

La comunicazione del rischio nella pandemia COVID-19: riflessioni sulla modifica delle abitudini comportamentali in prevenzione cardiovascolare

Elisabetta Angelino¹, Marco Ambrosetti², Francesco Fattiroli³

¹Servizio di Psicologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Presidio Major, Torino

²U.O. Cardiologia Riabilitativa, Dipartimento di Cardioangiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS di Pavia

³Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Lifestyle is a cornerstone of cardiovascular prevention and the process of risk communication constitutes an important step to obtain favorable changes in daily habits. Nevertheless, there is no definite consensus on how health operators should provide information on cardiovascular risk, and several models have been proposed in different settings. The current COVID-19 pandemic – with related communication strategies to reduce the spread of the disease and morbidity – may offer an interesting opportunity to reconsider communication in cardiovascular prevention: even though cardiovascular conditions are not communicable diseases, both COVID-19 and cardiac illnesses force a huge segment of the population to major lifestyle changes. This narrative commentary describes similarities between these conditions, mainly focusing on modalities of risk communication, strategies to counteract fake news, actions to enhance the expertise of health operators, and finally on new skills that could derive as a lesson from COVID-19.

Key words. Cardiovascular prevention; COVID-19; Risk communication.

G Ital Cardiol 2020;21(6):401-407

PREMESSA

I pazienti possono non essere del tutto consapevoli di possedere fattori di rischio cardiovascolare ed il modo in cui le informazioni sono fornite dai professionisti sanitari e come vengono interpretate ed elaborate, rende la percezione del rischio spesso confusa e non traducibile in comportamenti preventivi¹. Come consentire ai soggetti/pazienti di prendere decisioni informate sulla gestione della propria salute nelle diverse condizioni di malattia?

La “percezione del rischio” è un processo complesso e con un andamento temporale che evolve con modalità anche estremamente differenziate. In alcuni casi ha un chiaro inizio ed una intensità stabile, in altri è più difficile da definire perché fluttuante. Mantenere nel tempo i cambiamenti di stile di vita è difficile per soggetti asintomatici; dopo un episodio coronarico acuto, chi percepisce come risolutivo il trattamento a cui è stato sottoposto ha una motivazione ridotta a impegnarsi in cambiamenti delle abitudini comportamentali, ma anche la percezione della natura cronica e progressiva della

malattia può portare a un senso di futilità delle azioni da intraprendere.

La comunicazione del rischio è il canale attraverso il quale passano quei contenuti che possono essere tradotti in azioni efficaci dal singolo: nello stesso tempo è uno degli aspetti meno dibattuti nell’ambito delle strategie di prevenzione cardiovascolare. Anche la comunicazione del rischio per il cambiamento delle abitudini comportamentali è un processo complesso e dall’integrazione delle sue componenti ne dipende l’efficacia. Questo aspetto viene per lo più trascurato: enfatizzando valutazione e gestione del rischio cardiovascolare, si appiattisce tra queste due fasi la comunicazione che finisce così per sembrare un semplice atto monodimensionale.

Negli ultimi mesi il mondo, con esso il mondo scientifico e inevitabilmente anche quello cardiologico², è stato travolto dalla pandemia COVID-19. Non è irrilevante cercare di comprendere come è stata condotta la comunicazione istituzionale sui rischi immediati per la salute e per la sopravvivenza. Con le apparenti differenze, quasi antitetiche, tra la comunicazione del rischio per la “difesa” da una malattia ad elevata possibilità di contagio e quello da una malattia (in questo caso cardiovascolare) non trasmissibile, ci è data un’opportunità per riflettere sulla pratica quotidiana, in base a un’esperienza extra-ordinaria vissuta stando anche dalla parte di chi ha dovuto cambiare le proprie abitudini. Proviamo ad analizzare le possibili assonanze per mettere alla prova la tenuta e l’efficacia delle nostre strategie di comunicazione del rischio per il cambiamento dello stile di vita.

© 2020 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 23.04.2020; nuova stesura 27.04.2020; accettato 27.04.2020.

Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

Per la corrispondenza:

Prof. Francesco Fattiroli Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Via Bolognese 66, 50139 Firenze
e-mail: francesco.fattiroli@unifi.it

COMUNICAZIONE NELL'EMERGENZA CORONAVIRUS E NELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dare le informazioni e comunicare il rischio

COVID-19

La percezione del rischio guida le risposte comportamentali, ma è facilmente distorta dallo stile comunicativo nella situazione di crisi. Gestire questi aspetti è fondamentale ma complesso³. Su questo tema sono state proposte alcune analisi riferite a contesti culturali ed ambientali molto diversi^{4,5}. L'Agenzia Federale statunitense, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ha sintetizzato sei principi guida per una comunicazione in condizione di crisi: l'efficacia dipende non solo da tempestività, onestà e credibilità, ma anche dall'empatia e dalla promozione, a livello individuale, di decisioni e azioni utili (Tabella 1)⁶.

