

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
Prevenzione della malattia coronarica nella pratica clinica	1
CAPITOLO 1	3
MODELLI TEORICI CHE AIUTANO LA PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI SANITARI	3
1.1 Teoria dello stile di attribuzione	3
1.2 Modello di cambiamento in 5 fasi.....	5
1.3 Health Belief Model.....	7
1.4 Teoria dell'azione ragionata.....	8
1.5 La Self-efficacy (auto-efficacia).....	9
1.6 Modello delle Hardiness o Personalità resiliente	11
CAPITOLO 2	13
BENESSERE PSICOLOGICO E STILE DI VITA.....	13
2.1 Predittori psicologici di rischio cardiovascolare	13
2.2 Valutare il benessere psicologico.....	15
2.3 Aspetti del cambiamento comportamentale	16
Esercizio fisico.....	16
Cessazione del fumo	16
Sana alimentazione e dieta.....	17
2.4 Interventi psicologici e educativi	17
Counseling in ambito infermieristico.....	19
Interventi di informazione.....	20
Gruppi di auto mutuo-aiuto.....	22
Il coinvolgimento della famiglia.....	23
L'intervista motivazionale	24
Il supporto individuale	24
CAPITOLO 3	25
MATERIALI E METODI	25
3.1 Obiettivi della ricerca.....	25
3.2 Fasi preliminari dell'indagine	25
3.3 Selezione del campione.....	25
3.4 Ruolo dell'infermiere nell'arruolamento	26
3.5 "Cardioaction": il nostro servizio di riabilitazione cardiologia	27
3.6 Le fasi del programma riabilitativo "Cardioaction".....	28
3.7 Strumenti di raccolta dati	30
Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale).....	30
Stato generale dell'umore: GMS (Global Mood Scale) modificata.....	31
Stato di salute percepita: VAS (Visual Analogue Scale).....	31
Questionario "convinzioni ed esperienze".....	31
3.7 Archiviazione dati e analisi statistica.....	32

CAPITOLO 4	33
RISULTATI.....	33
4.1 Analisi generale della popolazione.....	33
4.2 Analisi dei dati clinici e bioumorali	33
4.2 Analisi dei dati relativi allo stile di vita	36
4.4 Analisi dei parametri psicologici.....	37
4.5 Analisi dei dati del questionario “convinzioni ed esperienze”	41
CAPITOLO 5	43
DISCUSSIONE	43
5.1 Considerazioni sulla popolazione in studio.....	43
5.2 Considerazioni sui dati bioumorali	43
5.3 Considerazioni sui dati relativi allo stile di vita	45
Abitudine al fumo.....	45
Abitudini alimentari	46
Attività fisica	47
5.4 Considerazioni sui dati psicologici	47
5.5 Considerazioni sui dati del questionario	49
CAPITOLO 6	53
CONCLUSIONI.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	56

ALLEGATO 1: Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero
(HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)

ALLEGATO 2: GMS (Global Mood Scale) modificata

ALLEGATO 3: VAS (Visual Analogue Scale) Stato di salute percepita

ALLEGATO 4: Questionario “convinzioni ed esperienze”
versione modificata del “York Angina Beliefs Questionnaire.”

INTRODUZIONE

Prevenzione della malattia coronarica nella pratica clinica

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono fra le cause più frequenti di disabilità. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie da esse indotto (in particolare quelle legate alle ospedalizzazioni, alla spesa farmaceutica e al ricorso alle prestazioni ambulatoriali) ne fa la principale fonte di spesa sanitaria nel nostro Paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa. Negli ultimi anni, il trattamento della fase acuta di queste patologie, ha registrato progressi molto significativi che si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti. Analoghi progressi si sono osservati anche nella ricerca clinica per la cura dei cardiopatici post-acuti e la prevenzione secondaria a lungo termine dei pazienti cronici, ma il loro trasferimento nella pratica risulta ancora largamente inadeguato⁽¹⁾. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Cardiologia Riabilitativa (CR) come un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società. L'obiettivo finale è pertanto quello di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza⁽²⁾. Studi come l'EUROASPIRE⁽³⁾ e lo SHAPE⁽⁴⁾ hanno dimostrato come, dopo un episodio acuto, la prescrizione di uno stile di vita corretto e di raccomandazioni volte al controllo dei fattori di rischio non viene fatto sistematicamente.

La sfida comune a tutti gli operatori sanitari è rendersi conto del notevole potenziale della prevenzione coronarica in tutti i pazienti e di contribuire ai più ampi sforzi della sanità pubblica per ridurre l'onere enorme derivante dalle malattie cardiovascolari. La priorità medica è di focalizzarsi sui soggetti che hanno manifestato sintomi di malattia coronarica o aterosclerotica e su quelli a rischio elevato di manifestare queste malattie nel futuro. Lo scopo è ridurre il rischio di eventi maggiori correlati alla malattia

coronarica e alle altre manifestazioni aterosclerotiche, riducendo così la disabilità prematura e la mortalità. Per definire gli obiettivi specifici dell'azione preventiva in ciascun paziente si debbono innanzitutto considerare gli antecedenti della malattia in relazione allo stile di vita (abitudine al fumo, abitudini dietetiche e attività fisica) e il profilo personale di fattori di rischio in termini di obesità, pressione arteriosa, lipidi plasmatici. In secondo luogo si deve considerare l'uso profilattico di farmaci in grado di ridurre il rischio di eventi ischemici maggiori e la mortalità (aspirina, β bloccanti, ipoglicemizzanti, ACE inibitori, anticoagulanti).

E' noto che gli stili di vita e i fattori di rischio modificabili correlati a questi stili sono associati al rischio di malattia coronarica e di altre forme di malattia aterosclerotica. Vi sono molte dimostrazioni del fatto che modificazioni favorevoli degli stili di vita e dei fattori di rischio correlati, riducono il rischio di eventi coronarici successivi. Non tutti i pazienti, però, sono ugualmente pronti a modificare il loro comportamento in un dato momento, anche se essi sono stati tutti invitati a sottoporsi a screening e alla modificazione dei fattori di rischio. I programmi di modificazione del comportamento raggiungono percentuali di successo più elevato, quando essi valutano la situazione di disponibilità del soggetto a aderire al processo di cambiamento⁽¹⁻⁴⁾.

L'approccio di un team multidisciplinare guidato da un infermiere, insieme al supporto e al coinvolgimento della famiglia del paziente, possono produrre significativi miglioramenti dello stile di vita e una riduzione dei fattori di rischio nei soggetti coronaropatici, e in quelli a rischio di sviluppare cardiovasculopatie⁽⁵⁾. Gli infermieri che operano nel servizio di riabilitazione cardiologica, nel corso della loro esperienza, hanno osservato come i comportamenti messi in atto dai diversi pazienti di fronte all'evento critico di malattia, sono diversi da soggetto a soggetto, e come questo fatto, sembra influenzare il risultato finale di modifica dello stile di vita e di adozione di comportamenti protettivi. E' noto che alcuni aspetti, quali le convinzioni dell'utente in materia di salute, la percezione della malattia, l'ansia, la depressione e l'umore possono modificare l'aderenza ai trattamenti consigliati. Tuttavia scarsi sono gli studi che approfondiscono quanto lo stato psicologico influenza l'aderenza ad abitudini di vita corrette.

CAPITOLO 1

MODELLI TEORICI CHE AIUTANO LA PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI SANITARI

E' ormai consolidato che i comportamenti sono mediati anche dai processi cognitivi e non solo dalle influenze esterne: è dunque fondamentale rifarsi a teorie che ne tengano conto, per poter intervenire efficacemente sulla modificazione dei comportamenti dei pazienti. Il comportamento è considerato la conseguenza di un processo complesso che implica considerazioni legate alle proprie attitudini, all'analisi dei costi-benefici, al giudizio rispetto all'efficacia ed ai risultati ottenibili adottando quel determinato comportamento. Nelle teorie presentate l'attenzione è posta sui fattori cognitivi, ma naturalmente vengono anche considerati i processi sociali e/o ambientali che possono influenzare dall'esterno e creare eventuali barriere al cambiamento. Proprio perché, come riconosciuto dalle singole teorie il cambiamento è un processo complesso e determinato da molteplici fattori, è fondamentale non utilizzare i modelli teorici in maniera restrittiva.

1.1 Teoria dello stile di attribuzione

In che modo, le persone, cercano spiegazioni per il loro e altrui comportamento? Qual è il motivo per cui, di fronte ad eventi apparentemente inspiegabili, come una malattia, non ci si limita a prendere atto della situazione, ma si cercano attivamente le cause che li hanno prodotti? Questi comportamenti riconducono al bisogno che ogni persona ha di prevedere il futuro e di controllare gli eventi. La teoria dell'attribuzione riguarda sostanzialmente la percezione che l'individuo ha delle cause degli eventi: il processo di attribuzione avviene tipicamente, quando un individuo osserva un evento e poi, sulla base delle informazioni disponibili e di vari fattori individuali e motivazionali, attribuisce l'evento a una causa. Gli eventi possono essere collegati a diverse cause, per questa ragione gli studiosi hanno individuato un sistema di classificazione basato sull'indicazione di precise categorie. Heider⁽⁶⁾, il primo studioso che si è occupato del

problema, propone una classificazione basata sul *locus of control* interno (credere nelle potenzialità possedute) o esterno (senso di impotenza rispetto agli eventi). Il locus of control è l'atteggiamento mentale "ingenuo" con cui noi sentiamo di essere in grado di determinare le nostre azioni e i relativi risultati, rispetto al controllo esercitato dal caso e dalle circostanze esterne. Consentendo di dare significato, prevedibilità e controllabilità agli eventi, soprattutto a quelli comportamentali, rende possibile agire in modo adeguato, non cieco né casuale.

B. Weiner⁽⁶⁾ riprende la classica teoria proposta da Heider e la rilegge in chiave di "motivazione al successo" accentuandone la componente cognitiva, dimostrando cioè come le reazioni cognitive individuali al successo e al fallimento - le attribuzioni - permettono di predire il comportamento orientato al successo. Poiché le possibili cause di successo o insuccesso sono moltissime, Weiner ha ritenuto essenziale inquadrarle in tre dimensioni fondamentali:

1. Il *locus della causa percepita*: le cause possono essere classificate come interne all'individuo (l'abilità, lo sforzo, l'umore, ecc.) o esterne (la fortuna, la difficoltà del compito). La malattia, per esempio, può essere considerata una causa interna o esterna, a seconda che si tratti, di uno stato cronico o di una malattia momentanea dovuta a contagio o a un incidente. Il locus attributivo media le emozioni legate all'autostima quali la fiducia in sé e la soddisfazione. L'attribuzione a sé (locus attributivo interno) di un successo genera una stima positiva di sé (fiducia e soddisfazione), mentre l'attribuzione a sé di un fallimento genera una stima negativa di sé (depressione, senso di colpa).
2. La *stabilità* o costanza delle cause: è stabile l'abilità, sono instabili l'umore, lo sforzo, la fortuna. La persona che è soggetta a ripetuti insuccessi crede di non riuscire e di non farcela in situazioni simili a quella in cui ha fallito, quindi non prova e abbandona.
3. La *controllabilità* o intenzionalità: è controllabile lo sforzo, non lo sono la fortuna e l'abilità.

Queste tre dimensioni influenzano il pensiero e l'affettività dell'individuo nelle situazioni in cui tende a raggiungere un obiettivo, cioè riuscire. La "motivazione al successo"⁽⁷⁾ è

definibile come un fattore dinamico che si esprime nella spinta soggettiva a cimentarsi in compiti e attività di una certa difficoltà (esempio cambiare stile di vita), impegnandosi per ottenere risultati positivi e perseverando in tale impegno anche di fronte ad ostacoli e difficoltà. Se un individuo riporta un insuccesso in una prestazione e attribuisce il risultato alla propria scarsa abilità (causa stabile), la sua aspettativa di successo futuro ne risulta diminuita, se le cause del risultato (sia successo che insuccesso) vengono percepite come stabili, allora il successo (o il fallimento) futuro sarà anticipato dall'individuo con un maggior grado di certezza. La dimensione della stabilità ha interessanti riscontri per il futuro: un esito negativo associato a una situazione stabile proiettata al futuro, genera sentimenti di sfiducia e ansietà.

Dalle ricerche⁽⁷⁾ è emerso un gruppo di reazioni emotive, che sono dipendenti dal risultato e indipendenti dall'attribuzione: dopo il successo, reazioni come la soddisfazione e la contentezza sono generalizzate a prescindere dall'attribuzione, così come il senso di frustrazione dopo un fallimento. L'attribuzione del successo all'abilità comporta in genere reazioni di senso di competenza e sicurezza. Sentimenti di orgoglio e di competenza sono più frequenti, quando il successo è attribuito a cause interne piuttosto che esterne.

1.2 Modello di cambiamento in 5 fasi

Prochaska e Di Clemente⁽¹⁾ sostengono che è importante valutare il comportamento del soggetto, le opinioni e le convinzioni sulla possibilità di cambiare da loro stessi percepita, il loro comportamento nei 6 mesi precedenti, nonché il contesto ambientale in cui essi proveranno a cambiare e a mantenere la modificazione dello stile di vita. Il modello di “modificazione a tappe” che essi propongono, prevede 5 tappe:

1. *Fase di pre-contemplazione*: il soggetto non intende modificare i sui comportamenti ad alto rischio nel prossimo futuro, ossia nei 6 mesi successivi.

Questo perché:

- È poco informato sulle conseguenze a lungo termine dei suoi comportamenti;
- È scoraggiato circa le possibilità di cambiare e non vuole pensarci;

- È in posizione difensiva nei confronti di una pressione sociale al cambiamento.

2. *Fase di contemplazione*: il soggetto ha una seria intenzione di cambiare i suoi comportamenti entro i 6 mesi successivi, tuttavia, permane in questa fase per un lungo periodo; egli parla dei cambiamenti ma cerca di rinviarli.

I soggetti in queste due fasi non dovrebbero entrare nei programmi di cambiamento comportamentale. La maggior parte dei fumatori si trova in questa fase: essi dovrebbero essere informati, motivati, consigliati; ciò li aiuterà a muoversi verso la fase successiva, in cui i cambiamenti comportamentali saranno seriamente presi in considerazione.

3. *Fase di preparazione*: il soggetto si propone di agire nel prossimo futuro, tipicamente entro il mese successivo. Egli ha già un piano d'azione e ha solitamente fatto modesti cambiamenti comportamentali, come riduzione del numero di sigarette fumate ogni giorno o una dieta leggermente diversa. In questa fase bisognerebbe fornire spunti per l'azione, ad esempio: la dimostrazione di associazione tra stile di vita e sintomi, la malattia in altri membri della famiglia, le pressioni sociali.

