

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

**PREVENZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA
DI MALATTIA CARDIOVASCOLARE**

Relatore: Dott.ssa Andriago Margherita

Correlatore: Dr. Rubino Giorgio

Laureanda: Ungureanu Irina

Matricola: 2023891

Anno accademico 2022-2023

INDICE

Abstract	pag. 7
Introduzione	pag. 9
Capitolo 1:	pag. 11
1.1 Malattie cardiovascolari: epidemiologia e fisiopatologia.....	pag. 11
1.2 Prevenzione primaria in associazione ai fattori di rischio.....	pag.13
1.3 Conoscenze della popolazione sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari..	pag.16
1.4 Rilevanza problema per la professione.....	pag. 17
Capitolo 2: obiettivo, materiali e metodi	pag. 19
2.1 Descrizione del problema.....	pag. 19
2.2 Scopo dello studio e quesiti di ricerca.....	pag. 19
2.3 Disegno dello studio.....	pag. 19
2.4 Campionamento.....	pag. 19
2.5 Modalità di raccolta dati.....	pag. 20
2.6 Strumento di misura.....	pag. 20
2.7 Analisi dei dati.....	pag. 21
Capitolo 3: risultati	pag. 23
3.1 Rispondenza.....	pag. 23
3.2 Caratteristiche socio-demografiche.....	pag. 23
3.3 Risultati.....	pag. 25
Capitolo 4: discussione e conclusioni	pag. 31
4.1 Discussione.....	pag. 31
4.2 Limiti dello studio.....	pag. 34
4.3. Raccomandazioni per la ricerca futura.....	pag. 34
4.4. Implicazioni per la pratica.....	pag. 35
4.5. Conclusioni.....	pag. 36
Bibliografia	pag. 37
Allegati	pag. 41

ABSTRACT

Problema: Le malattie cardiovascolari (CVD) sono la principale causa di morte a livello globale; l'OMS stima che 17,9 milioni di persone siano morte per malattie cardiovascolari nel 2019, che rappresentano il 32% di tutti i decessi globali. Di questi decessi, l'85% era dovuto a infarto e ictus. Inoltre, oltre tre quarti dei decessi per malattie cardiovascolari di svolgono in paesi a basso e medio reddito. Nel 2019 su 17 milioni di decessi prematuri (sotto i 70 anni) dovuti a malattie non trasmissibili il 38% è stato causato da malattie cardiovascolari.

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è di valutare la percezione e le conoscenze della popolazione in merito al rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare al fine di attivare interventi mirati a prevenire tale rischio.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio osservazionale mediante somministrazione di un questionario validato e strutturato (ABCD Risk questionnaire, Maria Woringer, et al., 2017) composto da 26 domande a risposta multipla auto compilato in formato cartaceo. Inoltre, è stata aggiunta una breve scheda dati generali contenete caratteristiche anagrafiche: sesso, età, titolo di studio e grado di occupazione.

Risultati: Le conoscenze possedute dai soggetti indagati rispetto all'insorgenza di una malattia cardiovascolare e la buona volontà del singolo di modificare i comportamenti a rischio non sono ancora sufficienti per garantire una conoscenza per quanto possibile omogenea. Una parte della popolazione indagata tende ancora a sottovalutare la possibile insorgenza di tali patologie. La popolazione è propensa a iniziare degli stili di vita più salutari ma non è sicura di mantenere questo stile di vita a lungo termine.

Conclusioni: Lo studio ha permesso di porre l'accento sulla necessità di attivare di processi educativo-informativo attuabile dal personale infermieristico. È necessario intensificare il grado di conoscenza sulle patologie cardiovascolari sin dalle prime fasce di età, promuovendo interventi di promozione primaria da parte degli infermieri, affinché possano essere attuati progetti educativi rivolti all'intera popolazione.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari (CVD) sono la principale causa di morte a livello globale; l'OMS (2021) stima che 17,9 milioni di persone siano morte per malattie cardiovascolari nel 2019, che rappresentano il 32% di tutti i decessi globali. Di questi decessi, l'85% era dovuto a infarto e ictus. Inoltre, oltre tre quarti dei decessi per malattie cardiovascolari di svolgono in paesi a basso e medio reddito. Nel 2019 su 17 milioni di decessi prematuri (sotto i 70 anni) dovuti a malattie non trasmissibili il 38% è stato causato da malattie cardiovascolari. La maggior parte delle malattie cardiovascolari può essere prevenuta affrontando fattori di rischio comportamentale come l'uso del tabacco, la dieta malsana e l'obesità, l'inattività fisica e l'uso dannoso di alcol.