La percezione del rischio e di ciò che serve per fronteggiarlo risente dell'attenzione data ad esso dai social media e dai media tradizionali. Da parte della popolazione non esiste una risposta "standard": le emozioni risultano agire da mediatori specifici tra la rappresentazione di un livello di rischio, la sua percezione e i successivi comportamenti. La paura tende a stimolare comportamenti protettivi, la rabbia al contrario spinge a reazioni aggressive e scomposte⁷.

Prevenzione cardiovascolare

Il momento in cui ci viene comunicato un rischio per la nostra salute costituisce una personale situazione di crisi, in quanto uno strappo (la comunicazione del rischio) provoca la rottura del precedente equilibrio e la necessità di trovarne, non senza fatica, uno nuovo. Inevitabilmente si tratta di situazioni molto eterogenee: se il rischio potenziale è proveniente da una condizione nota, più "domestica" (es. l'ipertensione), la percezione è differente rispetto a quando esso è determinato da una patologia la cui evoluzione è potenzialmente sfavorevole (es. l'infarto). In ogni caso, lo squilibrio può manifestarsi con vissuti di indifferenza, impotenza, tristezza e ansia, oppure generare rabbia o paura o rifiuto. La prevenzione cardiovascolare riguarda soggetti sani, soggetti a rischio elevato o pazienti che hanno già una diagnosi di malattia: quindi per essere in grado di indurre modifiche ai comportamenti, la comunicazione del rischio non può essere generica e standardizzata, ma declinata nella modalità più efficace o più opportuna in base alle caratteristiche individuali e del contesto, quali una visita ambulatoriale o la dimissione da un ricovero ospedaliero^{8,9}.

Tabella 1. Principi guida per un'efficace comunicazione in condizione di crisi del Centers for Disease Control and Prevention⁶.

1. Fornire le informazioni il prima possibile o, se non è possibile, spiegare come si sta lavorando per farlo ed entro quando si riuscirà a dare informazioni.
2. Essere trasparenti: dire alle persone quello che si sa quando lo si conosce, dire loro cosa non si sa e se lo si saprà più tardi.
3. Essere credibili: dire la verità.
4. Esprimere empatia: riconoscere ciò che le persone provano.
5. Promuovere l'azione: dare alle persone cose rilevanti da fare.
6. Mostrare rispetto: coinvolgere le parti interessate nei processi decisionali e cercare di rispettare le scadenze dei media.

Occorre quindi che la comunicazione, avente come oggetto la prevenzione – ed il miglioramento dell'aderenza ai trattamenti farmacologici e non farmacologici – non sia realizzata per assolvere un compito ("ho informato il paziente in modo coerente con le raccomandazioni scientifiche"), ma per fornire indicazioni che possano essere tradotte concretamente in azioni di miglioramento individuale (Tabella 2)¹⁰.

Fornire le raccomandazioni comportamentali

COVID-19

Durante la pandemia sono state raccomandate cinque azioni identificate come cruciali (lavarsi le mani, non toccare il viso, stare a casa, mantenere le distanze, fare attenzione a tosse e febbre). Sono comportamenti semplici ma le istruzioni al riguardo hanno dovuto fare i conti con i sottostanti, complessi, meccanismi psicologici. A titolo di esempio:

- *Lavarsi le mani.* I cambiamenti del comportamento che mirano alle attività quotidiane devono superare una barriera comune e sostanziale: le abitudini. L'istruzione e l'informazione non bastano a cambiare le abitudini che spesso operano al di fuori della consapevolezza¹¹. Rendere attraenti i nuovi comportamenti (i video sul lavaggio delle mani postati dai personaggi del mondo dello spettacolo) e rendere conveniente la conformità alle nuove regole (la disponibilità ovunque di gel idroalcolico) ne facilita l'adozione.
- *Stare a casa e mantenere la distanza di sicurezza.* Imporre l'isolamento sociale ha reso necessario considerare e gestire, contestualmente, gli effetti collaterali di tale misura. Gli esempi sono numerosi e tutti meritevoli di analisi: da evidenziare è l'inevitabile legame tra una "prescrizione" e i suoi effetti nel tempo. Informare sulle conseguenze anche negative di un trattamento e identificare da subito strategie per mitigarle favorisce l'adesione e il mantenimento^{12,13}.

Le raccomandazioni fondamentali sulle misure di protezione personale sono state trasmesse in modo parziale ed infatti non hanno funzionato bene. Non è sufficiente dire che devono essere indossati guanti e mascherine, bisogna spiegare dettagliatamente come, quando e perché. In particolare l'uso delle mascherine – costo elevato, difficoltà a reperirle, diversi modelli – non spiegato con chiarezza, ha prodotto la sensazione di una informazione poco trasparente, minando l'aderenza a questa raccomandazione che è stata seguita in base a criteri soggettivi di opportunità.

Tabella 2. Le cinque regole chiave per migliorare l'efficacia dello scambio informativo¹⁰.