4. *Fase dell'azione*: vi è un'evidente modificazione del comportamento nei 6 mesi precedenti, ad esempio cessazione del fumo. E'una fase molto instabile, nella quale c'è il rischio massimo di rilassamento. Entrano in gioco molti dei processi di cambiamento e i fattori intrapersonali (efficacia percepita nei confronti di sé stessi), interpersonali (supporto sociale) e ambientali (esposizione inevitabile ad ambiente con fumatori) associati a questi processi sono determinanti principali affinché il novello ex-fumatore possa procedere verso la fase successiva (mantenimento) oppure regredire alla fase precedente.

5. *Fase di mantenimento*: dai 6 mesi successivi al momento della modifica del comportamento, sino a 5 anni dopo.

Questo modello è stato applicato con successo per favorire la modificazione di vari comportamenti quali la dipendenza da fumo, l'alimentazione o l'esercizio fisico. La letteratura presenta sia revisioni sistematiche che diversi studi sull'efficacia degli interventi che utilizzano tale modello. Esso può essere una guida, utile all'esperto in

promozione della salute, per adattare l'intervento alla fase di cambiamento in cui una persona si trova e per individuare i processi di cambiamento specifici e più adatti (es. esperienziali verso comportamentali).

1.3 Health Belief Model

L'Health Belief Model (HBM)⁽²⁻⁸⁾ o modello delle credenze sulla salute, è stato sviluppato negli anni '50, da un gruppo di psicologi sociali per promuovere l'abitudine allo screening di malattie asintomatiche. Nei primi anni '70 il modello fu applicato alla promozione dell'attività fisica. Le variabili utilizzate nell'HBM sono tutte di contenuto psicologico o intrapersonali. Il modello propone che la probabilità che ognuno di noi ha di soddisfare un particolare comportamento rivolto alla propria salute dipende dalle credenze di ognuno di noi sulla malattia e dalla valutazione dei costi/benefici per il comportamento da intraprendere. Un livello ottimale di percezione della propria predisposizione alla data malattia e della gravità del contrarre la malattia, possono non essere sufficienti a stimolare l'adozione di un dato comportamento, se questo non è percepito come potenzialmente efficace.

Le componenti principali di tale modello sono:

- la percezione dei benefici del trattamento
- la percezione dei costi/rischi del trattamento
- la percezione della vulnerabilità alle malattie
- la percezione della gravità della malattia.

La combinazione della percezione della propria predisposizione alla malattia e la percezione della severità di contrarre una data malattia formano la “minaccia percepita”. La combinazione dei livelli di percezione della propria predisposizione e della gravità della malattia forniscono l'energia o la forza per agire, mentre la percezione dei benefici (al netto delle barriere) fornisce un modello di azione privilegiato. Nella fattispecie, se il soggetto crede di trarre benefici dalla cura prescritta, e che questi benefici superino la stima soggettiva dei costi associati al trattamento e ai suoi effetti secondari, e se il soggetto crede di essere vulnerabile ad una particolare malattia e di avere una malattia grave allora l'adesione al trattamento sarà maggiore. I sostenitori di questo modello

ritengono che diverse variabili demografiche, socio-psicologiche e strutturali possono influenzare la percezione personale e possono quindi influenzare in modo indiretto il comportamento.

1.4 Teoria dell'azione ragionata

Sviluppata da Fishbein e Ajzen nel '75⁽⁶⁻⁸⁾, sostiene che le persone fanno delle scelte consapevoli sulla base di due fattori:

1. quanto fortemente percepiscono i benefici conseguenti da un risultato positivo
2. in base alle norme sociali, ai rischi e alle ricompense associate alla scelta.

La teoria dell'azione ragionata fondamentalemente si occupa di come le persone decidono di fare un certo comportamento. Secondo questa teoria le persone considerano le loro azioni prima di attuare un determinato comportamento e agiscono in base alle loro intenzioni. Tali intenzioni si basano su due elementi: gli atteggiamenti verso il comportamento e le credenze circa la pressione sociale a compiere o no il comportamento. L'intenzione è quindi il miglior predittore di un comportamento. Si tratta di una rappresentazione cognitiva della volontà di una persona di attuare un dato comportamento e precede immediatamente il comportamento. L'intenzione è a sua volta determinata da 2 elementi:

1. Atteggiamenti verso il comportamento: esempio convinzioni relative ai risultati dell'esercizio fisico (es. "se faccio ginnastica, migliorerò la salute o l'aspetto fisico").
2. Norme soggettive: credenze del soggetto rispetto al fatto che le persone approvino o no il comportamento. Le norme soggettive sono influenzate dal proprio gruppo di riferimento (credenze normative: es. "i miei familiari pensano che dovrei fare esercizio fisico") e dalla motivazione personale a adattarsi alle aspettative del proprio gruppo di riferimento (motivation to comply: "voglio fare ciò che si aspettano da me").

Questa teoria ha un limite: anche una persona motivata può non agire se percepisce scarso controllo sui fattori ambientali esterni e sulle sue capacità di azione. Per superare le limitazioni della teoria dell'azione ragionata, gli autori hanno proposto un secondo

modello: la Theory of Planned Behavior, o teoria del comportamento pianificato. La novità è rappresentata dalla variabile “percezione del controllo del comportamento” (Perceived Behavioral Control), che costituisce la terza determinante dell'intenzione comportamentale. Il “Perceived Behavioral Control” è determinato da due fattori:

1. **Control Beliefs:** quanto vengono visti difficili i comportamenti, in termini di attuazione pratica.
2. **Perceived Power:** percezione del grado di successo che l'individuo sente di avere sull'attuazione del comportamento.

Secondo questa teoria, anche un compito difficile può essere tentato, se la percezione di potercela fare è alta. Viceversa, anche azioni semplici non saranno attuate, se l'individuo percepisce barriere tali (interne o esterne) che lo possano bloccare. Queste percezioni partono dall'esperienza passata, da un'analisi del proprio stato attuale e dall'anticipazione di circostanze future.

Uno dei maggiori contributi forniti da queste teorie consiste nel far emergere l'importanza delle credenze del soggetto come principali determinanti del comportamento: credenze soggettive, e non realtà oggettive. Le credenze, come tali, possono essere anche profondamente errate, dovute a disinformazione, o scarsa conoscenza di stati reali, situazioni oggettive e dati di fatto. Le credenze sugli esiti dei comportamenti creano l'atteggiamento verso l'intraprendere o meno un'azione (non le prove reali sugli esiti dimostrabili del comportamento). Le credenze su come gli altri reagiranno creano la percezione di doversi adattare alle aspettative altrui (non la conoscenza reale di come gli altri reagiranno, ma una pura ipotesi anticipata di tale reazione). Le credenze del soggetto rispetto a ciò che egli può o riesce a fare e non le sue reali capacità limitano il campo del fattibile.

1.5 La Self-efficacy (auto-efficacia)

Il costrutto psicologico dell'autoefficacia di A. Bandura⁽⁹⁾, si riferisce alle convinzioni che un individuo ha delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso delle azioni necessarie a gestire adeguatamente le situazioni che incontrerà, in modo da

raggiungere i risultati prefissati⁽²⁾. Le convinzioni di efficacia regolano il funzionamento di 4 processi:

1. *Cognitivi*: permettono alla persona di porsi obiettivi, di pianificare l'azione (capacità di problem solving);
2. Autoregolazione della *motivazione*: locus di controllo, aspettative di risultato, rappresentazione degli obiettivi.
3. *Processi di scelta*: non solo individuali ma anche come prodotto del contesto in cui il soggetto vive. Le convinzioni di efficacia influenzano la scelta delle attività e dei contesti ambientali in cui si è scelto di accedere.
4. *Processi affettivi*: l'umore e l'autoefficacia si alimentano reciprocamente.

Le convinzioni della persona riguardo alla propria efficacia originano da:

- Precedenti esperienze d'autoefficacia;
- Esperienza fornita dall'osservazione di modelli;
- Persuasione;
- Stati emotivi e fisiologici.

Questa teoria ha un elevato potenziale nel favorire il cambiamento comportamentale in cardiologia riabilitativa. Alcuni studi⁽¹⁰⁾ effettuati su pazienti sottoposti a trapianto cardiaco hanno messo in evidenza come, dopo il trapianto stesso, i pazienti manifestano strategie comportamentali inadeguate ad una corretta gestione della propria salute, mantenendo uno stile di vita ricco di fattori di rischio e presentando difficoltà nel reinserimento lavorativo e sociale. Tra i fattori che possono incidere sull'aderenza ai trattamenti e su uno stile di vita privo di comportamenti di rischio, Schwarzer e Fuchs hanno dimostrato il valore predittivo dell'autoefficacia. Le credenze nell'autoefficacia sono importanti in tutte le fasi del processo di autoregolazione del comportamento di salute: esse influenzano le intenzioni di cambiare il comportamento di rischio, l'entità dello sforzo speso nel raggiungimento di questo scopo e la perseveranza nel continuare a lottare nonostante le barriere e gli insuccessi che possono minare la motivazione e il mantenimento dei cambiamenti ottenuti. Alti punteggi di autoefficacia si associano alla ripresa lavorativa, mentre bassi punteggi di autoefficacia caratterizzano i pazienti che lamentano sintomi di depressione, di ansia e problemi nella sfera sessuale. I dati emersi

sottolineano come uno screening pre-trapianto sul costrutto di autoefficacia potrebbe essere utile per identificare quei pazienti che necessitano di una maggior attenzione nella prevenzione secondaria e di un intervento psicologico specifico.

1.6 Modello delle Hardiness o Personalità resiliente

Il termine “hardiness” indica una costellazione di caratteristiche di personalità che distinguono gli individui nella vulnerabilità allo stress. Si tratta di uno stile cognitivo caratterizzato da 3 aspetti: impegno (autodisciplina, obiettivi realistici), controllo (locus of control, autoefficacia) e sfida (disponibilità ad intraprendere nuove attività) che sono appresi e passibili di cambiamento⁽¹¹⁾. Nella letteratura psicologica e sociologica, la resilienza⁽¹²⁾ è la capacità di un individuo di resistere con successo a situazioni avverse, imparando a sviluppare competenze a partire dalle difficoltà e rafforzando la fiducia in sé e nel proprio agire. La resilienza è intesa come il risultato di un’interazione dinamica fra l’individuo e l’ambiente per questo può essere acquisita attraverso un processo di apprendimento che deve essere sostenuto e incoraggiato dalle istituzioni formative. A partire dagli anni ottanta si sono diffusi numerosi studi sulla resilienza. La parola resilienza ha permesso di interessarsi alle risorse interne caratteristiche della personalità di soggetti cercando di valutare il sostegno affettivo che i familiari potevano dare loro, prendendo in esame le possibilità di studio e di lavoro che la società offriva. Tutti gli sforzi si sono coordinati per favorire una ripresa evolutiva dopo il trauma e per agire sul traumatizzato, sul suo ambiente familiare e sui stereotipi della sua cultura.

Le definizioni di resilienza sono sempre associate con tensione, stress, ansietà, situazioni traumatiche, maltrattamenti, ma la cosa più importante, è che viene riferita a “capacità umane”, ad una specie di “funzionalità” che si mette in atto, a volte si attiva, non sempre genera situazioni positive. Ogni individuo mette in atto strategie di coping diverse per affrontare situazioni stressanti:

- Coping attivo: risposte mirate a modificare la natura dell’evento o il proprio modo di valutarlo/percepirlo
- Coping evitante: risposte mirate ad evitare di affrontare direttamente la situazione stressante.

L'entità dello stress sperimentato e la relazione tra stress e salute dipendono dalle modalità, dalle risorse di coping e dalla loro efficacia. Il resiliente sarebbe quella persona dotata di capacità funzionali specifiche che gli permettono di essere sempre "adeguato" per affrontare le disavventure, le difficoltà, i rischi, le situazioni pericolose. Chi possiede resilienza ha in sé le capacità che gli permettono di rendersi flessibile e, quindi, di sviluppare capacità, non solo di adattamento, ma anche di cambiamento per creare un progressivo aumento di complessità che è sinonimo di efficienza e di efficacia.

CAPITOLO 2

BENESSERE PSICOLOGICO E STILE DI VITA

2.1 Predittori psicologici di rischio cardiovascolare

L'infarto colpisce a fondo, e da quel momento l'esistenza dell'individuo appare divisa in due tronconi: il prima e il dopo. Da questo momento in poi l'equilibrio emotivo ne risentirà tanto più, quanto più è intensa la consapevolezza di essere portatore di una patologia potenzialmente grave. Ne deriveranno tre tipi di comportamento:

- Comportamento di regressione: il soggetto vede tutto nero, pensa che non tornerà più normale e che, ammesso che sopravviva, sarà solo un invalido, un peso per la famiglia. Vorrebbe credere, anzi “ ha bisogno di credere” alle nostre parole di conforto “si riprenderà, smetterà di fumare e starà meglio di prima”, ma vi mescola una dose di malefico scetticismo tutta sua, che può spingerlo in certi casi a comportamenti irascibili e insofferenti. Di solito sono soggetti che, di base, sono ansiosi o hanno aspetti depressivi spesso latenti.
- Comportamento di Negazione: il paziente tende a minimizzare tutto, interpreta quasi con disprezzo le nostre parole, che non rinuncerà mai a fumare e a mangiare quello che gli pare, in altre parole non modificherà il suo stile di vita e se ne farà anche un vanto. A volte tale personaggio ha già avuto a che fare col Cardiologo, per precedenti anginosi o infartuali. Anche questa personalità può sviluppare comportamenti aggressivi, anche se con meccanismi diversi dalla precedente. Dopotutto non fa altro che mettere in pratica una forma di autodifesa: nega l'accaduto, lo rifiuta a priori e in questo modo esorcizza la paura della patologia organica, evitando un'angoscia altrimenti non tollerabile.
- Comportamento di equilibrio: questa situazione è la più favorevole. Alla base c'è una personalità serena, che accetta con una certa preoccupazione l'accaduto, ma ritiene consapevolmente di potersi riprendere; pone fiducia nelle nostre parole, si ripropone di modificare il proprio stile di vita, di smettere di fumare, di calare di peso. Spesso tale personaggio è quello che ha una situazione familiare più

favorevole: si riappropria con serenità del focolare domestico e fa tesoro dell'esperienza vissuta. E questo la dice lunga sull'importanza della famiglia⁽¹³⁾.