Per questo motivo l'American Heart Association (AHA, 2019), stima che oltre l'80% degli eventi cardiovascolari possono essere evitati adottando un corretto stile di vita; ciononostante l'implementazione di strategie mirate al controllo dei fattori di rischio è ancora oggi insoddisfacente. Ne deriva l'inevitabile accento sulle modifiche comportamentali inerenti a una sana alimentazione (basata sull'assunzione di frutta e verdura, legumi, fibre vegetali, noci, cereali integrali e acidi grassi insaturi, secondo i principi delle diete Mediterranea, DASH e vegetariana), l'attività fisica regolare (di moderata intensità per 150 min/settimana o di vigorosa intensità per 75 min/settimana), il controllo del peso corporeo e i programmi di cessazione del fumo.

L'idea di sviluppare una tesi incentrata sulle malattie cardiovascolari nasce da un'esperienza personale, quale la perdita di mio padre avvenuta in seguito a un infarto. In seguito a questo lutto, ho maturato un interesse verso le patologie cardiovascolari, approfondendo le conoscenze sul tema e riflettendo sull'importanza di mantenere uno stile di vita più sano. In merito a questo è stato condotto uno studio osservazione con l'obbiettivo di valutare la percezione e le conoscenze della popolazione in merito al rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare e l'intenzione di modificare i comportamenti a rischio.

CAPITOLO 1

1.1 Malattie cardiovascolari: epidemiologia e fisiopatologia

Le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie cui fanno parte malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari, come il TIA e l'ictus ischemico ed emorragico, e rappresentano le principali cause di mortalità in Italia. Nell'anno 2020 in Italia, secondo dati statistici ISTAT (Cause di morte in Italia, 2020) il numero complessivo dei decessi in generale è stato di 746,324, 108,496 in più rispetto alla media del quinquennio 2015-19 (+14,7%). Le cause di morte più frequenti nella popolazione si confermano nel complesso le malattie del sistema circolatorio (227.350 decessi). Nel 2020 il tasso di mortalità generale standardizzato per età è pari a 95,3 decessi ogni 10.000 abitanti, superiore del 12% alla media del quinquennio precedente (85,3). La mortalità per le malattie ischemiche del cuore è stata di 8 decessi ogni 10.000 abitanti, mentre per le malattie cerebrovascolari è stata registrata una mortalità pari a 7,1 decessi ogni 10.000 abitanti.

L'infarto per definizione è un'area di necrosi ischemica che può verificarsi in qualsiasi tessuto (cerebrale, miocardio, polmonare...), si desume che sia quindi correlata a un ridotto apporto di sangue arterioso. In tutti i tessuti, escludendo quello cerebrale, l'iter della patologia corrisponde più o meno a quello dell'ischemia causata da stenosi, trombosi o embolia avendo come conseguenza una ridotta perfusione tissutale della zona interessata dall'occlusione del vaso; il mancato, o prolungato ripristino del circolo fisiologico del vaso interessato può portare a necrosi del tessuto con conseguente disfunzione.

Quando l'ischemia è di entità tale da causare necrosi tissutale non reversibile, il muscolo interessato, si modifica in tessuto fibroso non performante simile ad una cicatrice che rimarrà a vita.

Per quanto riguarda il muscolo cardiaco si parla di IMA e si differenzia in STEMI o NSTEMI:

- L' NSTEMI o infarto sottoendocardico: è provocato da placche aterosclerotiche stenose nelle arterie coronarie; indica che il restringimento è generalmente temporaneo non causando la morte permanente delle cellule miocardiche e l'ischemia interessa la metà interna o il terzo medio interno della parete miocardica; può essere anche provocato da uno spasmo della coronaria o nel 10% della popolazione da un percorso intramiocardico del vaso che con un aumento improvviso pressorio causa lo schiacciamento del vaso.

- Nello STEMI o infarto transmurale l'ischemia deriva dalla completa e stabile occlusione di un'arteria coronaria provocata da placche aterosclerotiche stenosanti; in questo caso l'ischemia interessa tutto lo spessore della parete miocardica dell'area di distribuzione dell'arteria occlusa. In questo caso se non si interviene in breve tempo il tessuto può diventare necrotico e disfunzionale.

