e compilazione dei questionari. Questi contatti sicuramente rendono i pazienti più consapevoli della loro patologia. Il dato relativo al fumo va considerato con cautela per entrambi i gruppi, perché, nella nostra esperienza, le ricadute sono abbastanza frequenti. In ogni caso questo dato sarà oggetto di ulteriori analisi su un campione più ampio. I pazienti del

gruppo I percepiscono una migliore salute fisica, come riportato dall'SF-36.

Lo studio presenta alcuni limiti: focus group e role playing sono metodologie qualitative e difficilmente si prestano a valutazioni quantitative e quindi generalizzabili a popolazioni di pazienti più ampie. Il trasferimento del progetto dall'ambito ospedaliero a quello territoriale ha ridotto la percentuale di pazienti che abbandonano lo studio dal 30% al 7%. L'AORN "Cardarelli" rappresenta un riferimento per tutta la Regione Campania; la distanza e le difficoltà per raggiungere la sede ospedaliera sono le principali responsabili dell'elevato tasso di drop-out. Questo si riduce notevolmente laddove lo sforzo richiesto al paziente è quello di raggiungere l'ambulatorio del proprio medico di Medicina Generale.

Occorre, inoltre, valutare gli effetti a lungo termine e prevedere rinforzi periodici come riportato dalle linee guida ESH-ESC del 2007. A fronte del risparmio nella spesa per farmaci del gruppo I è necessaria una valutazione del costo di un siffatto programma di educazione terapeutica. D'altronde tale attività può essere inserita nella routine del medico di Medicina Generale nell'ambito di un progetto-obiettivo da concordare a livello delle singole regioni. In tal modo il medico di Medicina Generale può rafforzare quel rapporto peculiare e unico che instaura con il paziente e che gli consente di essere chiamato in prima linea principalmente nella prevenzione e nella gestione di patologie in cui entrano in gioco fattori di rischio associati a stili di vita non adeguati e, allo stesso tempo, esplicitare la funzione tanto cara allo Stato di monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria grazie a una migliore aderenza del paziente al trattamento farmacologico e non farmacologico.

Conclusioni

I risultati dello studio, nonostante necessitino di essere confermati su un campione più ampio di pazienti e valutati su un periodo di tempo più lungo, sottolineano l'importanza e la necessità di un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione delle malattie croniche che, essendo multifattoriali, richiedono sempre più spesso il contemporaneo intervento di più operatori sanitari [37]. Il lavoro di gruppo, dall'ideazione alla realizzazione, valorizzando le diverse

competenze, rende possibile la creazione di percorsi di educazione terapeutica in grado di aumentare l'adesione al trattamento farmacologico, di modificare le abitudini di vita non salutari, di migliorare, quindi, il controllo clinico dei pazienti riducendo le complicanze, di promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi sanitari da parte dell'utenza, di contenere la spesa dell'assistenza sanitaria.