Nelle prime ore di ricovero il sentimento prevalente è l'ansia, legata al timore della propria sorte, alla percezione che esiste uno stato di incertezza sulla possibilità di sopravvivenza. Nei giorni successivi prevale uno stato di depressione legato all'interrogativo tipico di ogni essere umano colpito da una forma morbosa seria: "potrò tornare a essere come prima?"⁽¹³⁾.

Il supporto educativo e psicologico è necessario per affrontare la sofferenza psicologica che comunemente segue la malattia coronarica. Esiste una forte e consistente evidenza di associazione fra depressione, carenza di supporto sociale, e comparsa/outcome di malattia coronarica⁽¹⁴⁾. La prevalenza di depressione nei pazienti dopo infarto miocardico è del 15-45%. La depressione aumenta di tre o quattro volte il rischio di mortalità cardiaca ed è fortemente predittiva di una ridotta aderenza ai trattamenti raccomandati dopo 3 e 12 mesi. Anche se a distanza di tre mesi dall'infarto fino al 30% dei pazienti riferisce che la propria qualità di vita è tornata ai livelli precedenti, ansia e depressione sono comuni e si associano a una disabilità prolungata, a reinfarto e a morte⁽¹⁵⁾. In uno studio statunitense⁽¹⁵⁾, il malessere psicologico era il predittore più importante dei costi di ospedalizzazione dopo un infarto: assistere pazienti con disturbi psicologici faceva crescere di oltre quattro volte i costi per interventi medici non psichiatrici rispetto a quanto accadeva nei soggetti senza problemi psicologici. Una depressione maggiore è presente nel 15-30% dei pazienti con infarto miocardico; fino al 50% dei pazienti presenta, sei mesi dopo, livelli di ansia superiori a quelli della popolazione generale. Molti pazienti che hanno sofferto di infarto miocardico temono ed evitano l'attività; quasi la metà, a quattro anni dall'evento, riporta un livello ridotto di attività sociali e del tempo libero. La frequenza di ritorno al lavoro è abbastanza alta; tuttavia un numero considerevole di pazienti va in pensione in anticipo o perde il posto di lavoro.⁽¹⁵⁾ Lo staff di riabilitazione dovrebbe aiutare i pazienti con malattia coronarica ad identificare e correggere le conoscenze e le false credenze⁽²⁾.

2.2 Valutare il benessere psicologico

Numerosi sono gli strumenti psicometrici che possono essere utili nell'assessment psicologico del paziente cardiopatico in fase di riabilitazione, tuttavia non è stato ancora raggiunto un accordo per quanto riguarda lo strumento più appropriato da usare per la misurazione del "benessere psicologico"⁽²⁾. Le linee guida nazionali indicano chiaramente che i pazienti con malattie coronariche dovrebbero essere sottoposti a screening per ansia e depressione utilizzando uno strumento di misura validato. Il paziente con cardiopatia ischemica può andare incontro ad un deterioramento della qualità della vita quale risultante di più fattori: la percezione soggettiva della gravità della malattia, l'atteggiamento psicologico, la possibilità di riprendere l'attività lavorativa o, in generale, le attività sociali. La valutazione psicologica fatta attraverso idonei tests⁽¹⁶⁾ e colloqui personali, mostra un frequente sviluppo di erronei comportamenti verso la malattia (scarsa aderenza alla terapia, eccessivo atteggiamento da malato...) e di disturbi emozionali. Un primo elemento da considerare quando si svolge un'attività educativa alla salute, che comporta azioni che producono cambiamenti, è quella della valutazione a livello cognitivo di una determinata situazione da parte del soggetto. La principale necessità indicata dai pazienti⁽¹⁵⁾ è quella di avere consigli pratici e affidabili sulla propria condizione e su come modificare le abitudini di vita per evitare ricadute. L'aumento dell'informazione può tuttavia non essere sufficiente a produrre cambiamenti nel comportamento o nello stile di vita.

Anche i familiari presentano, frequenti e grossi problemi emozionali e, spesso, sono afflitti dal problema di non poter dare un supporto continuo ai loro congiunti per motivi logistici o economici. Il ruolo della famiglia nel processo di riabilitazione è fondamentale. Vi sono prove⁽¹⁵⁾ del fatto che l'inclusione del partner e di altri familiari nel processo di riabilitazione può migliorare i risultati. I livelli di ansia e depressione del coniuge possono, infatti, essere pari, se non superiori, a quelli del paziente stesso. Ecco perché è importante coinvolgere e supportare i congiunti del paziente nell'intero programma riabilitativo.

2.3 Aspetti del cambiamento comportamentale

Esercizio fisico

L'inattività fisica incrementa di due volte il rischio di sviluppare la malattia coronarica, mentre l'esercizio fisico regolare protegge dalle malattie cardiovascolari. Per tale motivo l'esercizio fisico strutturato come intervento terapeutico è diventato una delle componenti fondamentali della Riabilitazione Cardiologica Complessiva e della prevenzione secondaria. L'attività fisica quotidiana dovrebbe essere promossa come parte di uno stile di vita attivo in quanto ha un effetto positivo sulle capacità fisiche del paziente e sulla funzione cardiaca⁽²⁾. Quando l'esercizio fisico è combinato con un programma multifattoriale, che comprende il counselling e l'educazione del paziente, vi sono prove di un miglioramento dei fattori di rischio cardiaci, con riduzione dei lipidi e della pressione. Un approccio intensivo con consigli specifici anti-fumo può anche migliorare i tassi di abbandono del fumo⁽¹⁵⁾. Le raccomandazioni sull'attività fisica devono stabilirne l'intensità, la durata e la frequenza. L'intensità è definita in termini di frequenza cardiaca, che dovrebbe essere pari al 60-75% di quella massimale media prevista per l'età. La durata dell'esercizio dovrebbe essere di 30-40 minuti, compresi 10 minuti di riscaldamento, 20-30 di fase aerobica e 5-10 di recupero. La frequenza dovrebbe essere di 4-5 volte la settimana. Con l'aumento dell'esercizio aerobico sono sufficienti 2-3 volte la settimana⁽¹⁾.

L'attività fisica, da sola, non ha effetti significativi sulle complicanze (di solito valutate in termini di reinfarto non fatale) o sui tassi di mortalità globali; è stato suggerito, peraltro, un possibile effetto benefico sull'angina. Occorre sempre sottolineare che l'esercizio non comporta comunque danni per il paziente. Non vi sono, inoltre, prove sufficienti per valutare l'effetto del solo esercizio fisico sui risultati sociali o psicologici, o sul ritorno al lavoro^(2,15,16).

Cessazione del fumo

La Cardiologia Riabilitativa deve occuparsi in modo sistematico del fattore di rischio "fumo" con la consapevolezza che il perdurare del tabagismo dopo un evento cardiaco

acuto rappresenta il più potente fattore di progressione della malattia cardiovascolare. L'abitudine al fumo dovrebbe essere accertata in tutti i pazienti e metodi di cessazione impiegati nei fumatori. La valutazione clinica del fumatore in merito al suo specifico problema di tabagismo è un passo fondamentale per impostare un efficace programma terapeutico di disassuefazione: i tre aspetti che devono essere sistematicamente valutati sono la motivazione, mediante un colloquio individuale, il grado di dipendenza, utilizzando specifici e semplici test come il Test di Fagerstrom, e il tono dell'umore, con l'ausilio di test specifici. Un intervento di supporto cognitivo - comportamentale individuale o di gruppo, l'utilizzo di farmaci specifici, sono tutti fattori che possono incrementare il tasso di cessazione del fumo^(2,15,16).

Sana alimentazione e dieta

É opinione del gruppo di esperti che nell'ambito della gestione del paziente in cardiologia riabilitativa, si configura l'intervento nutrizionale quale importante momento per la valutazione dello stato di salute del paziente stesso e la pianificazione di un congruo approccio. Linee guida nutrizionali accreditate basate sull'evidenza per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari raccomandano l'aumento del consumo di acidi grassi omega-3 (n-3 PUFA, miscela di EPA-eicosapentaenoico e DHA-docosaesaenoico di derivazione da pesce grasso e dall'olio di semi di ravizzone), l'assunzione di una dose "cardioprotettiva" pari a due o tre porzioni a settimana di pesce ad alto contenuto di EPA e DHA, la riduzione degli acidi grassi saturi e, la loro totale o parziale sostituzione con grassi insaturi (olio di ravizzone o d'oliva). Alla luce dell'evidenza scientifica, la cosiddetta "dieta mediterranea" sembra riassumere in sé le raccomandazioni sopraelencate, in quanto caratterizzata da adeguato consumo di pesce, frutta e verdura fresche e ridotto apporto di grassi saturi^(2,15,16).

2.4 Interventi psicologici e educativi

Le linee guida nazionali citano⁽²⁾: tutti i pazienti cardiopatici cui è diagnosticata ansia o depressione dovrebbero essere trattati in maniera appropriata (Forza Raccomandazione 1++ 1+ A). Interventi di tipo psicologico e comportamentale dovrebbero essere mirati ai bisogni dei singoli pazienti (Forza Raccomandazione 1++ 1+ B). In generale, i

programmi di riabilitazione cardiologica, e anche quello da noi proposto, tendono a essere relativamente rigidi, per questo i pazienti ricevono gli stessi interventi come componenti di un programma fisso, che non tiene conto delle necessità individuali⁽¹⁵⁾. Un recente lavoro⁽¹⁷⁾ dimostra come la non identificazione delle caratteristiche psicologiche del paziente e la loro non considerazione nella determinazione della tipologia di intervento possa provocare effetti indesiderati, peggiorando gli outcome. Già nella dichiarazione di Alma Ata, ma ancor più nella carta di Ottawa (1986), si sottolinea il ruolo centrale dell'individuo, evidenziando come lo stato di salute sia profondamente legato alla capacità di realizzare le proprie potenzialità, in particolare per quanto riguarda le abitudini e gli stili di vita. Un rapporto del CENSIS del 2003 sullo stato di salute in Italia, ha evidenziato che, lo stato di salute percepito della popolazione è determinato, per il 54% dallo stile di vita e dalle abitudini, per il 16,2% dall'ambiente, per il 9,3% dai programmi di prevenzione, mentre la medicina sembra incidere solo del 7,5% seconda solo alla fortuna, che incide per il 4,7%. In quest'ottica l'interazione individuo-ambiente assume un significato cruciale, anche per quanto riguarda l'educazione alla salute. Per gli operatori sanitari questo comporta la necessità di intervenire non più solo dall'esterno sui comportamenti, ma si tratta di inserirsi dentro ai processi di interazione, per tentare un lavoro sui processi da dentro il sistema⁽¹⁸⁾. Se la salute e il benessere si fondano sulla progettualità, le persone hanno bisogno di risorse e di tempo per realizzare i propri desideri, progetti, per prendersi cura di sé. La capacità resiliente si gioca continuamente all'interno del passato dei soggetti, a partire dalla loro capacità di resistere al malessere presente in vista del benessere futuro. Alla luce dei risultati, quali tipi di intervento possono essere incrementati? Tra gli obiettivi principali è il riconoscimento precoce dei disturbi d'ansia e depressione già a livello di ricovero ospedaliero. In un'indagine svolta in Inghilterra, che ha coinvolto 22 programmi, è stato visto che la metà affrontava i problemi psicologici ricorrendo alla prescrizione di farmaci, 7 offrivano forme di counseling e 4 rinviavano i pazienti a un consulto psicologico.⁽¹⁹⁾ Considerato che la maggior parte dei pazienti ha una sofferenza psichica solo lieve, in tali casi può essere efficace un intervento di supporto da parte di uno staff

di riabilitazione sensibile ai bisogni del paziente e specificatamente addestrato. Ai pazienti con problemi psicologici più complessi va invece assicurato un trattamento da parte di uno psicologo/psichiatra con adeguata competenza ed esperienza nelle tecniche di psicologia della salute⁽²⁾. Alcuni consigli su come sviluppare resilienza sono tratti da *"The Road to Resilience" - American Psychological Association* e possono guidare l'infermiere nella ricerca di strategie d'intervento adeguate. Di seguito vengono riportate alcune strategie indicate dalla letteratura come adeguate.

Counseling in ambito infermieristico

Il counseling è una particolare forma di relazione d'aiuto, basata sull'ascolto attivo e sulla comunicazione non direttiva, che prevede l'utilizzo di un insieme di tecniche, abilità, atteggiamenti che aiutano la persona a gestire i problemi utilizzando le proprie risorse. E' un metodo di lavoro che utilizza sentimenti, emozioni e conflitti per proporre un cambiamento. Il counseling non fornisce consigli, ma ha come obiettivo il cambiamento, mira all'autoesplorazione dell'individuo quale fase preparatoria alla decisione autonoma. Questa relazione consiste in una serie di interazioni che si approfondiscono nel tempo nelle quali l'operatore sanitario, attraverso una serie di tecniche attive e passive, prende in esame bisogni, problemi, e sentimenti che interferiscono con il benessere e la capacità di adattamento alle situazioni critiche del cliente.⁽²⁰⁾L'educazione ed il counseling divergono tra loro nel senso che rispondono a delle diverse esigenze sulla modalità di ricevere informazioni e consigli; precisamente, l'educazione è vista come il modo di lavorare con individui e gruppi di familiari che richiedono informazioni maggiormente dettagliate e strutturate, mentre il counseling è indicato per coloro che necessitano soprattutto di un supporto morale e di incoraggiamento ad utilizzare le proprie capacità risolutive, tuttavia esistono spesso, nella pratica quotidiana, delle situazioni in cui queste due modalità sono inscindibili, cosicché possono essere utilizzate simultaneamente. In letteratura esistono molti studi che documentano l'efficacia del counseling nel promuovere stili di vita sani ⁽²¹⁾. Le teorie sull'efficacia del counseling sono correlate con le competenze orientate verso la Promozione della Salute e con la migliore formazione al counseling. Le capacità degli

operatori sanitari rappresentano un punto cruciale per la realizzazione di interventi di prevenzione e la comprensione dei modelli culturali sulla salute presenti nella popolazione è fondamentale per sviluppare una comunicazione capace di produrre conoscenze, atteggiamenti, comportamenti nella direzione preventiva sperata ⁽²²⁾.

Interventi di informazione

Il Programma Nazionale Linee Guida ⁽²³⁾ ha evidenziato indicazioni di ordine generale che possono essere incluse nelle strategie per un efficace servizio di educazione sanitaria. Interventi di informazione e consiglio ben condotti possono influire sullo stato di salute dei pazienti migliorandolo da molti punti di vista. Tutti i pazienti dovrebbero ricevere informazioni generali sulla funzione dell'apparato cardiovascolare, sullo sviluppo ed evoluzione della cardiopatia e sui fattori che possono condizionarne la progressione. Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla comprensione dei fattori di rischio coronarico ed allo stile di vita considerato a rischio di progressione della malattia. I pazienti dovranno ricevere inoltre informazioni sulle possibili reazioni emozionali, psicologiche e sociali come risposta alla malattia, sul riconoscimento dei sintomi, sul corretto uso dei farmaci, sull'importanza di aderire alle prescrizioni farmacologiche e di seguire un adeguato stile di vita, che comprenda l'abitudine all'attività fisica, una corretta alimentazione per il controllo del peso e delle dislipidemie e la gestione dello stress ⁽¹⁾.