Si sottolinea che un NSTEMI può evolvere in STEMI in caso di placche instabili che possono staccarsi e occludere totalmente il vaso interessato.

Il principale trattamento dell'IMA è lo studio angiografico coronarografico con eventuale angioplastica e stent del tratto interessato.

Per quanto riguarda l'area cerebrale si parla di Ictus e TIA (attacco ischemico transitorio).

L'ictus è un danno cerebrale che si verifica quando l'afflusso di sangue diretto al cervello si interrompe improvvisamente per la chiusura o la rottura di un'arteria.

Nel primo caso si parla di infarto cerebrale o "ictus ischemico" che è la forma di più frequente osservazione. Nel secondo caso, invece, si parla di un'emorragia cerebrale o "ictus emorragico"; è la forma più grave, poiché può condurre alla morte in oltre il 50% dei casi. La chiusura o l'ostruzione delle arterie che portano il sangue al cervello si verifica spesso in seguito alla formazione di depositi di grasso a carico delle arterie. Questo processo, che interessa prevalentemente le arterie del collo, denominate carotidi, è favorito dall'azione prolungata dell'ipertensione arteriosa non curata sulle pareti dei vasi. A carico di questi depositi, facilmente individuabili con un ecodoppler, si formano depositi di sangue che possono staccarsi, andare in circolazione e ostruire le arterie. Il risultato finale è una sofferenza delle cellule nervose che non ricevono più i nutrienti e l'ossigeno necessari per la loro sopravvivenza.

Allo stesso risultato conduce anche la rottura di un'arteria cerebrale. Il travaso di sangue che ne consegue isola le cellule nervose che, non potendo più ricevere ossigeno, vanno incontro a sofferenza per asfissia. Il meccanismo che conduce alla rottura di un'arteria è da far risalire all'indurimento delle pareti dei vasi causato dall'azione persistente nel tempo di elevati valori di pressione sanguigna. Le arterie cerebrali perdono di elasticità, in alcuni punti si assottigliano, diventano meno resistenti e si rompono facilmente in seguito a sbalzi di pressione anche minimi.

Le conseguenze di un ictus, sia ischemico, sia emorragico, dipendono dalla parte del cervello che viene danneggiata: dopo un ictus una persona può avere problemi di movimento, per una paralisi degli arti di un lato del corpo, difficoltà di linguaggio o di pensiero. La riabilitazione

può fare molto per il recupero funzionale causato da questi deficit, che tuttavia hanno un impatto significativo sulla qualità della vita. Come è noto, purtroppo, in molti casi l'ictus è mortale o lascia segni gravi per la salute, come la difficoltà nel parlare oppure una paresi. Il 40-90% delle persone che hanno avuto un ictus era ipertesa prima del verificarsi dell'evento acuto.

A volte l'ictus si manifesta senza alcun segno premonitore. Ma spesso il deficit circolatorio al cervello ha già dato qualche fastidio, che magari non è stato riconosciuto. Ciò capita quando si verifica un TIA, o Attacco Ischemico Transitorio. Il TIA è per l'ictus quello che l'angina rappresenta per l'infarto, ovvero un calo temporaneo nell'afflusso di sangue al cervello, sufficiente a determinare qualche sintomo ma non tanto prolungato da indurre la morte dei neuroni. Per cui al termine dell'episodio ischemico, cioè, quando si conclude il deficit di irrorazione, la persona torna perfettamente normale.

1.2 Prevenzione primaria in associazione ai fattori di rischio

L'infarto miocardico e gli ictus possono essere prevenuti astenendosi dal fumare e mantenendo adeguati livelli di pressione sanguigna e un equilibrio favorevole dei lipidi (S Yusuf et al., 1993).

Per quanto riguarda l'infarto del miocardio in particolare i sintomi più frequenti sono: dolore al centro del petto definito retrosternale che si può irradiare a entrambe le braccia, al giugulo o alla mandibola; sensazione di epigastralgia correlata a sudorazione profusa fredda e senso di nausea o vomito (talvolta erroneamente confusi con mal digestione); dolore toracico con sensazione di morte improvvisa.

I fattori di rischio per l'infarto del miocardio sono distinti in: modificabili e non modificabili.