1. Esprimere un solo concetto alla volta.
2. Comunicare le informazioni importanti all'inizio e alla fine del discorso.
3. Non chiedere più di 3 modificazioni dello stile di vita e prescriverle indicando comportamenti precisi (es. camminare per 30 min) e non come generiche raccomandazioni (*faccia attività fisica!*).
4. Utilizzare esempi pratici e calati nel mondo reale del paziente.
5. Spezzare le informazioni e verificare la comprensione del paziente.

Prevenzione cardiovascolare

Si tende a fornire moltissime informazioni ai pazienti per renderli più coinvolti e più motivati ai trattamenti proposti. Fondamentale è, invece, identificare le informazioni essenziali, definendo le priorità da comunicare. Le linee guida europee 2016 sulla prevenzione cardiovascolare¹⁴ riportano i principi per una comunicazione efficace nel facilitare il cambiamento comportamentale. Nel documento vi sono una serie di punti sostanziali che vanno sottolineati: la ricerca e la valorizzazione del "punto di vista" del paziente; la necessità di rilevare la comprensione di ciò che viene comunicato; il riconoscimento delle difficoltà che si presenteranno e le necessità di aiuto e supporto (Tabella 3). Non si tratta di parole, ma di azioni molto impegnative per tutti gli operatori sanitari che vengono in contatto con il paziente, primo fra tutti il medico, dal quale ci si attende autorevolezza e competenza¹⁵, ed a tutti i livelli, primo tra tutti al termine di un ricovero ospedaliero¹⁶. Va sottolineato il focus sul fattore tempo quale dimensione fondamentale per la comunicazione, per l'elaborazione dell'informazione, la messa in atto di comportamenti ed infine per offrire un supporto adeguato.

La Tabella 4 riporta i messaggi sintetici utilizzati in prevenzione cardiovascolare ed in emergenza COVID-19: i contenuti sono egualmente corretti ma la strategia comunicativa non può ovviamente essere la stessa. Mentre i cinque messaggi "standard" relativi ai comportamenti strategici per COVID-19 sono risultati efficaci, perché centrati su un obiettivo circoscritto, uguale per tutti e da raggiungere rapidamente, nel caso della prevenzione cardiovascolare la personalizzazione è fondamentale per incidere sul comportamento individuale. Sono state sicuramente utili le campagne di informazione, che hanno realizzato una diffusione "generalista" dei contenuti che stanno alla base della prevenzione: anche in questo caso, in analogia alla comunicazione COVID-19, si ritrovano cinque punti essenziali. L'informazione insistente sull'alimentazione

Tabella 3. Principi per una comunicazione efficace per facilitare il cambiamento comportamentale.

<ul style="list-style-type: none"> • Trascorrere abbastanza tempo con l'individuo per creare una relazione terapeutica: anche qualche minuto in più può fare la differenza.
<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere il punto di vista personale dell'individuo sulla sua malattia, sui fattori che contribuiscono.
<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare l'espressione di preoccupazioni e ansie, e autovalutazione della motivazione per cambiamento comportamentale e possibilità di successo.
<ul style="list-style-type: none"> • Parlare con l'individuo nella sua lingua e essere di supporto a ogni miglioramento nello stile di vita.
<ul style="list-style-type: none"> • Porre domande per verificare che l'individuo abbia compreso il consiglio e abbia il supporto di cui ha bisogno per seguirlo.
<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere che il cambiamento delle abitudini di vita può essere difficile e che un cambiamento graduale è spesso più persistente di un rapido cambiamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Accettare che gli individui potrebbero aver bisogno di supporto per molto tempo e che potrebbero essere necessari interventi ripetuti per incoraggiare e mantenere il cambiamento dello stile di vita.
<ul style="list-style-type: none"> • Assicurarsi che tutti gli operatori sanitari coinvolti forniscano informazioni coerenti ed omogenee.

Adattata da Piepoli et al.¹⁴.

Tabella 4. I cinque messaggi base nella comunicazione "standard" per COVID-19 e prevenzione cardiovascolare.

COVID-19	Prevenzione cardiovascolare
Stai a casa	Non fumare
Lavati le mani	Mangia sano
Mantieni le distanze	Fai un po' di moto
Non toccarti il viso	Cerca di rilassarti
Attento a febbre e tosse	Prendi le medicine

Per la spiegazione vedi testo.

più salutare, sulla necessità di fare attività fisica, ecc., ha portato un deciso innalzamento della consapevolezza nella popolazione, senza necessariamente tradursi tuttavia nell'assunzione di modalità strutturate e persistenti di cambiamento. I dati dei registri documentano, anche impietosamente, che il controllo dei fattori di rischio (sia come risultato della terapia farmacologica che come modifica delle abitudini di vita) è ancora lontano da quanto ci si aspetterebbe per consolidare i risultati eccellenti realizzati con la cura della fase acuta dell'infarto^{17,18}.