Un numero crescente di studi evidenzia inoltre che quando le persone hanno fiducia di poter modificare la propria condizione di salute è più probabile che ciò avvenga. Questa fiducia è stata denominata "percezione di auto-efficacia". L'auto-efficacia può essere migliorata attraverso la persuasione, oltre che con la capacità di tenere sotto controllo, reinterpretare e modificare il significato dei sintomi. Le strategie per aumentare la percezione di auto-efficacia da utilizzare nella pratica clinica sono riportate fra i suggerimenti sintetizzati di seguito ⁽²³⁾.

1. Formulare i suggerimenti forniti al paziente in modo che risultino compatibili con le sue opinioni, tenendo conto e, per quanto possibile, adeguandosi alle sue convinzioni e preoccupazioni, e superando divari di tipo culturale. Questo richiede, da parte

dell'operatore, la capacità di valutare anche i propri presupposti culturali e di essere informato su concezioni e pratiche locali, etniche, regionali e religiose. Queste conoscenze contribuiscono allo sviluppo di un'educazione sanitaria culturalmente specifica. Infatti, un messaggio standardizzato non risulterebbe efficace per tutti i pazienti. Collegando suggerimenti e raccomandazioni ai pazienti, alle loro percezioni sul proprio stato di salute e alla capacità di modificarlo, gli operatori sanitari possono aumentare l'auto-efficacia che sviluppa la capacità di migliorare lo stile di vita e lo stato di salute.

2. Informare esaurientemente i pazienti sugli scopi e gli effetti previsti degli interventi e indicare quando questi effetti sono attesi. Se il paziente viene informato su quando prevedibilmente dovrebbero manifestarsi gli effetti benefici dell'intervento si può evitare lo scoraggiamento che può verificarsi qualora i benefici non siano immediati.
3. Suggerire piccoli cambiamenti invece che grandi cambiamenti. Questo suggerimento si basa sui presupposti della teoria dell'auto-efficacia. Allo stesso modo, un consiglio che voglia essere persuasivo ed efficace non solo deve aumentare la fiducia del paziente nelle sue capacità, ma anche strutturare gli interventi di prevenzione in modo tale che il paziente abbia buone probabilità di raggiungere il traguardo.
4. Fornire indicazioni precise. Fornendo istruzioni specifiche e documentate si ottiene generalmente una maggiore aderenza del paziente alle prescrizioni; la capacità di modificare il comportamento può essere migliorata illustrando al paziente le misure previste e le motivazioni su cui si basano.
5. Tenere presente che, talvolta, è più semplice introdurre nuovi comportamenti che non eliminare comportamenti abituali consolidati.
6. Sfruttare il carisma legato alla professione. E' importante tenere conto che alcuni pazienti non hanno fiducia nelle proprie capacità di cambiare il proprio stile di vita. L'operatore sanitario può trasmettere il proprio sostegno e la propria empatia al paziente pur comunicandogli messaggi fermi e chiari.
7. Indurre il paziente ad assumere impegni espliciti. Chiedendo ai pazienti di descrivere come pensano di seguire il regime designato si può sollecitarli a riflettere su come integrare il nuovo comportamento nella loro routine quotidiana.

8. Utilizzare strategie combinate. Hanno maggiori probabilità di successo i progetti di educazione sanitaria in cui vengono integrati vari strumenti, quali la consulenza individuale e di gruppo, i mezzi audiovisivi, l'uso di documentazione scritta e delle risorse del territorio rispetto a quelli che utilizzano una sola tecnica.
9. Coinvolgere il personale sanitario. La responsabilità dell'intervento di informazione e consiglio al paziente dovrebbe essere condivisa fra medici, infermieri, infermieri specializzati, educatori sanitari, dietisti e altri professionisti del settore sanitario. Un approccio di squadra facilita l'informazione del paziente.
10. Indirizzare a un'altra struttura il paziente qualora non sia possibile attuare un intervento completo di informazione e consiglio. Individuare precocemente stati d'ansia e depressione di livello superiore alla norma, permette di indirizzare il paziente e i familiari al psicologo.
11. Monitorare i progressi durante le visite successive. Per aumentare l'efficacia dell'informazione e del consiglio clinico è bene programmare un appuntamento o una telefonata di follow up nelle settimane seguenti al fine di valutare i progressi, rinforzare i successi, individuare e risolvere i problemi.

Gruppi di auto mutuo-aiuto

L'infermiere può collaborare nella gestione di gruppi di auto mutuo-aiuto (A.M.A.), cioè di gruppi costituiti dai pazienti e dai loro familiari per fornirsi reciproca assistenza tra persone che hanno un problema in comune. L'idea A.M.A. è nata con gli Alcolisti Anonimi, ma è funzionale l'utilizzo di tale modello con persone aventi a che fare anche con altri disagi, tra cui i disturbi d'ansia (attacchi di panico, fobie, etc.), le malattie tumorali, le cardiopatie, l'essere il familiare di un paziente malato, a depressione, i disturbi alimentari, etc.. Lo scopo essenziale del gruppo di auto mutuo-aiuto è di dare, a persone che vivono in situazioni simili, l'opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni. L'auto aiuto è quindi un mezzo valido per assicurare ai partecipanti del gruppo sostegno emotivo. Il fatto che poi i partecipanti condividano il medesimo problema permette che l'aiuto scambiato sia sentito come maggiormente efficace. Si acquisiscono specifiche

informazioni riguardanti soluzioni pratiche apprese dall'esperienza diretta, che di solito non sono ricavabili né dai libri, né dagli operatori professionali, né dalle istituzioni assistenziali⁽²⁴⁾. In Italia, dalla fine degli anni '70, sono nati diversi gruppi di auto-sostegno formati da pazienti con esiti di malattie cardiovascolari. Le attività svolte dalle Associazioni sono numerose e variano molto in rapporto alla loro posizione territoriale, al numero degli Associati, al tipo di collaborazione con le strutture cardiologiche e con le istituzioni locali. Tra le attività vanno ricordati i corsi di ginnastica di mantenimento presso palestre pubbliche o private, l'organizzazione di gite e passeggiate, i corsi di yoga o di training autogeno e le lezioni di cucina dietetica. La principale limitazione dell'opera dei gruppi di auto-sostegno è rappresentata, attualmente, dalla scarsa partecipazione dei pazienti; la causa di ciò può avere origini culturali, ma può dipendere anche da una scarsa collaborazione dei sanitari e delle Istituzioni.⁽²⁾

Il coinvolgimento della famiglia

E' importante il coinvolgimento della famiglia. La famiglia può essere fonte di sicurezza o di ulteriori ansie per i pazienti in quanto la malattia e l'evento acuto possono essere vissuti in maniera molto diversa dai familiari. Problemi di "dominanza", di ansia, legati al nuovo stile di vita o problemi di ordine economico possono condizionare la comparsa di conflittualità e tensioni familiari che, a loro volta, inducono nei pazienti irritabilità, ansia e depressione. Riunioni di gruppo o incontri individuali o con i partner si renderanno necessari per la soluzione di questi problemi, delle difficoltà nell'ambito della sfera sessuale o di interazione della vita di coppia. Il contatto con la famiglia inoltre può rivelarsi utile nel conoscere indirettamente i progressi o viceversa alcune problematiche socio-sanitarie dei pazienti o le loro aderenze alla terapia. Considerando il ruolo che la moglie può avere nelle modificazioni dietetiche, è indispensabile coinvolgerla negli incontri con il dietista e di educazione alimentare, dal momento che con i suoi acquisti condiziona lo stile alimentare della famiglia⁽¹⁾.

L'intervista motivazionale

L'Intervista motivazionale⁽²⁵⁾ è un approccio volto ad aiutare gli individui a costruire un impegno e a raggiungere la decisione di effettuare un cambiamento. Valorizza la motivazione intrinseca così che il cambiamento risulti una scelta personale piuttosto che essere imposto, rafforzando in tal modo la motivazione al cambiamento comportamentale. È di particolare utilità, quando le persone sono indecise o non motivate a cambiare. Utilizza strategie derivate da diversi modelli terapeutici. L'intervista motivazionale ha una precisa applicazione con i pazienti cardiopatici ed è stata utilizzata con efficacia in un trial randomizzato sul cambiamento comportamentale prima di una rivascolarizzazione coronarica⁽²⁶⁾.

Il supporto individuale

Il supporto individuale è comunque necessario e dovrebbe prevedere una varietà di interventi che comprendano il training di rilassamento, lo stress management, il training assertivo e altri supporti per il controllo del fumo e delle ricadute e per la correzione delle scorrette abitudini alimentari. Il training di rilassamento permette di controllare la tensione, l'ansia, le paure e i disturbi psicofisiologici. Le sedute di stress management e di training assertivo tendono a ridurre le caratteristiche di tipo A, l'aggressività e gli atteggiamenti eccessivamente passivi, l'ansia sociale, i disturbi del sonno e la tensione in ambito lavorativo. Ad integrazione dei training specifici che richiedono competenze psicologiche in tecniche di modificazione del comportamento, medicina comportamentale e terapia cognitiva, ogni intervento riabilitativo deve includere anche programmi di educazione sanitaria. Un programma di educazione sanitaria mirato alla conoscenza della malattia e della sua evoluzione ed al controllo dei fattori di rischio dovrebbe avvalersi di tecniche di problem solving perché la sola informazione non è in grado di produrre cambiamenti significativi e persistenti.⁽¹⁾

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivi della ricerca

Gli scopi dello studio sono:

1. Valutare la relazione esistente tra lo stato d'ansia, la depressione e l'umore dell'utente all'inizio del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi educativi previsti dal percorso stesso.
2. Ricercare delle strategie di intervento volte a favorire l'adozione e il mantenimento di comportamenti protettivi.

3.2 Fasi preliminari dell'indagine

E' richiesta autorizzazione alla direzione aziendale per l'utilizzo dei dati in cartella clinica. Al momento del reclutamento è stato chiesto all'utente il consenso all'utilizzo dei dati stessi. Durante l'archiviazione e l'analisi dei dati è garantito il rispetto dell'anonimato.

3.3 Selezione del campione

Lo studio è stato condotto presso il Servizio di riabilitazione cardiologia "Cardioaction" dell'Ospedale di Thiene, ULSS 4 Alto Vicentino. Sono stati arruolati dal 1 Gennaio al 13 Settembre 2005, 113 pazienti con patologia coronarica, di cui solo 100 soggetti hanno frequentato almeno 2 delle 3 fasi dell'intero ciclo del programma (base, 6 mesi, 1 anno) e hanno acconsentito all'utilizzo dei dati mediante consenso informato.

CRITERI DI INCLUSIONE

I pazienti che sono affidati al programma riabilitativo hanno queste caratteristiche:

- Pazienti con **infarto miocardico** provenienti prevalentemente dal reparto di Cardiologia, ma anche dal Pronto Soccorso e da altre Unità Operative internistiche.
- Pazienti con **angina stabile** provenienti dagli ambulatori ospedalieri.

- Pazienti sottoposto a **angioplastica coronarica (PTCA)** e **Bypass aortocoronarico (CABG)** provenienti dall'attiguo laboratorio di emodinamica e dalle Unità operative di Cardiologia e Cardiochirurgia che collaborano con il servizio.

CRITERI DI ESCLUSIONE

per l'eleggibilità al programma riabilitativo sono:

- Età \geq 80 anni
- Malattia coronarica (CHD) ricorrente
- Grave collasso cardiaco
- Funzioni cognitive alterate
- Severa disabilità fisica

3.4 Ruolo dell'infermiere nell'arruolamento

L'infermiere ha un ruolo di coordinamento all'interno del team del servizio di riabilitazione. È responsabile della identificazione dei pazienti da inserire nel programma e li recluta durante la degenza nel reparto di cardiologia o su segnalazione del medico di reparto o individuati durante l'attività ambulatoriale di cardiologia. Se il paziente presenta una cardiopatia prematura (uomini sotto i 55 anni e donne sotto i 65 anni) sono invitati anche i figli maggiorenni residenti nella stessa abitazione del paziente; mentre i figli ed eventuali fratelli dei pazienti con coronaropatia prematura che non vivono nella stessa casa sono supportati attraverso un pacco postale informativo che fornisce loro dei consigli su come attuare un sano stile di vita. Solo i pazienti eleggibili per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare sono reclutati nel programma. Una volta identificato un paziente, l'infermiere lo contatta personalmente, lo informa della possibilità di aderire al programma, gli illustra lo scopo e l'organizzazione mediante un opuscolo informativo, e raccoglie il consenso all'inserimento nel programma stesso. Consegna inoltre al paziente e al partner/coniuge una lettera di invito all'incontro di valutazione iniziale. L'infermiere invia anche una lettera al medico di famiglia per informare del reclutamento nel programma.

3.5“Cardioaction”: il nostro servizio di riabilitazione cardiologia

Seguendo le indicazioni delle linee guida europee⁽²⁷⁾ e proseguendo l'organizzazione proposta dallo studio europeo Euroaction⁽⁵⁾ di cui l'Unità Operativa di Cardiologia di Thiene è stata uno dei centri di sperimentazione, la nostra azienda sanitaria ha attivato un programma di prevenzione e riabilitazione cardiologia, denominato “Cardioaction”.

Il **team multidisciplinare**, che afferisce all'Unità Operativa Complessa di Cardiologia è composto di 2 infermieri, dietista, fisioterapista e cardiologo, che operano per prevenire la malattia coronarica e le altre malattie aterosclerotiche, nei pazienti con patologia cardiovascolare nota (prevenzione secondaria) e nei loro familiari (prevenzione primaria), agendo sui fattori di rischio individuali e cercando, se necessario, di modificare lo stile di vita.