I fattori non modificabili sono:

- Età: il rischio di infarto, come per quasi tutte le patologie cardiovascolari, aumenta con l'avanzare dell'età.
- Sesso: l'infarto è più comune negli uomini rispetto alle donne per le decadi dell'età giovanile e matura. Fino alla menopausa le donne sono aiutate dalla protezione ormonale
- Familiarità: chi presenta nella propria storia familiare casi di malattia cardiovascolare acuta è maggiormente a rischio di infarto, soprattutto se la patologia cardiovascolare del congiunto si è manifestata in età giovanile.

- Diabete: l'eccesso di glucosio nel sangue danneggia le arterie favorendo l'infarto e il danno di organi importanti.

I fattori di rischio modificabili sono:

- Ipertensione arteriosa: può avere varie cause e si verifica quando la pressione arteriosa aumenta nella circolazione sanguigna, condizionando un aumento del lavoro cardiaco che si traduce nel tempo con il progressivo malfunzionamento del cuore e con la comparsa eventuale di scompenso cardiocircolatorio;
- Fumo: il fumo riduce le riserve di ossigeno nel sangue, danneggia le pareti delle arterie, aumenta la frequenza cardiaca e rialza la pressione arteriosa. Smettere di fumare e condurre una vita attiva facendo regolarmente almeno 20-30 minuti di attività fisica al giorno, è il metodo migliore per prevenire i problemi cardiovascolari e per tutelare la propria salute;
- Sedentarietà e obesità: una dieta troppo ricca di calorie e grassi contribuisce ad aumentare il livello di colesterolo LDL nel sangue, rendendo molto più probabili patologie come l'infarto e l'aterosclerosi; la mancanza di attività fisica contribuisce al peggioramento dei processi metabolici;
- Stress: lo stress aumenta la possibilità di fumare, mangiare in maniera errata, aumenta il ritmo cardiaco e la pressione e facilita la produzione di molecole ossidative nei processi metabolici.

Per prevenire i rischi modificabili è possibile attuare una serie di comportamenti definibili come prevenzione primaria.

Viene per tanto raccomandato di:

- Ridurre il proprio peso corporeo fino al raggiungimento di un valore nella norma per età e sesso. La valutazione del peso corporeo viene fatta non solo in assoluto ma soprattutto come indice di massa corporea o BMI. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il valore soglia del BMI nell'adulto è 25 per il sovrappeso e 30 per l'obesità. Il normopeso è indicato da un BMI compreso tra 18,5 e 24,9;
- Smettere di fumare, facendosi aiutare anche da centri specializzati ad assistere pazienti che non sono in grado di sostenere questa decisione da soli;
- Praticare attività fisica regolarmente, con intensità variabile a seconda di età e condizioni generali di salute. È a questo proposito importante discuterne con il proprio medico in merito ad un programma di allenamento adatto alle proprie caratteristiche o condizioni

cliniche. Si deduce che sia l'inattività fisica che il comportamento sedentario sono fattori di rischio cardiovascolare che possono essere modificati con il corretto approccio clinico (Erika Andressa Simões de Melo et al., 2021);

- Evitare cibi grassi, eccessivamente conditi o fritti. Non eccedere con alcool (un bicchiere di vino al pasto al giorno) e dolci. Privilegiare i grassi vegetali e i pasti a base di verdure, fibre, carni magre e pesce.
- Limitare, per quanto possibile, le situazioni che possono essere fonte di stress, specialmente se queste tendono a protrarsi nel tempo.

Per quanto riguarda le patologie cerebrovascolari i fattori di rischio modificabili e non modificabili sono sovrapponibili a quelli per l'infarto miocardico. La società italiana dell'ipertensione arteriosa (SIIA) stima che l'incidenza dell'evento cerebrovascolare aumenta con l'età e a partire dai 55 anni raddoppia per ogni decade. La maggior parte degli ICTUS si verifica dopo i 65 anni.

Le linee guida per la prevenzione primaria dell'ICTUS, dell'American Heart Association (AHA, 2013), citano per punti che:

- gli adulti sani dovrebbero svolgere almeno un'attività fisica aerobica di intensità da moderata vigorosa almeno 40 minuti al giorno da 3 a 4 giorni alla settimana;
- una dieta mediterranea integrata con noci può essere considerata per ridurre il rischio di ictus;
- si raccomanda uno screening regolare della pressione sanguigna e un trattamento appropriato dei pazienti con ipertensione, compresa la modifica dello stile di vita e la terapia farmacologica [...]. Si raccomanda il monitoraggio della pressione sanguigna auto misurato per migliorarne il controllo;
- tra gli individui in soprappeso (indice di massa corporea = 25 a 29 kg/m²) e obesi (indice di massa corporea > 30 kg/m²), la riduzione del peso è raccomandata per abbassare la pressione sanguigna;
- la consulenza in combinazione con la terapia farmacologica con sostituzione della nicotina, bupropione, o vareniclina è raccomandata per tutti i fumatori attivi per aiutare a smettere di fumare. I divieti di fumare in tutti gli spazi pubblici a livello comunitario o statale sono ragionevoli per ridurre il rischio di ictus. (James F. Meschia et al.)