Scegliere le parole

COVID-19

L'indice di accessibilità delle prime comunicazioni istituzionali è risultato relativamente basso, favorendo la migrazione dei cittadini verso altri canali informativi. Usare "assembramento" e "dimora" invece di "folla" e "casa" non ha funzionato perché si tratta di termini desueti. Al riguardo, è emblematico l'utilizzo del termine *dispnea* nei primissimi elenchi ufficiali dei sintomi, presente anche sul sito del Ministero della Salute, poi rapidamente corretto con *difficoltà a respirare*.

Abbiamo inoltre assistito ad un abuso di termini inglesi (*droplet*, *lockdown*, ecc.) che non sono da tutti facilmente comprensibili.

Esiste un legame di causalità diretta tra la scarsa leggibilità di alcune comunicazioni ufficiali e la proliferazione e la diffusione di notizie che spesso alterano la realtà e ne danno una immagine parziale o distorta. Una comunicazione inadeguata crea dissonanze, le dissonanze creano disorientamento e panico e il panico genera comportamenti controproducenti.

Prevenzione cardiovascolare

Le caratteristiche oggettive dell'informazione prescrittiva sono molto importanti: l'uso di parole vaghe, di una terminologia troppo tecnica, il ricorso schematico a numeri assoluti o a percentuali, incide sulla penetrabilità del messaggio. Spesso le espressioni verbali non sono utilizzate in modo consapevole e personalizzate sul singolo individuo: non vanno bene a tutti le espressioni "perdi peso", "inizialmente ad allenarti", "mangia bene", "non esagerare".

Riprendendo l'esempio della sostituzione di *dispnea* con *difficoltà a respirare*, si coglie un altro dei punti critici: anche nella pratica clinica frequentemente vi è un utilizzo di termini tecnici, idonei alla comunicazione tra operatori sanitari, piuttosto che di espressioni più vicine all'abitudine e alla cultura del soggetto/paziente che riceve l'informazione. Disorienta frequentemente l'ascoltatore/paziente anche l'utilizzo della tipica terminologia con significato inverso per chi ascolta:

esempio tipico l'utilizzo della definizione "esito negativo" per indicare il risultato favorevole di un esame.

Gestire le false credenze e la disinformazione

COVID-19

Durante la pandemia COVID-19, nonostante i *warning* lanciati dagli esponenti della comunità scientifica, la fase di rifiuto è stata largamente condivisa. Nella difesa delle proprie posizioni di diffidenza si è fatto ricorso a tutte le fonti informative che permettevano di confermare le proprie tesi, scartando le altre. Questo approccio ha dimostrato quanto fuorviante sia il "pregiudizio di conferma" e quanto sia pervasivo perché indipendente dal livello socio-culturale o dalle caratteristiche dello specifico contesto.

La facilità con cui è possibile produrre e distribuire informazione nei diversi tipi (evidenze scientifiche, fatti, idee, opinioni) e nei diversi format (libri, riviste, articoli, televisione, rete) rende di fatto impossibile gestire il flusso informativo nella sua totalità. Le informazioni sono talmente tante che ci si concentra su frammenti di notizie colte in modo estemporaneo e per lo più autoreferenziale. Le notizie false, con il potere di seduzione dato dal loro sembrare più nuove di quelle vere, portano con sé emozioni come la rabbia e l'indignazione (*ci fanno credere che, ma invece...*) che spingono alla condivisione. La disinformazione e la diffusione di notizie false, durante la pandemia COVID-19, hanno finito per determinare una forma di contagio informativo, non meno pericoloso di quello indotto dal virus¹⁹.

Prevenzione cardiovascolare

Su temi sanitari, anche complessi e controversi, l'estrema disponibilità di contenuti altera la percezione del proprio livello di conoscenza determinando la tendenza a sentirsi adeguatamente informati se non quasi esperti. In questi ultimi anni, a livello nazionale sono state intraprese numerose azioni per contrastare le *fake news* sulla salute. Queste lodevoli iniziative hanno approfondito solo marginalmente il versante delle "credenze" possedute dalle persone sui temi di salute e in particolare, per quanto di nostro interesse, sugli stili di vita orientati alla prevenzione cardiovascolare, tema questo sul quale c'è peraltro carenza di dati provenienti da rilevazioni nel "mondo reale". Non rientra in questa riflessione la trattazione di un tema così attuale e complesso. Per iniziare a contrastare, dal livello individuale a quello sociale, la circolazione di informazioni distorte, è utile comunque seguire i suggerimenti riportati in Tabella 5, che sottolinea l'utilità di un approccio proattivo per comprendere l'impatto della disinformazione e le cause alla base della confusione e della sfiducia nelle fonti ufficiali di informazione sanitaria²⁰.

Tabella 5. I suggerimenti per contrastare la diffusione delle false informazioni in ambito sanitario²⁰.