L'**obiettivo** principale è indurre, nei pazienti coronaropatici e nei loro parenti, modifiche dello stile di vita per ottenere un maggior controllo dei fattori di rischio per la malattia cardiovascolare aterosclerotica. Lo scopo, per i pazienti e i loro familiari, è di rallentare la progressione della malattia aterosclerotica, riducendo il rischio di recidive nei coronaropatici noti e la comparsa della malattia clinicamente manifesta nei loro familiari; in questo modo il rischio di un ulteriore evento cardiovascolare, fatale o meno, è ridotto e le probabilità di sopravvivenza aumentano. Oltre a influenzare favorevolmente le cause alla base della malattia, è anche importante aiutare a creare le condizioni fisiche, mentali e sociali migliori perchè i pazienti e le famiglie possano vivere una vita il più possibile serena e soddisfacente nella società. Per i pazienti e le loro famiglie questo significa una migliore qualità e una più lunga aspettativa di vita e nel contempo una diminuzione dei costi sociali della malattia.

Il personale impegnato in questo programma, pur avendo esperienza in ambito cardiologico, ha frequentato corsi formativi specifici nei quali sono state fornite conoscenze relative alla prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, all'educazione, al counseling, agli aspetti psicologici legati alla malattia, capacità comunicative e gestione di sistemi informatizzati di archivio, gestione ed elaborazione dati.

3.6 Le fasi del programma riabilitativo “Cardioaction”

Il programma è articolato **in tre fasi**: un programma multidisciplinare di 8 settimane di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare e un follow-up a 6 mesi e ad 1 anno.

Incontro di base

I pazienti ed eventuali familiari sono invitati ad un incontro iniziale, post dimissione, di carattere infermieristico, dietetico e fisioterapico. Le modifiche dello stile di vita hanno maggiori possibilità di successo in un contesto familiare di collaborazione verso un obiettivo comune. Tuttavia, se i parenti di primo grado non possono essere presenti insieme al paziente e al suo partner/coniuge, si fissa loro un appuntamento separato. Scopo della prima visita è spiegare la natura della diagnosi al paziente e alla sua famiglia, illustrare il concetto di rischio cardiovascolare, eseguire una valutazione complessiva del rischio e concordare un programma di gestione per la riduzione del rischio. I pazienti e le famiglie lavorano insieme per raggiungere gli obiettivi di stile di vita, fattori di rischio e obiettivi terapeutici con il sostegno offerto dall'equipe multidisciplinare Cardioaction. A tutte le famiglie viene distribuito materiale di supporto cartaceo contenente informazioni sulla diagnosi e la gestione del rischio cardiovascolare, sulle terapie per i pazienti con infarto del miocardio, sulla diagnosi dell'angina, sulle procedure cardiache nonché informazioni relative ai farmaci cardioprotettivi. Durante questo primo incontro è aperta la cartella per il monitoraggio del paziente da parte delle diverse figure professionali. Nello specifico:

1. **L’Infermiere** raccoglie i dati anagrafici relativi al paziente e al partner e informazioni relative al rischio cardiovascolare (abitudine al fumo, pressione arteriosa, livelli di colesterolo e di glucosio nel sangue) e definisce con il paziente e il familiare gli obiettivi riabilitativi. Inoltre effettua una valutazione psicosociale attraverso la consegna al paziente e al familiare di un plico di materiale di autocompilazione che contiene: un questionario su “Convinzioni ed esperienze” personali di malattia cardiaca; la Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero (HADS) e la scala GMS modificata, per la rilevazione dello Stato generale dell’umore.

3. La **Fisioterapista** incontra il paziente e il familiare, indaga le abitudini relative all'attività fisica, valuta la presenza di limitazioni funzionali nelle attività di vita quotidiana, che possono motivare eventuali restrizioni dell'attività fisica, valuta attraverso, lo Shuttle walk test, la capacità funzionale e stabilisce con il paziente e il familiare gli obiettivi e il relativo programma di attività fisica.

4. la **Dietista** incontra il paziente e il familiare, indaga le abitudini alimentari presenti e l'assunzione da parte del paziente di terapia anticoagulante, rileva dati parametrici (peso, altezza, BMI, girovita), identifica con il paziente e il familiare le correzioni da apportare alla dieta e gli obiettivi da raggiungere.

5. Il **Cardiologo** visita il paziente e stratifica il rischio cardiovascolare in: "basso" (IMA non complicato, assenza di aritmie, frazione di eiezione > 50%), "medio" (depressione tratto ST, frazione di eiezione da 31 a 49%, incapacità a adeguarsi all'esercizio), "alto" (Shock cardiogeno, aritmie ventricolari complesse, sopravvissuto ad arresto cardiaco), seguendo le indicazioni provenienti dalle linee guida europee⁽²⁷⁾. Verifica inoltre la terapia in atto ed eventualmente la modifica secondo le indicazioni del caso.

Il paziente frequenta il servizio 1 volta la settimana, per 8 settimane. Ha l'opportunità di frequentare le sessioni comuni di esercizio fisico, di consultare dietista ed infermieri presenti, di discutere e aggiornare con la fisioterapista il proprio programma di esercizio fisico domiciliare. Per l'infermiere l'educazione del paziente, l'istruzione della famiglia e lo sviluppo del personale sono tre fondamentali aspetti del ruolo.⁽²¹⁾

Egli coordina il gruppo multi-disciplinare, lavora nel contesto del gruppo e coordina le interazioni con le altre discipline; offre esperienza cardiologica, capacità infermieristiche tradizionali, capacità di valutazione psico-sociale e gestionale. L'infermiere può essere contattato anche come importante risorsa per il paziente a domicilio e per la famiglia e può essere consultato anche telefonicamente.⁽²¹⁾

Follow up a 6 mesi e ad 1 anno

Il paziente ed eventuali familiari sono invitati ad un secondo e ad un terzo incontro durante il quale è riproposta la valutazione da parte di ciascuna figura professionale per aggiornare e monitorare l'aderenza al programma e i risultati raggiunti. E' riproposta l'autocompilazione del questionario (modificato per il diverso momento di somministrazione) e dei tests psicologici. Gli utenti ricevono un ulteriore consulto individuale ed un'eventuale ridefinizione degli obiettivi.

3.7 Strumenti di raccolta dati

E' importante che l'intervistato sia influenzato il meno possibile dal personale nella compilazione dei tests e questionari. È per questo motivo che i questionari sono consegnati prima della prima valutazione o almeno tempestivamente nel corso della stessa.

Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)

Nella letteratura internazionale^(28,29) è indicato come lo strumento più semplice ed il più utilizzato, non richiede molto tempo e la cui validità è stata ampiamente comprovata⁽³⁰⁾. Il questionario contiene 14 items suddivisi equamente tra voci relative alla depressione e voci relative all'ansia, presentati tuttavia in ordine casuale all'interno del questionario. Le voci contrassegnate da numeri dispari sono relative all'ansia, mentre quelle contrassegnate da numeri pari riguardano la depressione. L'intervistato appone un segno di spunta in corrispondenza della risposta desiderata. Si sommano, separatamente, i punteggi di ansia e depressione: 0-7 = Normale; 8-10 = Limite; 11-21 = patologico. Il momento della somministrazione del questionario è importante. Può accadere che i pazienti siano ansiosi e/o abbiano un abbassamento del tono dell'umore nel periodo immediatamente successivo ad un infarto del miocardio o ad un altro episodio cardiaco acuto, e la persistenza dei sintomi si associa ad una prognosi peggiore. Il questionario prescelto dovrebbe essere ripetuto a 6-12 settimane dopo l'episodio.

Stato generale dell'umore: GMS (Global Mood Scale) modificata

La valutazione dello stato generale dell'umore che può essere fatta attraverso vari strumenti, uno tra questi è il questionario **GMS (Global Mood Scale)**⁽³¹⁾, che comprende 10 termini negativi e 10 positivi che identificano i rispettivi aspetti positivi e negativi dell'umore nel paziente con malattia coronarica e che sono misurati su una scala a 5 punti di intensità. Una versione modificata della scala GSM, utilizzata nello studio Euraction,⁽⁵⁾ prevede l'utilizzo dei 10 items positivi che permettono di rilevare il fattore del "sentirsi bene" del programma di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare (CVPR). Le parole descrivono sentimenti ed emozioni. Il paziente deve leggere attentamente ogni voce e poi segnare il riquadro appropriato a lato della parola. Deve indicare, su una scala Likert da 0 a 4, in che misura si è sentito così ultimamente.

Stato di salute percepita: VAS (Visual Analogue Scale)

Somministrata alla fine del percorso, è una scala graduata sulla quale il miglior stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100, ed il peggiore dallo 0. La valutazione della Qualità di Vita e dello Stato di Salute percepito, con questionari generici o specifici per la patologia in atto, assume un ruolo rilevante. Il benessere e la qualità della vita, esaminati dal punto di vista delle persone medesime, sono il punto di partenza per orientare le attività di promozione della salute, centrate sullo sviluppo di competenze e sull'empowerment individuale e sociale⁽¹⁸⁾.

Questionario "convinzioni ed esperienze"

Specifico per pazienti con malattia coronarica, è una versione modificata del "York Angina Beliefs Questionnaire."⁽³²⁾ Seguendo quanto suggerito dall'*Health Belief Model*, il questionario ha lo scopo di valutare l'importanza che i pazienti e i familiari attribuiscono al cambiamento di abitudini malsane quali lo stress, l'alimentazione insana e l'inattività fisica. Queste convinzioni sono monitorate durante tutto il percorso riabilitativo data la loro capacità di influenzare il comportamento del soggetto.

3.7 Archiviazione dati e analisi statistica

I dati raccolti sono stati archiviati su personal computer mediante software predisposto in Excel –Windows XP Professional.

L'analisi statistica è stata eseguita mediante software SPSS versione 13 (Instruction Manual SPSS Inc., 2002). Il confronto tra le diverse variabili è valutato mediante tecniche statistiche standardizzate. I dati sono stati espressi con media \pm deviazione standard per le variabili qualitative e come frequenza percentuale su totale per quelle quantitative. Il test di Kolmogorov-Sminory è stato impiegato per la verifica della normalità della distribuzione dei dati. L'analisi delle differenze tra gruppi in caso di normalità della distribuzione dei dati è stato eseguito mediante analisi della varianza ad una via (ANOVA). Nel caso in cui la verifica di normalità della distribuzione dei dati sia negativa, sono stati utilizzati i tests non parametrici (U di Mann Whitney) per il confronto dei due sottogruppi e di Kruskall-wallis per un numero maggiore di sottogruppi. Lo studio delle differenze tra gruppi tra variabili di tipo qualitativo dicotomico è stato effettuato mediante Chi Quadrato di Pearson. E' stata considerata significativa una probabilità inferiore al 5%.

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1 Analisi generale della popolazione

La popolazione studiata è costituita da 100 pazienti, 73 maschi e 27 femmine, con un'età media di $64,5 \pm 8,2$ anni, range 44-79. Il 90% dei soggetti risulta essere coniugato, l'8% vedovo o legalmente separato e il 2% celibe o nubile. Il 53% vive in famiglia con coniuge e figli, il 39% vive con il solo coniuge, il 6% vive solo. La maggior parte della popolazione in oggetto (58%) ha una scolarità elementare, il 22% ha un titolo di scuola media inferiore, mentre il 20% che ha una scolarità superiore. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, il 70% dei soggetti è pensionato, il 25% ha un'attività lavorativa, il 5% non lavora. L'accesso al servizio di riabilitazione è conseguente a cardiopatia ischemica trattata nel 49% dei casi con PTCA, nel 18% con CABG, nel rimanente 21% dei casi la diagnosi è di infarto miocardico acuto (IMA) e nel 12% di angina stabile. Per quanto riguarda la stratificazione del rischio, il 70% dei pazienti è risultato a basso rischio, il 25% presenta un rischio moderato e il 5% è ad alto rischio. Nessuno dei pazienti assume terapia ansiolitica e/o antidepressiva specifica.

4.2 Analisi dei dati clinici e biumorali

La tabella I mostra alcuni dati clinici e biumorali della popolazione studiata. Il parametro biumorale che si modifica significativamente è il colesterolo totale (basale=178,9 vs 6mesi=167,4 vs 12mesi=169,5, $p=0,044$) colesterolo HDL (basale=37,3 vs 6mesi=42,8 vs 12mesi=43,4, $p=0,0001$) e colesterolo LDL (basale=117,6 vs 6mesi=101,6 vs 12mesi= 99,9, $p=0,0001$). Il giro vita medio, la pressione arteriosa, i livelli ematici di trigliceridi si riducono durante il follow up anche se in modo non significativo. Il peso corporeo medio, il BMI e la glicemia sono invariati durante il follow up.

Tabella I: dati clinici e bioumorali

	Basale	6 mesi	12 mesi	p
Peso media \pm DS range	77.8 \pm 14.0 52.2 - 124.8	76.5 \pm 14.1 54.1 - 132.2	76.4 \pm 14.5 48.0 - 136	Ns
Altezza media \pm DS range	167.3 \pm 7.8 150.0 - 183.0	-	-	
BMI media \pm DS range	27.6 \pm 4.1 19.3 - 45.2	27.1 \pm 4.1 20.2 \pm 43.5	27.1 \pm 4.2 18.8 - 45.3	Ns
Giro vita media \pm DS range	95.8 \pm 11.9 72.0 - 138.0	93.3 \pm 11.8 70.0 - 134.0	92.9 \pm 12.1 71.0 - 137.0	Ns
PA sistolica media \pm DS range	132.2 \pm 22.6 80 - 210	131.2 \pm 19.6 98 - 190	130.4 \pm 21.9 80 - 200	Ns
PA diastolica media \pm DS range	77.2 \pm 10.0 55 - 105	74.5 \pm 9.6 55 - 125	75.5 \pm 9.4 55 - 100	Ns
Glicemia media \pm DS range	107.5 \pm 31.4 61 - 264	107.5 \pm 26.0 37 - 193	108.6 \pm 28.9 65 - 234	Ns
Colesterolo media \pm DS range	178.9 \pm 38.9 112 - 315	167.4 \pm 33.0 80 - 244	169.5 \pm 28.9 116 - 2256	0.044
HDL media \pm DS range	35.1 \pm 9.65 16 - 24	42.8 \pm 12.1 15 - 80	43.4 \pm 11.7 19 - 69	0.0001
LDL media \pm DS range	117.6 \pm 34.3 49 - 212	101.6 \pm 27.7 57 - 170	99.9 \pm 28.5 10 - 175	0.0001
Trigliceridi media \pm DS range	127.8 \pm 49.9 49 - 340	113.6 \pm 61.5 23 - 340	113.4 \pm 60.0 30 - 338	Ns

La tabella II mostra i dati dei parametri bioumorali (glicemia e colesterolo) e clinici pressione arteriosa (PA) e indice di massa corporea (BMI) suddivisi in base ai riferimenti degli indicatori presenti nelle linee guida europee. I pazienti con glicemia >110 a digiuno sono 24 pari al 24% nella valutazione basale, 23 pari al 24,2% a 6 mesi, e 19 pari al 21,3% a 12 mesi. Il 55% dei soggetti presenta una riduzione del colesterolo a 12 mesi statisticamente significativa (p=0.0001)

Tabella II parametri secondo le linee guida europee

	Basale N. 100	6 mesi N. 95	12 mesi N. 89	P
BMI < 25	25 (25%)	28 (29.4%)	28 (31.4%)	Ns
P.A. Sistolica <140 nei non diabetici	47 (61,8%)	42 (58,3%)	50 (71,4%)	Ns
P.A.Diastolica < 85 nei non diabetici	60 (78,9%)	67 (93%)	61 (87,1%)	Ns
P.A. Sistolica <130 nei diabetici	14 (58,3%)	12 (52,1%)	12 (63,1%)	Ns
P.A.Diastolica < 80 nei diabetici	17 (70,8%)	18 (78,2%)	16 (84,2%)	Ns
Colesterolo totale <175mg	49 (49%)	57 (60%)	54 (60,6%)	Ns
Colesterolo LDL <100mg	33 (33%)	47 (49,4%)	40 (44,9%)	Ns
Colesterolo HDL >40mg	27 (27%)	45 (47,3%)	49 (55%)	0.0001

4.2 Analisi dei dati relativi allo stile di vita

La tabella III mostra i dati relativi all'**abitudine al fumo**. Al momento della valutazione basale 99 soggetti su 100 non fumano, di questi 37 non hanno mai fumato, 41 hanno smesso da più di un anno, mentre 22 hanno smesso in conseguenza dell'attuale evento di malattia. A distanza di 6 mesi, 7 di quest'ultimi ha ripreso a fumare, mentre l'unico fumatore già presente ha mantenuto l'abitudine per tutto il ciclo. A 12 mesi 1 solo, dei 7 utenti che avevano ripreso a fumare, ha smesso.