Per andare a modificare i fattori di rischio modificabili è necessario avere le conoscenze necessarie riguardante l'alfabetizzazione sanitaria.

1.3 Conoscenze della popolazione sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari

La scarsa conoscenza e il divario tra il rischio effettivo e la percezione del rischio della popolazione generale impediscono il raggiungimento di migliori risultati di salute. Pertanto, la misurazione della conoscenza CVD di una persona e della percezione del rischio è essenziale per sviluppare un intervento di stile di vita sano e per valutare le attività preventive (Hamid Yimam Hassen et al., 2021). È stato dimostrato che ben il 40% della popolazione generale sottovaluta il rischio di malattie cardiovascolari, il 20% sovrastima il proprio rischio. La falsa rassicurazione può portare all'adozione e/o al mantenimento di comportamenti malsani che contribuiscono all'insorgenza prematura della CVD. Secondo uno studio, una bassa consapevolezza del rischio di CVD è riportata tra gli uomini, i residenti del centro città e le persone con uno status socioeconomico inferiore (Woringer et al.). Le lacune che la popolazione ha in merito alla conoscenza dei fattori di rischio delle malattie cardiovascolari sono ostacoli importanti nella prevenzione e nel trattamento di esse. Una revisione sistematica ha stimato che: una bassa conoscenza delle CVD, dei fattori di rischio e dei sintomi clinici è fortemente associata ai bassi livelli di istruzione e di residenza rurale nella regione. Questi risultati forniscono informazioni utili per implementare interventi mirati alla prevenzione e al controllo delle malattie cardiovascolari e li incoraggiano a incorporare campagne di promozione della salute e sensibilizzazione al fine di migliorare la conoscenza e la consapevolezza delle malattie cardiovascolari nella regione (Daniel Boateng et al.). Inoltre, in uno studio svolto in Kuwait per valutare il livello di conoscenza dei tipi di CVD, dei sintomi premonitori e dei fattori di rischio. Da questo studio è emerso che: quasi il 60% degli intervistati non conosceva alcun tipo di CVD e la malattia coronarica era il tipo più comune identificato (29,0%). La conoscenza degli intervistati sui fattori di rischio CVD era moderata. I fattori più comuni identificati da oltre quattro quinti dei partecipanti erano il fumo, l'obesità, la dieta malsana e l'inattività fisica (Abdelmoneim Awad et al.). Queste carenze conoscitive comportano la non adozione di comportamenti sani e stili di vita preventivi insufficienti e di conseguenza avere risultati non ottimali per i pazienti. Un'ulteriore revisione, dove sono stati riassunti i risultati di quindici studi sulla conoscenza dei segni premonitori dell'ictus e dei fattori di rischio, ha evidenziato che: tra il 20% e il 30% degli intervistati non poteva nominare un

singolo fattore di rischio e tra il 10% e il 60% non poteva nominare un singolo segno di avvertimento di ictus (Marcus B Nicol et al.). In seguito, a questi pazienti è stato fornito un elenco di potenziali segnali di allarme e questo ha migliorato sostanzialmente l'identificazione dei segnali di avvertimento, e con questo possiamo dedurre che se le conoscenze della popolazione fossero maggiori il paziente potrebbe andare a riconoscere più velocemente e con maggior autonomia anche i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari. È stato, inoltre, esaminato usando i dati del 2013 del Behavioral Risk Factor Surveillance System, l'aderenza a cinque comportamenti di stile di vita sano relativi alla gestione dell'ipertensione: avere un peso "normale", non fumare, evitare o limitare l'assunzione di alcol, consumare la quantità raccomandata di frutta e verdura e impegnarsi nella quantità raccomandata di attività fisica. Da questo studio, è emerso che nell'aderenza a cinque comportamenti di stile di vita sano relativi alla gestione dell'ipertensione: avere un peso "normale", non fumare, evitare o limitare l'assunzione di alcol, consumare la quantità raccomandata di frutta e verdura e impegnarsi nella quantità raccomandata di attività fisica (Jing Fang et al., 2013). Un'ulteriore indagine dove si è preso in esame un campionamento casuale stratificato ad Anversa e un campionamento intenzionale a Nottingham ha riportato i seguenti risultati: il punteggio medio della percentuale di conoscenza era di 75,4 ad Anversa e 69,4 a Nottingham, e solo il 36,5% e il 21,1% dei partecipanti, rispettivamente, avevano una buona conoscenza CVD (punteggio dell'80% o superiore) (Hamid Yimam Hassen, et al., 2022).