- Comprendere il contesto in cui nasce la falsa informazione.
- Identificare quali sono i temi bersaglio.
- Comprendere come e perché le notizie false si diffondono.
- Valutare la portata e l'influenza della disinformazione sulla salute.
- Determinare la soglia oltre cui è necessario un intervento.
- Studiare e collaudare strategie multidisciplinari per rafforzare la fiducia in informazioni sanitarie basate su dati scientifici.

Aggiornare e valorizzare le competenze

COVID-19

Se il grande sviluppo tecnologico ha dato accesso a una quantità di informazioni senza precedenti, quello che progressivamente è venuto a mancare è stata la capacità di giudizio sulle informazioni ricevute. Una sorta di egualitarismo disinformato è sembrato finora prevalere sul tradizionale sapere consolidato. Scienziati e professionisti esperti più che figure a cui affidarsi per un parere qualificato, sono stati visti come i sostenitori di un sapere elitario²¹. Tom Nichols ha definito questa epoca "l'era dell'incompetenza" sostenendo, in modo quasi profetico, che "il rifiuto delle conoscenze finirà solo quando si verificherà un disastro, una grande depressione, una guerra o una pandemia"²². Da quando è iniziata la pandemia COVID-19, nei mezzi di comunicazione si è progressivamente riscoperta l'importanza delle competenze. La logica in base alla quale chiunque può parlare di qualunque cosa, non può andare bene quando i problemi sono rilevanti o addirittura così pericolosi per la vita come in questa emergenza: occorre focalizzarsi sui dati essenziali e su fonti autorevoli per essere aiutati a trattenere ciò che vale. Ma le competenze che servono non sono solo tecniche (leggere i grafici e dire cosa fare), è cruciale essere capaci di insegnare alle persone a riflettere su quanto sta accadendo per comprenderne lo sviluppo e agire di conseguenza.

Per evitare di incrementare la confusione e favorire l'adesione a ciò che è opportuno fare, occorre promuovere una visione unitaria, anche se articolata e complessa, delle informazioni. Una delle criticità di queste settimane è stato assistere nei talk show al contrasto, a volte anche aspro, tra le opinioni degli esperti di sanità pubblica, dei virologi, degli infettivologi. A livello scientifico la dialettica e la discussione dei diversi punti di vista è legittima ed anche fondamentale per il progresso della conoscenza, ma quando il dibattito tra esperti arriva in modo diretto all'opinione pubblica, soprattutto in situazioni di emergenza come la pandemia COVID-19, i messaggi contrastanti e la polarizzazione delle posizioni possono avere effetti devastanti a partire dalla stessa legittimazione della competenza.

Prevenzione cardiovascolare

La prevenzione cardiovascolare vive oggi un paradosso: i pazienti sono sempre più informati ma anche sempre più confusi. Ovunque si trovano informazioni su cosa mangiare, quanta e quale attività fisica praticare, come gestire lo stress e quali farmaci assumere. Le persone, tuttavia, non sono in grado, da sole, di mettere in un ordine gerarchico tutte le informazioni e di esprimere un giudizio su di esse. In un momento di crisi, cioè di discontinuità quale è il momento della comunicazione del rischio cardiovascolare, il medico deve saper assumere con competenza il ruolo di "mediatore" tra tutta la mole di informazioni/disinformazione circolante ed il singolo paziente. Anche in questo caso si tratta di una competenza nuova, non solo tecnica (*ti dico cosa fare*), ma capace di coinvolgere attivamente il paziente, di fondere, quando necessario, in una visione unitaria anche tutte le informazioni dei diversi membri del team e di fornire strumenti per orientarsi: un medico esperto per un paziente esperto.

"Per essere virtuosi non basta conoscere le regole, ma abituarsi a praticarle. Per questo è importante essere educati ad assumere comportamenti virtuosi." (Aristotele).

La prescrizione di quarantena e la restrizione della mobilità chiaramente contrastano con i messaggi di prevenzione cardiovascolare relativi alla necessità di mantenere una costante attività fisica²³. L'isolamento sociale e la conseguente sensazione di vuoto incrementano ansia e depressione e facilmente conducono a comportamenti alimentari inadeguati per quantità e qualità. La sensazione di essere in un tempo sospeso può incidere negativamente anche sull'aderenza alle prescrizioni.

In Tabella 6 si riporta una semplice raccomandazione per i pazienti con patologia/rischio cardiovascolare nel corso della pandemia COVID-19, messa a punto privilegiando la facilità di accesso alla scientificità del linguaggio.

IMPARARE DALL'EMERGENZA COVID-19 PER RAFFORZARE LA COMUNICAZIONE IN PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Con un approccio di sistema

Lo spazio per migliorare la prevenzione è ancora molto, sia nell'affinare ed indirizzare adeguatamente la comunicazione con i pazienti che nell'esercitare la sorveglianza per quei fattori di rischio che impattano negativamente sulla prognosi, inclusa la sfida al miglioramento dell'aderenza ai trattamenti.