Tabella III abitudine al fumo

Fumo	Basale N. 100	6 mesi N. 95	12 mesi N. 89
No	99 (99 %)	87 (91.5%)	81 (91%)
Ex fumatore	63 (63%)		
> anno	41 (65%)		
< anno	22 (34.9%)		
Si	1 (1%)	8 (8.4%)	7 (7.8%)

Per quanto riguarda le **abitudini alimentari**, la tabella IV illustra il loro modificarsi nel corso del CVPR. Il 27% dei soggetti, nella valutazione basale, presenta abitudini alimentari adeguate, a 6 mesi tali abitudini migliorano nel 52,6% dei soggetti e sono adeguate nel 24,2%. A 12 mesi il 15,7% delle persone ha migliorato le proprie abitudini alimentari e il 58,4% segue una dieta corretta (p=0.0001).

Tabella IV abitudini alimentari

Abitudini alimentari	Basale N. 100	6 mesi N. 95	12 mesi N. 89	p
Adeguate	27 (27%)	23 (24,2%)	52 (58,4%)	0.0001
Migliorate		50 (52,6%)	14 (15,7%)	
Non adeguate	73 (73%)	22 (23,1%)	23(25,8%)	0.0001

I dati relativi all'**attività fisica** svolta dai pazienti sono illustrati nella tabella V. I soggetti che, nell'anamnesi iniziale, riferiscono di non svolgere alcun tipo di attività fisica sono il 37%. Questo dato si riduce notevolmente durante il percorso riabilitativo, alla fine del quale il 17% dei soggetti non ha modificato le proprie abitudini. Il 63% delle persone riferisce nell'anamnesi di praticare abitualmente attività fisica (cammino, ginnastica, cyclette...) leggera (l'87,5% dei soggetti) ma anche moderata (12,7%) o vigorosa (1,6%). Questi dati si modificano nei sei mesi successivi, quando l'80,4% delle persone praticano regolarmente attività fisica, ancor più al follow up annuale, quando la percentuale sale all'82,9% (p=0.0001). Gli obiettivi concordati all'inizio del programma riabilitativo, per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati raggiunti da 63 pazienti nel follow up a 6 mesi, e da 57 pazienti a 12 mesi.

Tabella V attività fisica

Attività fisica	Basale	6 mesi	12 mesi	P
No	37 (37%)*	18 (19.6 %)	13 (17.1 %)*	0.004
Si:	63 (63%)*	74 (80.4 %)	63 (82.9 %)*	0.004
– Lieve#	54 (85.7%)	48 (64,9%)	26 (41,3%)	0.0001
– Moderata^	8 (12.7%)	22 (29,7%)	35 (55,5%)	0.0001
– Vigorosa	1 (1.6%)	4 (5,4%)	2 (3,17%)	

*p = 0,004 #^p= 0,0001, basale vs 12 mesi

Per quanto riguarda la ripresa dell'attività fisica, al follow up dei 6 mesi 81 (85,2%) soggetti hanno ripreso le normali attività vs 14 (14,7%) che sono ancora in difficoltà.

4.4 Analisi dei parametri psicologici

Il tono dell'umore risulta significativamente migliorato a 6 mesi (p = 0.01), e a 12 mesi (p = 0.005) mentre in diminuzione sono i valori medi di ansia (basale = 6,89 – vs. 6 mesi 6,33 vs. 12 mesi 6,04) e depressione (basale =5,15 vs. 6 mesi = 5,13 vs. 12 mesi = 4,25).(Tabella VI) Il 45.3% dei soggetti dello studio presenta ansia nella valutazione basale, a 6 mesi sono il 37.5% e a 12 mesi il 27.8%. Il 24.2% dei soggetti dello studio presenta depressione nella valutazione basale, a 6 mesi sono il

25% e a 12 mesi il 20.3%. Nessuna differenza statisticamente significativa è emersa fra i due sessi nei parametri tono dell'umore, ansia, depressione. Tuttavia, alla valutazione iniziale, il 28% delle donne vs il 12,8% degli uomini, presenta ansia, allo stesso modo il 16% delle donne è depressa vs il 5,7% degli uomini. L'ansia si inverte al follow up annuale, quando, solo il 9% delle donne è ansioso contro il 16,6% dei maschi.

Tabella VI parametri psicologici

	Basale	6 mesi	12 mesi	p
Tono dell'umore				
Media ± DS	1.92 ± 0.80	2.23 ± 0.75	2.15 ± 0.80	0.003
Ansia				
Media ± DS	6.89 ± 4.07	6.33 ± 3.9	6.04 ± 4.2	ns
Depressione				
Media ± DS	5.15 ± 3.8	5.13 ± 3.9	4.25 ± 3.3	ns

Non emerge alcuna relazione tra **tono dell'umore** e raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma riabilitativo di attività fisica. Invece, per quanto riguarda le abitudini alimentari, in coloro che hanno abitudini alimentari corrette alla valutazione di base, il tono dell'umore a 12 mesi migliora (2.1 ± 0.9 vs 1.9 ± 0.75 , $p = 0.007$). Per quanto riguarda il fumo, i soggetti che durante il follow up hanno ripreso a fumare, presentano una riduzione del tono dell'umore rispetto ai soggetti non fumatori ($1,4 \pm 0,8$ vs $2,4 \pm 0,75$, $p = 0.004$).

Nella valutazione basale vi è una relazione inversa e statisticamente significativa tra presenza d'ansia e tono dell'umore ridotto ($p = 0.0001$) e tale correlazione persiste ridotto sia a 6 mesi che a 12 ($p = 0.0001$). (Tabella VII)

Tabella VII: variazioni del tono dell'umore

	Ansia		
Tono dell'umore	SI	NO	p
- Basale	1,5 ± 0,7	2,2 ± 0,78	0.0001
- 6 mesi	1,8 ± 0,7	2,6 ± 0,61	0.0001
- 12 mesi	1,7 ± 0,7	2,6 ± 0,7	0.0001

Allo stesso modo, vi è una relazione inversa e statisticamente significativa tra la depressione e riduzione del tono dell'umore ($p = 0.007$) e tale correlazione persiste ridotto sia a 6 mesi ($p = 0.001$) che a 12 mesi ($p = 0.027$). (Tabella VIII)

Tabella VIII: relazione tra depressione e tono dell'umore

	Depressione		
Tono dell'umore	SI	NO	p
- Basale	1,5 ± 0,7	2,1 ± 0,79	0.007
- 6 mesi	1,8 ± 0,7	2,4 ± 0,68	0.001
- 12 mesi	1,8 ± 0,8	2,4 ± 0,75	0.027

Nel follow - up a 6 mesi, la presenza di **ansia** risulta correlata con il non raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma di attività fisica: in assenza di ansia infatti il raggiungimento degli obiettivi viene raggiunto dal 69% dei soggetti rispetto a chi ha ansia che raggiunge gli obiettivi nel 31% dei casi ($p < 0.05$), mentre nel controllo a 12 mesi tale correlazione non è significativa. Non emerge invece alcuna correlazione significativa tra ansia e modificazione delle abitudini alimentari e abitudine al fumo. La percezione che il soggetto ha del proprio stato di salute è influenzata in modo significativo dall'ansia al basale, a 6 mesi e a 12 mesi (tabella IX).

Tabella IX:relazione tra ansia e stato di salute percepito

Ansia	Stato salute percepito		p
	SI	NO	
- Basale	68,0 ± 16,1	74,4 ± 18,9	0.044
- 6 mesi	64,4 ± 20,2	75,6 ± 16,3	0.012
- 12 mesi	58,2 ± 21,6	77,1 ± 12,8	0.0001

Nel follow - up a 6 mesi, la presenza di **depressione** risulta significativamente correlata con il non raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma di attività fisica: in assenza di depressione gli obiettivi sono raggiunti dal 82.8% dei soggetti rispetto a chi è depresso che raggiunge gli obiettivi solo nel 17.2% (p = 0.030), mentre nel controllo a 12 mesi tale correlazione non è significativa. Non emerge invece alcuna correlazione significativa tra depressione e modificazione delle abitudini alimentari e abitudine al fumo. La percezione che il soggetto ha del proprio stato di salute è influenzata in modo significativo dalla depressione a 6 mesi e a 12 mesi.(tabella X)

Tabella X : relazione tra depressione e stato di salute percepito

Depressione	Stato salute percepito		p
	SI	NO	
- Basale	69.2 ± 22.6	72.8 ± 17.2	ns
- 6 mesi	62.2 ± 20.4	74.7 ± 76.4 ± 13.8 16.8	0.016
- 12 mesi	53.5 ± 20.5	76.4 ± 13.8	0.001

4.5 Analisi dei dati del questionario “convinzioni ed esperienze”

Il 44,3% dei soggetti alla valutazione di base e il 56,4% a 12 mesi, pensa di svolgere un'attività fisica sufficiente. L'importanza attribuita all'attività fisica aumenta in modo significativo dalla valutazione basale a quella ai 12 mesi (82,5% vs 98,7% $p = 0,001$). Nella valutazione basale il 99% delle persone pensa che essere in soprappeso sia dannoso alla salute, e il 35,7% pensa di seguire una dieta corretta. Tale percentuale aumenta al 70,5% a 12 mesi. Il 99% pensa che fumare sia dannoso alla salute, così come il 96,9% al basale e il 98,7% a 12 mesi considera dannosa l'ansia.

L'89% delle persone sia a 6 mesi che a 12 dice di aver modificato il proprio stile di vita, in particolare a 12 mesi il 50,6% riferisce di aver cambiato l'attività fisica, il 74% le abitudini alimentari e il 77,9% di aver migliorato il controllo dei fattori di rischio (pressione arteriosa, colesterolo, diabete). L'82% al basale riferisce di conoscere i fattori di rischio cardiovascolare, il 79,5% ha ricevuto informazioni sulla propria malattia dal medico di reparto (76,3%) e dagli infermieri (8%), e che tali informazioni erano ritenute sufficienti – buone nel 63,3% dei casi. Il 51,6% vs 47,3% ha ricevuto informazioni dal medico di famiglia. Il 17,7% ritiene il servizio di riabilitazione cardiologica utile, il 35,5% molto utile e il 46,6% indispensabile. L'organizzazione del servizio è stata ritenuta adeguata dal 94% dei soggetti studiati.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE

5.1 Considerazioni sulla popolazione in studio

La popolazione in studio rispecchia la tipologia di utenza su cui si concentra la maggior parte dei servizi di riabilitazione cardiologica⁽¹⁵⁾: pazienti che hanno avuto un infarto, che sono a basso rischio, maschi, di etnia bianca. Alcuni studi⁽¹⁵⁻²²⁾ riportano che la partecipazione a un programma su invito è inferiore nelle donne e nei pazienti più anziani, anche se non emergono ragioni valide. Nel nostro studio ciò non emerge in quanto i pazienti anziani ultraottantenni sono stati esclusi dall'origine. Solo il 6% dei soggetti vive solo, mentre la maggior parte vive in famiglia con figli (53%) o con il solo coniuge (39%): questo sembra garantire un adeguato supporto sociale e una rete di riferimento, elementi ritenuti importanti in letteratura, in quanto considerati risorsa da coinvolgere nel progetto riabilitativo.⁽²⁻¹⁵⁻¹⁶⁻²⁷⁾ La maggior parte dei soggetti ha una scolarità elementare (58%) o media inferiore (22%), tuttavia non sono stati trovati studi che evidenzino relazioni tra livello di scolarità e risposta all'intervento riabilitativo. Nessuno dei pazienti è trattato in modo specifico per l'ansia o la depressione, questo a conferma di come questi disturbi, pur frequenti nei pazienti, siano raramente identificati o trattati nella cardiologia o nelle cure primarie⁽³³⁾.

5.2 Considerazioni sui dati biumorali

L'analisi di questi dati è attuata tenendo come riferimento le linee guida europee per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari.⁽²⁷⁾

Il BMI dovrebbe mantenersi in condizioni ottimali al di sotto di 25. Il suo valore medio rimane costantemente al di sopra di 27, con una lieve tendenza, non statisticamente significativa, a ridursi. La percentuale dei soggetti con un valore di BMI < 25 aumenta, anche se non in modo significativo, dal 25% nella valutazione basale al 31,4% a 12 mesi. Questi dati testimoniano un importante risultato, che deve essere ulteriormente potenziato. I pazienti in soprappeso infatti, presentano un rischio aumentato e dovrebbero essere aiutati a perdere peso con una dieta adeguata e aumentando l'attività fisica. La riduzione del peso aiuta inoltre a ridurre la pressione arteriosa, la

colesterolemia e la glicemia⁽¹⁾. La circonferenza della vita è un indice clinicamente utile per la diagnosi di obesità e per monitorare la riduzione del peso corporeo: il valore medio del giro vita della popolazione studiata tende a diminuire anche se non in modo significativo.