1.4 Rilevanza problema per la professione

Queste patologie non sono strettamente correlate ai singoli reparti di interesse ma possono insorgere in pazienti ricoverati presso qualsiasi struttura o reparto, da questo ne deriva la forte importanza per la figura infermieristica a 360° di saper gestire questo tipo di pazienti in ogni occasione e con un intervento tempestivo e mirato. L'infermiere, oggi, possiede diverse competenze professionali, che, grazie ad una crescita costante, ha acquisito nel corso degli anni. Infatti, la prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria, insieme all'assistenza dei malati e dei disabili, sono le principali funzioni dell'infermiere (Profilo professionale DM 739/94, 1994) che quindi promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute, anche attraverso l'informazione e l'educazione; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori. Il Codice deontologico cita: l'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della

riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singolo, gruppi e collettività (art.7 Codice deontologico, 2019). Per questo è importante indagare su questi argomenti in quanto l'infermiere è promotore di salute. L'infermiere in prima linea che può andare ad aumentare la promozione della salute è, per esempio, l'infermiere di famiglia. L'infermiere può consigliare l'attuazione stili di vita più salutari e indicare quali sono i fattori comportamentali di rischio, così come assistere le famiglie con problemi riguardanti la salute (M. Giustini et al., 2000). In questo ruolo vediamo l'infermiere meno tecnicista e diventa un educatore e un comunicatore che sa adattare la comunicazione all'età e al livello culturale di chi ha davanti. L'infermiere educa e quindi: insegna ad adottare stili di vita corretti, incoraggiando al riconoscimento dei fattori di rischio e, dove è possibile, pianificare la riduzione e l'abolizione di essi, dare informazioni e spiegazioni su alimenti consigliati e quelli da evitare, sull'attività fisica quotidiana, educa il paziente all'autocontrollo del peso, della pressione arteriosa. L'educazione alla salute di basa su tre fasi: la prima è la valutazione dei bisogni di salute (diagnosi) dove si ricercano le cause e i fattori correlati, si ricorre ai modelli teorici che propongono variabili utili alla comprensione; la seconda fase è definita sviluppo del programma, qui avviene la formulazione degli obiettivi, il ricorso a modelli teorici che influenzano il cambiamento, la traduzione degli obiettivi operativi in strategie e materiali concreti, la realizzazione del programma; il terzo punto riguarda la valutazione degli esiti (Zani & Cicognami, 2000). La valutazione iniziale è il primo punto per affrontare i fattori di rischio; successivamente l'attenzione deve essere rivolta agli obiettivi. L'aderenza del soggetto a carico a comportamenti sani ma soprattutto al mantenimento di questi è il punto cardine. Bisogna andare a lavorare in modo specifico sulla motivazione del paziente nel mantenere uno stile di vita più equilibrato e sano perché sennò si rischia di riscontrare risultati positivi immediati ma poco duraturi nel tempo.

CAPITOLO 2

OBIETTIVO, MATERIALI E METODI

2.1 Descrizione del problema

Emerge che la popolazione manifesta scarse conoscenze sui fattori di rischio ed eventuali comportamenti da adottare per prevenire l'insorgenza delle malattie cardiovascolari. È stato dimostrato che ben il 40% della popolazione generale sottovaluta il rischio di malattie cardiovascolari, il 20% sovrastima il proprio rischio. La falsa rassicurazione può portare all'adozione e/o al mantenimento di comportamenti malsani che contribuiscono all'insorgenza prematura della CVD. Secondo uno studio, una bassa consapevolezza del rischio di CVD è riportata tra gli uomini, i residenti del centro città e le persone con uno status socioeconomico inferiore (Woringer et al., 2017).