La letteratura internazionale, le Società Scientifiche e gli Organismi Istituzionali hanno da tempo focalizzato l'attenzione sul problema della comunicazione tra ospedale e cure primarie, ponendolo come uno degli snodi irrinunciabili all'ottimizzazione del trasferimento delle informazioni. Un inaccurato passaggio di notizie influenza negativamente la continuità della cura e contribuisce all'incidenza di eventi avversi successivi. La degenza ospedaliera dopo un evento acuto, oltretutto, rappresenta il momento di massima disponibilità del paziente ad ascoltare notizie e ricevere indicazioni sulla sua malattia e sulle successive modalità di cura, che trovano nei team multidisciplinari che operano in sinergia l'espressione più completa della strategia di prevenzione²⁴.

Accanto alla condivisione risulta decisiva l'omogeneità delle informazioni. Tra specialista e medico di famiglia le prescrizioni sulle modifiche dello stile di vita sono facilmente delegate all'uno o all'altro (*io non ne ho il tempolio non ne ho le competenze*) con il risultato in messaggi generici e quindi inutilizzabili (*mi raccomando...*) oppure in indicazioni che possono rivelarsi contrastanti nella modalità (in positivo/ne-

gativo: *deve fare.../non deve fare...*) oppure nella forza della raccomandazione (è fortemente raccomandato.../sarebbe meglio...) oppure ancora negli stessi contenuti (*lo specialista mi ha detto.../il mio medico però...*).

Oggi, mentre l'emergenza COVID-19 ha portato ad una modifica della risposta assistenziale nelle forme acute della malattia cardiovascolare (trattamento dell'infarto, disponibilità della cardiocirurgia)²⁵ e ad una riduzione (talora sospensione) della rete assistenziale di cura e riabilitazione per la cardiopatia ischemica post-acuta e per lo scompenso cardiaco, sembra quasi irrealistico parlare di prevenzione. Ma così non è, perché presto dovremo sommare alla cura delle malattie croniche cardiovascolari la gestione delle conseguenze del COVID-19 e la possibile sovrapposizione di complicanze cardiovascolari agli esiti dell'infezione.

L'altra emergenza dopo la pandemia COVID-19 sarà quella sociale: l'impoverimento globale peggiorerà gli stili di vita e aumenteranno le disuguaglianze di salute. La povertà di contesto favorisce l'abitudine al fumo, l'uso di alcol, la sedentarietà; sotto il profilo alimentare determina la scelta di cibi a basso costo con il conseguente sbilanciamento su carboidrati, grassi saturi e sale.

L'impatto dei determinanti sociali sul rischio cardiovascolare è noto ma gli interventi non sono stati finora condotti in modo sistematico, nonostante i continui richiami delle Società Scientifiche²⁶. Vi è una oggettiva complessità della valutazione di questo rischio: conoscere la condizione non solo clinica dei pazienti e rendere possibile la trasmissione di queste informazioni dall'acuto al territorio e viceversa, è l'unico modo per mettere a punto interventi di prevenzione che possano mitigare il rischio determinato dal gradiente sociale.

Con lo sviluppo del digitale

La gestione dell'informazione ed il trasferimento quasi immediato a modalità di studio (la scuola di ogni livello, l'università), di lavoro (*smart working*) e di vita sociale virtuale (cultura, spettacolo) al tempo del COVID-19, ha confermato l'esigenza di possedere competenze digitali (*information literacy*). La condizione di isolamento forzata indotta dalla pandemia sarebbe stata molto più difficile da sostenere se non ci fosse stato Internet come importante componente della vita quotidiana. L'espansione dell'utilizzo di strumenti digitali vale anche per la prevenzione cardiovascolare: il recente position paper della European Association of Preventive Cardiology²⁷ dedica un'ampia trattazione al tema. La revisione sistematica delle risorse fornite dalla Rete, nei pazienti con cardiopatia ischemica, dimostra che per il cambiamento dei comportamenti, un rapporto personalizzato può avere esiti favorevoli, pur con i risultati ancora controversi a causa dell'estrema eterogeneità dei dati finora raccolti.

La *health literacy* in Italia è tra la più bassa in Europa²⁸ e soltanto il 44% degli individui tra i 16 e i 74 anni possiede competenze digitali di base, ben al di sotto della media europea che si attesta al 57%. Una così elevata quota di analfabetismo sanitario e digitale rappresenta una pericolosa forma di esclusione sociale e di esposizione al rischio in termini sanitari. Potremo inserire nei programmi educazionali di prevenzione cardiovascolare, interventi di promozione non solo di *health literacy* ma anche di *information literacy*, dal momento che si tratta di competenze in uno scenario post-COVID-19 poco scindibili tra loro?

Tabella 6. Cinque raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in epoca COVID-19.