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A vital investment, WHO Global Report. 2005. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- [2] Working Group World Health Organization, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education. Continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Geneva: WHO, 1998.
- [3] van den Hoogen PC, Feskens EJ, Nagelkerke NJ, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. Seven Countries Study Research Group. *N Engl J Med* 2000;342(1):1–8.
- [4] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360(9349):1903–13.
- [5] Neal B, MacMahon S, Chapman N, Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Lancet* 2000;356(9246):1955–64.
- [6] Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am J Hypertens* 2000;13(1 Pt 2): 3S–10S.
- [7] Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment and control in five European countries. Canada, and the United States. *Hypertension* 2004 Jan;43(1):10–7.
- [8] Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *MedGenMed* 2007;9(3):58.
- [9] Fung V, Huang J, Brand R, Newhouse JP, Hsu J. Hypertension treatment in a Medicare population: adherence and systolic blood pressure control. *Clin Ther* 2007;29(5):972–84.
- [10] Elliott WJ. Improving outcomes in hypertensive patients: focus on adherence and persistence with antihypertensive therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2009;11(7):376–82.
- [11] Uzun S, Kara B, Yokuşoğlu M, Arslan F, Yılmaz MB, Karaeren H. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009;9(2):102–9.
- [12] Tarride JE, Lim M, DesMeules M, Luo W, Burke N, O'Reilly D, et al. A review of the cost of cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2009 Jun;25(6):e195–202.
- [13] Dall TM, Fulgoni 3rd VL, Zhang Y, Reimers KJ, Packard PT, Astwood JD. Potential health benefits and medical cost savings from calorie, sodium, and saturated fat reductions in the American diet. *Am J Health Promot* 2009;23(6):412–22.
- [14] Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007 Jun;25(6):1105–87. Erratum in: *J Hypertens*. 2007 Aug;25(8): 1749.
- [15] Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD005182.
- [16] Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2004;164(7):722–32.
- [17] Harmon G, Lefante J, Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to anti-hypertensive medications. *Curr Opin Cardiol* 2006;21(4):310–5.
- [18] van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. International Expert Forum on Patient Adherence. Furthering patient adherence: a position paper of the international expert forum on patient adherence based on an internet forum discussion. *BMC Health Serv Res* 2008;8:47.
- [19] Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, et al. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* 2004 Mar;27(3):670–5.
- [20] Bane C, Hughes CM, Cupples ME, McElnay JC. The journey to concordance for patients with hypertension: a qualitative study in primary care. *Pharm World Sci* 2007;29(5):534–40.
- [21] Chapman GE, Sellaeg K, Levy-Milne R, Ottem A, Barr SI, Fierini D, et al., "Do It With Focus" Research Group. Canadian dietitians' approaches to counseling adult clients seeking weight-management advice. *J Am Diet Assoc* 2005 Aug;105(8):1275–9.
- [22] Stewart J, Brown K, Kendrick D, Dyas J, Nottingham Diabetes and Blood Pressure Study Group. Understanding of blood pressure by people with type 2 diabetes: a primary care focus group study. *Br J Gen Pract* 2005;55(513):298–304.
- [23] Collier J. Patient-information leaflets and prescriber competence. *Lancet* 1998;352(9142):1724.
- [24] Sheahan SL, Fields B. Sodium dietary restriction, knowledge, beliefs, and decision-making behavior of older females. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(4):217–24.
- [25] Shiri C, Srinivas SC, Futter WT, Radloff SE. The role of insight into and beliefs about medicines of hypertensive patients. *Cardiovasc J Afr* 2007;18(6):353–7.
- [26] Lesley ML. Social problem solving training for African Americans: effects on dietary problem solving skill and DASH diet-related behavior change. *Patient Educ Couns* 2007;65(1): 137–46.
- [27] Vincent D, Clark L, Zimmer LM, Sanchez J. Using focus groups to develop a culturally competent diabetes self-management program for Mexican Americans. *Diabetes Educ* 2006;32(1):89–97.
- [28] Yoon SL, Godwin A. Enhancing self-management in children with sickle cell disease through playing a CD-ROM educational game: a pilot study. *Pediatr Nurs* 2007;33(1):60–3. 72.
- [29] Dolovich L, Sabharwal M, Agro K, Foster G, Lee A, McCarthy L, et al. The effect of pharmacist education on asthma treatment plans for simulated patients. *Pharm World Sci* 2007 Jun;29(3): 228–39.
- [30] Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol* 2004;19(4):357–62.
- [31] Bell RA, Kravitz RL. Physician counseling for hypertension: what do doctors really do? *Patient Educ Couns* 2008;72(1):115–21.
- [32] Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review

- of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24(3): 561–87.
- [33] Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, et al. Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Educ Couns* 2008 Mar;70(3):338–47.
- [34] Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, et al. An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: rationale and design. *Contemp Clin Trials* 2007 Feb;28(2):169–81.
- [35] Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *J Clin Nurs* 2007;16(2): 402–6.
- [36] Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2): CD003417.
- [37] Dujardin JJ, Joly P, Jaboureck O, Madoun S, Bresson R, Averous V, et al. Education for chronic cardiologic diseases in a transversal multidisciplinary unit: the experience of a general hospital center. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2005 Nov;54(6):305–9.