2.2 Scopo dello studio e quesiti di ricerca

Lo scopo di questo studio è di valutare la percezione e le conoscenze della popolazione in merito al rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare al fine di attivare interventi mirati a prevenire tale rischio.

Quesiti di ricerca:

- Qual è la conoscenza dei fattori di rischio della popolazione in merito all'infarto o un ictus?
- Qual è il rischio percepito della popolazione di andare incontro a un infarto o ad un ictus?
- Quali sono i benefici e le intenzioni di modificare e adottare stili di vita sani?

2.3 Disegno dello studio

È stato condotto uno studio osservazionale condotto nel mese di settembre presso il poliambulatorio del monoblocco dell'Azienda Ospedale Università di Padova.

2.4 Campionamento

È stato coinvolto un campione di convenienza costituito dai soggetti con un'età maggiore ai 18 anni che accedono al poliambulatorio del monoblocco dell'Azienda Ospedale Università di Padova.

Criteri di esclusione:

- pazienti con alterazione dello stato di coscienza;
- soggetti con uno o più disturbi e/o eventi patologici pregressi correlati a patologie cardiovascolari;
- gravità dello stato di salute non compatibile con le attività d'indagine;
- presenza di barriera linguistica totale.

2.5 Modalità di raccolta dati:

È stato condotto uno studio osservazionale mediante somministrazione di un questionario validato, strutturato ed auto compilato (ABCD Risk questionnaire, Maria Woringer, et al., 2017) composto da 26 domande a risposta multipla auto compilato in formato cartaceo. Inoltre, è stata aggiunta una breve scheda dati generali contenente caratteristiche anagrafiche: sesso, età, titolo di studio e grado di occupazione. La raccolta dei dati è avvenuta presso l'area di attesa dei poliambulatori del plesso Monoblocco dell'Azienda Ospedale Università di Padova è uno spazio con un alto flusso di pazienti con varie patologie comprendendo diverse aree mediche specialistiche quali: chirurgia vascolare, chirurgia plastica, urologia, ambulatorio stomizzati. I dati sono stati raccolti previa approvazione della direzione delle professioni sanitarie e dal coordinatore infermieristico e direttore sanitario dell'unità operativa coinvolta nello studio.

Ai soggetti è stato consegnato un modulo per l'espressione del consenso informato e un foglio informativo sullo studio intrapreso suddiviso nelle seguenti sezioni:

- quali sono gli obiettivi di questo studio?;
- cosa comporta la partecipazione allo studio?;
- quali sono i benefici potenziali ricavati partecipando allo studio?;
- sarà tutelata la riservatezza dei dati personali?;
- possono essere richiesti i risultati della ricerca?;
- chi contattare per ulteriori informazioni?.

Una volta raccolto il consenso si è proceduto con la somministrazione dei questionari.

2.6 Strumento di misura

Nel periodo antecedente lo studio, è stata condotta una revisione di letteratura, per definire gli argomenti da indagare in relazione all'obiettivo finale. Sulla base dei dati disponibili è stato scelto il questionario ABCD Risk questionnaire (Maria Woringer, et al., 2017) in coerenza alle domande di ricerca. Lo strumento ha dimostrato affidabilità e risultati soddisfacenti sulla

conoscenza e la consapevolezza, può quindi essere utilizzato per valutare la consapevolezza dei pazienti sul rischio di CVD tra i partecipanti al NHS Health Check (Maria Woringer, et al.). Lo strumento è composto da 26 domande a risposta multipla ed è così suddiviso in quattro sezioni e da una scheda dati generale:

- sezione A - conoscenza del rischio di malattie cardiovascolari e prevenzione, strutturata da 8 domande (dalla prima all'ottava) con modalità di risposta vero e falso;
- sezione B - rischio percepito d'infarto, strutturata da 8 domande (dalla nona alla sedicesima) con modalità di risposta multipla;
- sezione C - benefici percepiti e intenzione di cambiare il comportamento, strutturata da 5 domande (dalla diciassettesima alla ventunesima) con modalità di risposta multipla;
- sezione D - intenzioni sane, strutturata da 5 domande (dalla ventiduesima alla ventiseiesima) con modalità di risposta multipla,
- caratteristiche anagrafiche: sesso, età, titolo di studio, grado di occupazione, con modalità di risposta multipla.