Sconfiggi il coronavirus e proteggi il cuore in 5 mosse

1. Rimani a casa ma gestisci il tempo, inventati una nuova routine per controllare il senso di vuoto e l'ansia.
2. Contrasta tristezza e depressione, sorridi, canta, sdrammatizza e non usare mai l'alcol per rilassarti un po'.
3. Stai attento a quella voglia di mangiare che viene quando ci si sente soli e tristi e non fumare per noia.
4. Ogni passo conta, anche quelli fatti nel corridoio di casa o intorno al tavolo. Non hai scuse, rimani attivo.
5. Prendi i farmaci, chiedi aiuto se ne hai bisogno e non farti travolgere dalla valanga di notizie e numeri.

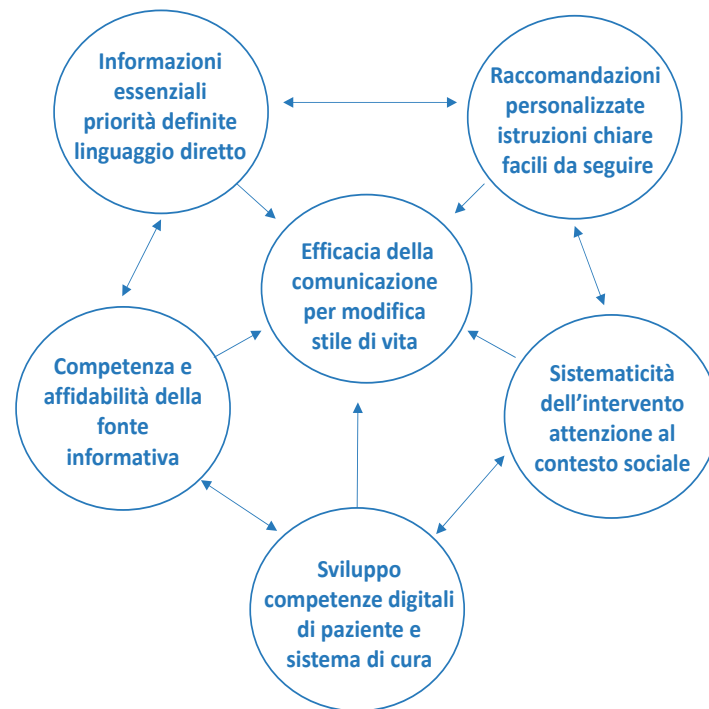


Figura 1. La comunicazione del rischio per la modifica delle abitudini comportamentali in prevenzione cardiovascolare: ai fini dell'efficacia è necessario agire su tutti gli elementi, in quanto interdipendenti.

Da oggi dobbiamo coniugare la "gestione" della prevenzione del contagio da COVID-19 con la quotidianità, non solo della vita familiare, dell'istruzione, del lavoro, delle relazioni sociali, ma anche delle tante modalità di interazione sanitaria basate sulla comunicazione a distanza, per favorire quel sistema di cura in grado di prevenire l'evoluzione sfavorevole di una cardiopatia ischemica o il rischio di instabilizzazione di uno scompenso cardiaco. L'istituzione formale della "televisita" via smartphone o tablet sarà per molti – medici e pazienti – una necessità se non un obbligo, anche se la sanità digitale fatica ad affermarsi. Perché anche la prevenzione cardiovascolare possa utilizzare efficacemente i sistemi digitali occorre una rapida conquista delle possibilità offerte dai sistemi stessi: l'utilizzo non può essere circoscritto a settori di popolazione (più giovani, più "competenti") ma deve essere orientato alle capacità ed alle attitudini reali del cittadino/paziente: meno giovane, meno competente.

LE TRAIETTORIE FUTURE

Se un aspetto positivo possiamo riconoscere dalla crisi COVID-19, è quello di aver messo a nudo le nostre false certezze e di aver fatto emergere i nostri reali bisogni. Abbiamo davanti un tempo di manutenzione personale e collettiva: dovremo perfezionare le conoscenze, riformulare i saperi, raffinare le *skills*.

La prevenzione cardiovascolare, nel suo misurarsi con gli stili di vita, è chiamata da sempre a fronteggiare il cambiamento per stare al passo con un mondo reale in continua trasformazione. Fino ad ora ogni azione finalizzata a favorire il cambiamento delle abitudini comportamentali è stata con-

dotta intervenendo su un singolo componente della comunicazione del rischio, come se un solo elemento fosse in grado di fare la differenza nel migliorare l'efficacia. Se vogliamo davvero intercettare quali sono i *drivers* del cambiamento, mettere a punto nuove strategie di comunicazione del rischio e infine adeguare la nostra capacità di farvi fronte, dobbiamo fare un salto di qualità: è necessario agire contemporaneamente su tutti gli elementi in gioco e sui rapporti di interdipendenza reciproca (Figura 1):

- la capacità del medico di assumere un ruolo esperto di mediazione tra paziente e informazione circolante;
- la corretta identificazione delle priorità da comunicare e le caratteristiche oggettive dell'informazione;
- l'approccio sistematico ai bisogni individuali e la giusta attenzione al contesto sociale;
- la declinazione operativa delle raccomandazioni comportamentali precisa e accessibile;
- la possibilità di un utilizzo competente del digitale da parte del sistema di cura e del paziente.