Anche i valori medi della Pressione Arteriosa sono in diminuzione: i soggetti con una pressione sistolica < 140 passano dal 61,8% alla valutazione basale, al 71,4% a 12 mesi e quelli con pressione diastolica < 85 passano dal 78,9% alla valutazione basale, al 87,1% a 12 mesi. Considerando poi la componente di persone con alterazione della glicemia a digiuno che ha una pressione sistolica < 130, passa dal 58,3% alla valutazione basale, al 63,1% a 12 mesi e quelli con pressione diastolica < 80 passa dal 70,8% alla valutazione basale, al 84,2% a 12 mesi. Anche se queste variazioni non sono statisticamente significative, è importante la tendenza al miglioramento nel controllo dei valori pressori. L'ipertensione arteriosa, infatti, si complica frequentemente con malattie cardiovascolari. Se i valori pressori non sono raggiunti con modificazione dello stile di vita, è necessaria una terapia farmacologica. I pazienti nello studio sono stati seguiti dal punto di vista farmacologico dal medico cardiologo ma, questo aspetto, non è stato indagato.

Sebbene non sia noto se un buon controllo della glicemia sia in grado di ridurre il rischio di malattia ricorrente nei pazienti diabetici con malattia coronarica, esso favorisce la malattia microvascolare e le altre complicanze del diabete.⁽¹⁾ Nella nostra popolazione il valore medio della glicemia si mantiene costantemente inferiore a 110mg/dl.

Gli studi clinici sulle modificazioni dei lipidi mediante dieta e terapia farmacologica hanno dimostrato che la malattia coronarica associata all'ipercolesterolemia può essere sostanzialmente ridotta. Tale riduzione è probabilmente riconducibile alla riduzione del colesterolo, in particolare LDL⁽¹⁾. In questo studio la modificazione dei valori medi di colesterolo totale e di HDL sono in significativa diminuzione. Un altro marker importante di aumento di rischio coronarico è il colesterolo HDL che dovrebbe mantenersi >40mg/dl, e i trigliceridi il cui valore non dovrebbe essere >180mg/dl. L'aumento del valore medio del colesterolo HDL nella nostra popolazione è statisticamente significativo (p=0,0001) sia a 6 che a 12 mesi. Allo stesso modo la

percentuale di soggetti con valori ottimali di HDL >40mg/dl, aumenta dal 27% al basale, al 55% a 12 mesi (p=0.0001). Così pure i valori ematici dei trigliceridi si riducono durante il follow up, senza raggiungere la significatività statistica.

5.3 Considerazioni sui dati relativi allo stile di vita

Vi sono moltissime dimostrazioni del fatto che gli stili di vita associati alla “cultura occidentale” – dieta ricca di grassi saturi e calorie, abitudine al fumo e sedentarietà - hanno un ruolo importante nell’insorgenza della malattia coronarica nelle popolazioni stesse⁽¹⁾. Modificazioni favorevoli dello stile di vita e dei fattori di rischio a loro correlati riducono il rischio di eventi coronarici acuti.

Abitudine al fumo

Vi sono dimostrazioni inconfutabili dell’effetto favorevole del fumo sul rischio di malattia coronarica e di altre malattie aterosclerotiche. Il fumo è responsabile del 50% di tutte le morti evitabili e la metà di queste è dovuta a malattie cardiovascolari. L’obiettivo deve perciò essere lo stop assoluto al fumo. Tutte le campagne e gli interventi fatti in questa direzione sembrano avere ottenuto l’effetto voluto sulla popolazione oggetto del nostro studio: alla valutazione basale il 99% dei soggetti non fuma. Una considerazione merita il fatto che, mentre 41 di questi soggetti sono effettivamente ex-fumatori, in cui la modificazione del comportamento è radicata e che potremmo perciò collocare nella “fase di mantenimento” del modello di “modificazione a tappe” di Prochaska e DiClemente⁽¹⁾, gli altri 22 soggetti non fumatori, hanno smesso di fumare in relazione all’evento di malattia e sono nella cosiddetta “fase dell’azione”, fase molto instabile in cui vi è il massimo rischio di rilassamento. Infatti, nonostante il team del servizio inviti in più occasioni individuali e di gruppo a smettere di fumare, motivando anche la necessità di questo cambiamento, 7 (31,8%) di questi soggetti riprende a fumare nei 6 mesi successivi, e solo uno fa un nuovo tentativo di astensione dal fumo nel periodo successivo. Tutti coloro che hanno ripreso a fumare, condividono la stessa situazione iniziale: aver smesso in seguito all’evento acuto di malattia, e avere un basso tono dell’umore. Smettere di fumare, in questi soggetti può essere un comportamento assunto come risposta a specifiche circostanze di malattia (responsabilità giustificabile), e può

essere dettato dalla desiderabilità sociale del comportamento stesso (il medico invita a smettere, i familiari lo supportano), più che ad una libera scelta dell'individuo. Nel momento in cui il soggetto ritorna nel contesto di vita precedente il ricovero, tale desiderabilità sociale del comportamento "non fumare" può diminuire, ed essendo la scelta di cambiare legata a motivazioni esterne, essa può risultare non duratura. Queste considerazioni sono importanti per l'infermiere che effettua lo screening, in quanto i soggetti che si trovano nella situazione descritta devono essere considerati a rischio di ricaduta e richiedono perciò interventi di supporto specifici, intensivi e differenziati: passare in rassegna i rischi cardiovascolari, fornire letteratura appropriata e accordarsi su un piano specifico che preveda periodici controlli⁽¹⁻²⁷⁾. Uno riesame di 28 importanti studi statunitensi sostiene che con un "consiglio breve" i tassi di cessazione del fumo dopo un anno sono del 3-13%, mentre dopo interventi più intensivi aumentano del 19-39%⁽¹⁾. Il coinvolgimento della famiglia nel processo di cessazione e nel far sì che altri membri smettano di fumare, è di grande aiuto.

Abitudini alimentari

Nel corso del programma riabilitativo, le abitudini alimentari delle persone coinvolte si modificano in modo significativo: dal 27% dei soggetti che, nella valutazione basale, presenta abitudini alimentari adeguate si passa a 58,4%, che a 12 mesi, segue una dieta corretta ($p=0.0001$). La percentuale di soggetti con abitudini alimentari non adeguate, scende dal 73% della valutazione iniziale, al 23% del follow up annuale ($p=0.0001$). La valutazione delle abitudini alimentari viene fatta dalla dietista facendo riferimento alle linee guida europee: ridurre l'introduzione dei grassi saturi (non più del 30% dell'apporto calorico totale) e del colesterolo ($<300\text{mg}/\text{die}$)⁽²⁷⁾. Sostituire i grassi saturi con grassi mono e polinsaturi, derivanti da fonti vegetali e marine, e in parte con carboidrati complessi. Aumentare l'introduzione di frutta, verdura e vegetali. Ridurre l'apporto calorico totale quando sia necessario ridurre il peso. Ridurre l'assunzione di sale e alcool⁽¹⁾. Abbiamo visto come la modificazione delle abitudini alimentari è confermata, in questo studio, dall'aumento dei soggetti con BMI <25 e dalla tendenziale riduzione del giro vita. La significativa riduzione

del colesterolo totale e LDL, e il significativo aumento dell'HDL è attribuibile in parte alle modificazioni dietetiche in parte all'assunzione di terapia specifica (statine, resine e acido nicotico). Quest'ultimo aspetto non è indagato.

Attività fisica

Un'attività fisica aerobica regolare ha effetti favorevoli sul peso corporeo, sulla pressione arteriosa, sui lipidi plasmatici, sulla tolleranza al glucosio e sulla sensibilità all'insulina, e può anche avere un effetto protettivo diretto contro lo scatenarsi di eventi cardiaci acuti⁽¹⁻²⁻¹⁶⁾. Le raccomandazioni sull'attività fisica debbono stabilire l'intensità, la durata e la frequenza. La modificazione delle abitudini riferite all'attività fisica nei nostri pazienti è significativa in tutti questi aspetti. La percentuale di soggetti che fa regolarmente attività fisica, raggiungendo gli obiettivi concordati con la fisioterapista, sale dal 63% del basale, al 80,4 e 82,9% rispettivamente a 6 e 12 mesi ($p=0.004$). Anche per quanto riguarda l'intensità dell'attività svolta il cambiamento è significativo. Nella valutazione basale l'85% dei soggetti svolge un'attività fisica "lieve", e solo il 12,7% che fa un'attività "moderata". A 12 mesi il 55,5% dei soggetti fa un'attività di intensità moderata, e il 3,17% di intensità vigorosa. Da punto di vista lavorativo, il 70% delle persone è in età pensionabile, perciò risulta difficile valutare la ripresa lavorativa, e questa viene intesa come ritorno alle normali attività⁽⁵⁾: l'85,2% dei soggetti a 6 mesi dall'evento acuto ha ripreso le normali attività. L'attività fisica ha un effetto positivo sul miglioramento dello stato di salute fisica e non comporta rischi addizionali per il paziente.

5.4 Considerazioni sui dati psicologici

Nei pazienti con malattia coronarica sono comuni ansia e depressione, sia pure di grado moderato, talora accompagnati da sintomi come cattiva qualità del sonno, scarsa concentrazione, mancanza di energia e un tono dell'umore basso. Molto meno frequenti sono invece ansia e depressione più gravi e persistenti (spesso misconosciute e trattate in modo inadeguato) non considerabili come reazione appropriata alla patologia cardiaca⁽²⁾. Una recente revisione Cochrane⁽³⁴⁾ ha documentato che gli antidepressivi riducono questi sintomi gravi e persistenti anche in pazienti con malattia coronarica, così come

alcuni trial randomizzati hanno indicato che anche alcuni interventi psicologici precoci possono migliorare l'umore e altri esiti nei cardiopatici. La prevalenza di depressione nei pazienti dopo infarto miocardico è del 10-20⁽¹⁷⁾ fino 45%⁽¹⁵⁾, mentre, la presenza di ansia è evidente in circa il 5-10%⁽¹⁶⁾ dei soggetti. Nella nostra popolazione, il problema principale è l'ansia: la percentuale di soggetti che, alla valutazione basale fatta con scala HADS, risulta depressa è del 24,2%, mentre la componente ansiosa riguarda il 45,3% dei soggetti. Nessun paziente assumeva terapia antidepressiva o ansiolitica specifica. Diversi studi⁽¹⁵⁾ riferiscono che le donne presentano livelli maggiori di ansia e depressione, e questo è confermato anche nella nostra popolazione (anche se non in modo significativo) dove alla valutazione iniziale le donne sono più ansiose e depresse degli uomini. Le donne permangono più depresse dei maschi in entrambi i follow up successivi. Invece l'ansia si inverte al follow up annuale quando le donne risultano meno ansiose degli uomini. Il malessere psicologico, in entrambi i sessi, tende a migliorare nei mesi successivi, anche se non in modo statisticamente significativo, e al follow up annuale gli ansiosi sono il 27,8% e i depressi il 20,3% del totale. La depressione aumenta di tre o quattro volte il rischio di mortalità cardiaca ed è fortemente predittiva di una ridotta aderenza ai trattamenti raccomandati dopo 3 e 12 mesi⁽¹⁵⁾. A ottobre 2006, tre dei pazienti che hanno aderito allo studio risultano deceduti. Solo uno di loro presentava ansia, alla valutazione iniziale, risoltasi poi nel follow up successivo. Per quanto concerne la relazione tra ansia-depressione e l'aderenza allo stile di vita raccomandato, nel nostro studio non emerge una correlazione statisticamente significativa per quanto riguarda il cambiamento delle abitudini alimentari e il fumo. Tuttavia, se facciamo riferimento all'attività fisica, la relazione diventa molto significativa al follow up dei 6 mesi: in assenza di ansia e depressione gli obiettivi sono raggiunti dal 69% e 82,8% dei soggetti rispettivamente, mentre in presenza di ansia e/o depressione sono raggiunti dal 31% e 17,2%.

Lo stato di salute percepito, le convinzioni errate sulla condizione cardiaca, insieme all'ansia e alla depressione influenzano il ritorno a un'attività normale. Anche se a distanza di tre mesi dall'infarto fino al 30% dei pazienti riferisce che la propria qualità di vita è tornata ai livelli precedenti, ansia e depressione sono comuni e si associano a una

disabilità prolungata, a reinfarto e a morte⁽¹⁵⁾. In questo studio lo stato di salute percepito dal paziente è fortemente influenzato dall'ansia e dalla depressione. Un altro aspetto rilevante è che il tono dell'umore che in letteratura⁽³¹⁾ si trova spesso associato con ansia e depressione. I soggetti ansiosi e/o depressi presentano anche un significativo abbassamento del tono dell'umore ($p=0,0001$ con l'ansia, $p=0,001$ con la depressione) in tutti gli step di valutazione. A sua volta, il tono dell'umore, influenza in modo significativo le abitudini alimentari e il fumo: abitudini alimentari corrette alla valutazione basale, sono associate, ad un miglioramento del tono dell'umore. Per quanto riguarda il fumo, i soggetti che hanno ripreso a fumare, presentano una significativa riduzione del tono dell'umore rispetto ai soggetti non fumatori. Quindi, pur non essendoci una correlazione diretta tra ansia/depressione e aderenza alla dieta e all'astinenza dal fumo, l'influenza che esse hanno sul tono dell'umore, le chiama in causa come predittore di non aderenza a comportamenti corretti.