RIASSUNTO

Il cambiamento delle abitudini comportamentali in prevenzione cardiovascolare è un processo complesso. La comunicazione del rischio è il canale attraverso il quale passano quei contenuti che possono essere tradotti in azioni efficaci dal singolo: nello stesso tempo è uno degli aspetti meno dibattuti nell'ambito delle strategie di prevenzione. Le considerazioni riportate nell'articolo sono riferite a come è stata condotta la comunicazione istituzionale sui rischi immediati per la salute e per la sopravvivenza durante la pandemia COVID-19. Con le apparenti differenze tra la comunicazione

del rischio per la “difesa” da una malattia ad elevata possibilità di contagio e quello da una malattia non trasmissibile, leggere le possibili assonanze consente di riflettere sulla pratica quotidiana, in base a un’esperienza vissuta stando anche dalla parte di chi ha dovuto cambiare le proprie abitudini. La modalità con cui si comunica il rischio e si forniscono le raccomandazioni comportamentali, la scelta delle parole, la gestione della disinformazione e la valorizzazione delle competenze, sono i punti cardine intorno ai quali si

descrivono in parallelo gli aspetti salienti della comunicazione del rischio per COVID-19 e per la prevenzione cardiovascolare. Dopo l’emergenza COVID-19 dovremo raffinare le *skills* per definire nuove strategie di comunicazione del rischio, agendo contemporaneamente su tutti gli elementi in gioco.

Parole chiave. Comunicazione del rischio; COVID-19; Prevenzione cardiovascolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Mentrup S, Harris E, Gomersall T, Kopke S, Astin F. Patients’ experiences of cardiovascular health education and risk communication: a qualitative synthesis. *Qual Health Res* 2020;30:88-104.
2. Rapezzi C, Ferrari R. The cardiologist at the time of coronavirus: a perfect storm. *Eur Heart J* 2020;41:1320-2.
3. Ahmed H, Naik G, Willoughby H, Edwards AG. Communicating risk. *BMJ* 2012;344:e3996.
4. Zhang L, Li H, Chen K. Effective risk communication for public health emergency: reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) outbreak in Wuhan, China. *Healthcare (Basel)* 2020;8:64.
5. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, et al. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Euro Surveill* 2020;25:2000317.
6. Reynolds BJ. When the facts are just not enough: credibly communicating about risk is riskier when emotions run high and time is short. *Toxicol Appl Pharmacol* 2011;254:206-14.
7. Xie XF, Wang M, Zhang RG, Li J, Yu QY. The role of emotions in risk communication. *Risk Anal* 2011;31:450-65.
8. Angelino E, Fattirolli F. L’informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 1. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012;78:79-84.
9. Fattirolli F, Angelino E. L’informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 2. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012;78:138-47.
10. Ambrosetti M, Angelino E, Faggiano P, et al. L’aderenza globale al trattamento nel continuum della prevenzione cardiovascolare. *G Ital Cardiol* 2018;19(10 Suppl 3):415-565.
11. Lally P, Gardner B. Promoting habit formation. *Health Psychol Rev* 2013;7(Suppl 1):S137-58.
12. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak (developed by the IASC’s Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support); March 17, 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing> [ultimo accesso 27 aprile 2020].
13. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health* 2020;182:163-9.
14. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.
15. Greco A, Cappelletti ER, Monzani D, et al. A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC Fam Pract* 2016;17:136.
16. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, et al. Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera. *G Ital Cardiol* 2016;17:657-86.
17. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al.; EUROASPIRE Investigators. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:824-35.
18. Szummer K, Wallentin L, Lindhagen L, et al. Improved outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction during the last 20 years are related to implementation of evidence-based treatments: experiences from the SWEDHEART registry 1995-2014. *Eur Heart J* 2017;38:3056-65.
19. Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 2020;15:e0231924.
20. Chou WS, Oh A, Klein WMP. Addressing health-related misinformation on social media. *JAMA* 2018;320:2417-8.
21. Iyengar S, Massey DS. Scientific communication in a post-truth society. *Proc Natl Acad Sci USA* 2019;116:7656-61.
22. Nichols T. The Death of Expertise: The Campaign Against Established Knowledge and Why it Matters. New York, NY: Oxford University Press; 2017.
23. Lippi G, Henry BM, Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Eur J Prev Cardiol* 2020 Apr 9. doi: 10.1177/2047487320916823 [Epub ahead of print].
24. Cortés-Beringola A, Fitzsimons D, Pelliccia A, Moreno G, Martín-Asenjo R, Bueno H. Planning secondary prevention: room for improvement. *Eur J Prev Cardiol* 2017;24(3 Suppl):22-8.
25. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:2352-71.
26. Roger V. Medicine and society: social determinants of health and cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2020;41:1179-81.
27. Piepoli MF, Abreu A, Albus C, et al. Update on cardiovascular prevention in clinical practice. A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol* 2020;27:181-205.
28. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy* 2016;120:1087-94.