5.5 Considerazioni sui dati del questionario

La probabilità che una persona ha di soddisfare un particolare comportamento rivolto alla propria salute dipende dalle sue credenze sulla malattia e dalla valutazione dei costi/benefici per il comportamento da intraprendere (Health Belief Model)⁽¹⁸⁻³⁵⁾. Gli effetti che tali credenze possono avere sulla vita della gente, non dovrebbero essere sottovalutati e dovrebbero essere utilizzati come strumento d'investigazione. Gli interventi finalizzati a modificarne il comportamento dovrebbero essere basati su una valutazione delle conoscenze e della comprensione che i pazienti hanno del trattamento loro proposto.⁽³⁵⁾ Per quanto riguarda le convinzioni che i partecipanti allo studio hanno sul loro stile di vita, la maggior parte riconosce nel soprappeso, nel fumo e nello stress, dei fattori dannosi per la salute, e attribuisce importanza all'attività fisica. In riferimento alla necessità di cambiare le proprie abitudini, nella valutazione di base il 44,3% delle persone pensa di svolgere un'attività fisica sufficiente, mentre, nella realtà, il 37% non svolge alcun esercizio fisico e l'85,7% di chi fa attività fisica, la fa di intensità lieve e, nella maggior parte dei casi, potenziabile (come dimostrato dai risultati). Sempre nella valutazione iniziale il 35,7% dei soggetti pensa di seguire una dieta corretta, mentre i

dati rilevano che solo il 27% ha abitudini alimentari corrette e questo dato, pur migliorando, non raggiunge la quota del 70,5% che a 12 mesi ritiene di avere abitudini alimentari corrette. Nei successivi follow up a 6 e 12 mesi, l'89% delle persone dice di aver modificato le proprie abitudini alimentari e l'attività fisica e questo sembra essere confermato anche dai dati rilevati, anche se in percentuali inferiori: ricordiamo che a 12 mesi i soggetti con abitudini alimentari corrette erano il 58,4%, mentre coloro che svolgevano un'attività fisica di diversa intensità l'82,9%. Possiamo affermare che la popolazione in studio riconosce l'importanza dei fattori di rischio fumo, inattività fisica e errate abitudini alimentari e modifica le proprie abitudini nel corso del tempo. La percezione dei benefici derivanti dalla modificazione dello stile di vita è innegabile, dall'altra parte è sottostimata l'esposizione al rischio individuale: molte persone pensano di avere abitudini adeguate anche quando questo non è vero, e questo va ad influenzare l'energia che il soggetto impiega per modificare il proprio stile di vita compromettendo i risultati finali. In questo contesto l'informazione corretta, completa e la verifica dell'avvenuta comprensione assumono un ruolo fondamentale. La sfida è quella di identificare la convinzione più rilevante ed il grado con cui essa può predire il cambiamento. Importante è la ricerca da parte dell'operatore dell'intenzione che il soggetto ha realmente di cambiare (teoria dell'azione ragionata). Molte persone sanno che dovrebbero fare esercizio fisico e seguire un'alimentazione sana ed esse esplicitano, quindi hanno intenzione di cambiare: prendono la decisione di fare esercizio fisico regolarmente e di limitare il consumo di zuccheri e di grassi. Se un'elevata proporzione di persone con questa intenzione intraprende effettivamente questi cambiamenti comportamentali, l'intenzione è un buon predittore. In molti casi, tuttavia, il comportamento può modificare i modelli di pensiero. Nel caso dell'esercizio fisico e dell'alimentazione, una persona può desiderare di essere in buona salute, ma può smettere di agire in questa direzione se le riesce difficile trovare il tempo per dedicarsi all'esercizio fisico e se fa pochi progressi legati al cambiamento di alimentazione. La dieta e l'esercizio fisico diventano, quindi, meno rilevanti. Se ciò è vero per molte persone, l'intenzione non è un buon predittore, oppure è stata misurata un'intenzione errata⁽³⁶⁾.

Uno dei bisogni dell'utente che più emergono in letteratura, è il bisogno di informazioni e consigli⁽¹⁵⁾. Dal questionario emerge che l'82% delle persone dice di conoscere i fattori di rischio cardiovascolari e di avere ricevuto sufficienti informazioni sulla propria malattia nel 79% dei casi. Motivo di riflessione è il fatto che queste informazioni provengono dagli infermieri solo nell'8% dei casi.

CAPITOLO 6

CONCLUSIONI

Il motivo principale che mi ha spinto ad intraprendere questo studio era capire come l'infermiere di prevenzione e riabilitazione cardiologica può utilizzare le informazioni da lui raccolte attraverso la somministrazione di tests su ansia, depressione ed umore. Quello che emerge è il ruolo importante che ansia, depressione e tono dell'umore rivestono nella capacità dell'individuo di rispondere positivamente all'intervento riabilitativo e di modificare e mantenere abitudini di vita salutari. La maggior parte dei programmi di riabilitazione cardiologica, e anche quello da noi proposto, tendono a essere relativamente rigidi e i pazienti ricevono gli stessi interventi come componenti di un programma fisso, che tiene conto solo in parte delle necessità individuali. Questo contrasta fortemente con quelli che sono gli orientamenti più attuali nella promozione della salute che sostengono il ruolo centrale dell'individuo, evidenziando come lo stato di salute sia profondamente legato alla sua capacità di realizzare le proprie potenzialità, in particolare per quanto riguarda le abitudini e gli stili di vita. Appare chiaro che le risorse infermieristiche attualmente presenti nel team, risultano carenti nel momento cui è chiesto all'infermiere di prendersi carico in toto delle complesse problematiche psicologiche del paziente, presidiando nel contempo l'andamento dei parametri bioumorali e l'aderenza alla terapia e allo stile di vita. La formazione specifica e la competenza acquisita in anni di attività con il paziente cardiopatico, permettono al team di sfruttare la risorsa principale a loro disposizione, l'utente stesso, che, in quanto unico artefice del proprio cambiamento, deve trovare in sé le risorse per attuarlo. L'approccio teorico di riferimento è il *modello Hardiness* o della *personalità resiliente*. Si riconosce, nella resilienza una capacità del soggetto di affrontare gli avvenimenti dolorosi e risorgere dalle situazioni traumatiche anche grazie a risorse personali attivabili ed aumentabili con l'aiuto di qualche persona di riferimento, ma soprattutto grazie a: autostima positiva, legami affettivi significativi, creatività naturale, buon umore e simpatia, una rete sociale di appartenenza, un'ideologia personale che consente di dare senso al dolore, in modo da diminuire l'aspetto negativo di una situazione conflittuale,

permettendo il risorgimento di alternative utili di fronte alla sofferenza⁽¹²⁾. Se le azioni **preventive** hanno lo scopo di arrivare, di far prima che un evento dannoso e doloroso si verifichi, la strategia **promozionale** imposta le sue azioni in un processo in divenire. La resilienza non deriva da un paradigma in cui si lavora per prevenire i fattori di rischio, possibili responsabili di determinate malattie, ma da un paradigma dove si ricerca e si lavora intorno ai fattori protettivi per lo sviluppo positivo del soggetto⁽²⁵⁾.

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro paese, in particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico, con modifica della qualità della vita e notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34% del PIL), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato di salute del Paese, 2000). La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7 per 1000 per anno negli uomini e di 1,7 per 1000 per anno nelle donne. Le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno 300.000 anni di vita potenziale alle persone di età inferiore ai 65 anni. Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005–2007, confermato al 2008, definisce la prevenzione cardiovascolare, uno tra gli interventi prioritari da sviluppare nel prossimo triennio. Quali strategie mettere in atto nello specifico della gestione di ansia depressione e umore? Quali opportunità emergono per la professione infermieristica e per migliorare l'assistenza di questi pazienti? Alcune proposte:

1. Attivazione di sistemi di screening⁽³³⁻³⁶⁾ attraverso i quali l'infermiere può individuare precocemente, già a livello di reparto di degenza, i pazienti affetti da ansia e/o depressione definendo anche il grado di intensità, in modo da pianificare interventi specifici e differenziati. Talvolta questi disturbi sono presenti prima del ricovero e sono esasperati dall'evento acuto di malattia: per questo occorre tenere costantemente presenti sia la personalità del paziente che le condizioni di stress emozionale preesistenti o successive all'episodio acuto. L'utilizzo di scale quali HADS, GBS, scala dell'umore, questionario sulle

convinzioni di salute dovrebbero diventare strumenti a disposizione dell'accertamento infermieristico.

2. Passare da un approccio all'utente di tipo paternalistico ad un approccio cooperativo, da "cosa posso fare per lui?" a "cosa può fare per se stesso e come può trovare le risorse per farlo?"⁽¹⁸⁾. Questo significa sviluppare competenze di counseling tali da incrementare nella persona l'autonomia di pensiero e d'azione, al fine di renderla più soddisfatta e capace di condurre una vita serena e socialmente integrata. Agire sulle attribuzioni causali che il soggetto mette in atto aumenta la possibilità di successo dell'intervento educativo. L'educazione, i consigli e la rassicurazione del paziente, del familiare o di altre persone importanti per il paziente, sono sempre utili.
3. Allargare la rete di riferimento cui il team può accedere per soddisfare bisogni specifici del paziente: centri salute mentale, servizi per i disturbi alimentari, per il trattamento della dipendenza da alcool, opportunità di salute offerte da altre realtà sanitarie e sociali (corsi per smettere di fumare, percorsi salute, corsi di cucina...).
4. Integrare il team con professionisti con competenze specialistiche quali lo psicologo, ma anche l'infermiere di salute mentale, come auspicato da uno studio pubblicato dal giornale europeo di infermieristica cardiovascolare⁽³⁶⁾. Questo permetterebbe di affiancare agli interventi educativi standardizzati, che hanno dimostrato la loro efficacia nella lotta alle malattie cardiovascolari e nella prevenzione dei relativi fattori di rischio, interventi specifici rivolti al singolo individuo.

Come abbiamo visto, c'è una vasta gamma di interventi tra cui scegliere: supporto individuale, di coppia, di gruppo, semplici consigli, o interventi sofisticati come la terapia "cognitivo-comportamentale", la psicoterapia o la terapia di gruppo. La scelta sarà determinata considerando la persona cui ci si rivolge, le sue preferenze, l'accettabilità dell'intervento, la sua fattibilità, flessibilità e complessità.

BIBLIOGRAFIA

1. Wood D, De Backer G, Faergeman O., Graham I, Mancia G. Pyorala K., on behalf of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur. Heart J* 1998; 19: 1434-1503.
2. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Agenzia Servizi Sanitari Regionale. Roma, 2005.
3. EUROASPIRE I and II Group. (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2000; 357:995-1001.
4. Remme WJ, McMurray JJ, Rauch B, et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 2005; 31.
5. Wood at all. EURACTION: A European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology. A cluster randomised controlled trial of a multi-disciplinary preventive cardiology programme for coronary patient, asymptomatic High risk individuals and their families. Summary of design, methodology and outcomes. *Eur Heart J Suppl.* 2004; 6: 3-15.
6. Arcuri L., *Manuale di Psicologia Sociale*. Ed. Il Mulino. Bologna, 1995.
7. De Grada, E. Manetti L.. *L'attribuzione causale*. Ed. Il Mulino. Bologna, 1988.
8. Ciddio P. *Attività fisica, salute e anziani. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Il corso integrato di Psicopedagogia.*
<http://www.motorie.univr.it/documenti/OccorrenzaIns>
9. A. Bandura, *L'autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Ed. Erikson, Trento 2000.
10. Balestroni G., Bosimini E., Centofanti P., Di Summa M., Giannuzzi P., Zotti A.M.. *Stile di vita e aderenza ai trattamenti raccomandati dopo trapianto cardiaco.* *Ital Heart J Suppl* 2002; 3 (6): 652-658.
11. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol.* 1979 Jan; 37(1):1-11.
12. Fiorentini A., *Resilienza.* www.italy-news.net/Editoriali/Fiorentini/resilienza.htm

13. Francescani A., Bellesi P.. Aspetti psicologici del paziente con infarto miocardico acuto. U.O. Cardiologia Nuovo Ospedale di Sassuolo, A.USL Modena. Pubblicato su Infermieronline.net il 07.01.07.
14. Mac Mahon KMA, Lip G Y H. Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Arch Intern Med.* 2002; 162(5):509-16. Review.
15. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, NHS. Effective Health Care: La riabilitazione cardiologia. Edizione italiana. Anno III n°2 Mar-Apr 1999.
16. Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol* 1999, 29:1057-1091.
17. Cameron LD, Petrie KJ, Ellis CJ, et al.. Trait negative affectivity and responses to health education intervention for myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 2005; 20: 1-18.
18. Zannini L.. Salute, malattia e cura. Ed. F. Angeli, Milano 2001. Cap. 2 pag. 61-70.
19. Thompson DR, Bowman GS, Kitson AL. et al. Cardiac rehabilitation services in England and Wales: a national survey. *Int J Cardiol* 1997; 59: 299-304.
20. Banks L.J. - *Counseling*. In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: WB Saunders C. 1985
21. Steptoe A., Doherty S., Rink E., Kerry S, Kendrick T, Hilton S.. Behavioural counseling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999 Oct 9; 319 (7215):943-7.
22. Radley A, Grove AM, Thurston H, et al. WE 8. A study of the rehabilitation needs of women cardiac patients. Report to the NHS Research and Development Directorate CVD and Stroke Programme. Department of Social Sciences, Loughborough University, 1996.
23. Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Linee Guida. <http://www.pnlg.it/index.htm>
24. Cecchi M.. Gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche, funzioni, obiettivi. *Il seme e l'albero*. 1993: 1.

25. Miller W, Rollnick S.. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behaviour. Guildford Press, 1991.
26. Rahe RH, Ward HW, Hayes V. Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three- to four-year follow-up of a controlled trial. *Psychosom Med* 1979; 41:22942.
27. Wood d, De Becker g, Faergeman o, Mancia g, Pyorala K,. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Third Joint Task Force of European and other Societes on coronary prevention. *Eur Heart J* 2003; 10: (suppl) 1-78.
28. Hermasn C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 42(1): 17-41.
29. Costantini M., Musso M., Viterboni P. et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer* 1999; 7(3): 121-127.
30. L. Vedana, P. Baiardi, M. Sommaruga, M. Gallì, M. Neri, R.F.E. Pedretti, R. Tramarin, G. Bertolotti. Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2001; 56 (2): 101–106.
31. Denollet J. Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: the Global Mood Scale (GMS). *Psychol Med.* 1993; 23:111–121.
32. Furze. G, Roebuck A., Bull P, Lewin R. JP, R. D. Thompson A comparison of the illness beliefs of people with angina and their peers: a questionnaire study. *BMC Cardiovascular Disorders* 2002, 2:4.
33. Slama K. Comportamento e cambiamento nella salute. Unione Internazionale contro la Tuberculosis e le Malattie Polmonari, Parigi, Francia.
www.uicc.org/fileadmin/manuale/frequenza.pdf
34. Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in people with medical illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2001; 1. Oxford: Update Software.

35. Shashivadan Hirani P., Stanton Newman P.. Patients' beliefs about their cardiovascular disease, Heart 2005; 91:1235-1239.
36. Editoriale. Depression in cardiac patients: what can nurses do about it? European Journal of Cardiovascular nursing 5 (2006) 251-252.

Siti consultati:

www.assr.it/plg/LG_Cardiologia_riabilitativa_prev_malattie_secondarie.pdf

www.anmco.it/download/lineeguida/lg_ANMCO_SIC_GIVFRC_VRQ_riab.pdf

www.escardio.org/knowledge/guidelines

www.it/cochrane.it/page.asp

www.pnlg.it/index.htm

www.it/circ.ahajournals.org/cgi/content/full

www.italy-news.net/Editoriali/Fiorentini/resilienza.htm

www.uicc.org/fileadmin/manuale/frequenza.pdf

<http://www.motorie.univr.it/documenti/OccorrenzaIns>