2.7 Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati raccolti, le domande e le risposte sono state codificate mediante assegnazione di un codice alfanumerico; i valori sono stati inseriti nel database Microsoft Excel. È stata utilizzata la statistica descrittiva: frequenze assolute, media, frequenza relativa delle singole risposte per procedere con l'analisi delle variabili prese in esame riferite a sesso, fascia d'età, scolarità e grado di occupazione dei soggetti intervistati.

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 Rispondenza

Sono stati consegnati 420 questionari, di questi solo 134 (31,9%) sono stati restituiti, corrispondenti quindi ad 1/3 di quelli consegnati all'inizio dello studio. I questionari sono stati compilati sia da soggetti di sesso femminile che maschile con età compresa tra i 21 anni e i 90 anni.

3.2 Caratteristiche socio-demografiche

Il campione è formato da 134 soggetti, di cui 69 (51,5%) di sesso maschile e 65 (48,5%) di sesso femminile. Il range di età varia da un minimo di 21 anni a un massimo di 90 anni con una media di 46,7 anni. Per quanto riguarda la scolarità dei soggetti intervistati, 6 soggetti (4,5%) hanno conseguito la licenza elementare, 22 soggetti che corrispondono al 16,4% hanno il diploma di scuola media inferiore (16,4%), 54 soggetti (40,3%) il diploma di scuola media superiore, 48 possiedono la laurea (35,8%), e infine, 4 soggetti (3%) hanno dichiarato studi superiori alla laurea triennale/magistrale.

Il grado di occupazione del campione studiato è così suddiviso: 6 persone lavorano nell'ambito dei legislatori, imprenditori, alta dirigenza (4,5%); il 13,4% lavorano nell'ambito delle professioni intellettuali, scientifiche, elevata specializzazione corrispondente a 18 soggetti; 16 lavorano nell'ambito delle professioni tecniche (11,9%); 13 soggetti che corrispondono al 9,7% lavorano nell'ambito delle professioni esecutive nel lavoro d'ufficio; 19 lavorano nell'ambito delle professioni qualificate nelle attività commerciali, servizi (14,1%); 9 lavorano nell'ambito degli artigiani, operai specializzati, agricoltori (6,7%); 10 lavorano nell'ambito dei conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili, conducenti di veicoli (7,5%); l'8,2% dichiara di lavorare nell'ambito delle professioni non qualificate (per un totale di 11 soggetti); solo 1 lavora nell'ambito delle forze armate (0,75%); 12 sono pensionati (8,9%); 6 hanno dichiarato di essere studenti (4,5%); 13 hanno dichiarato di occuparsi di altro (9,8%).

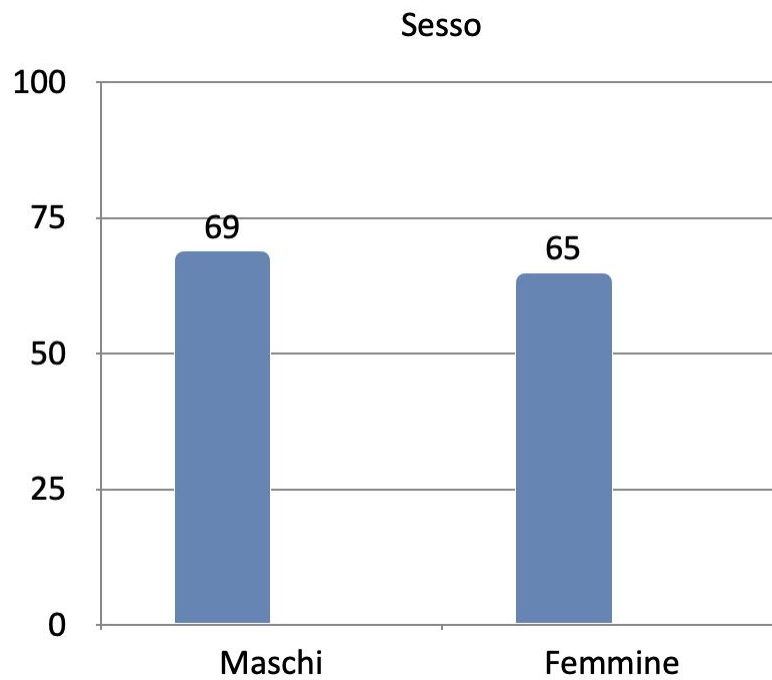


Fig.3.2.1 Distribuzione genere del campione

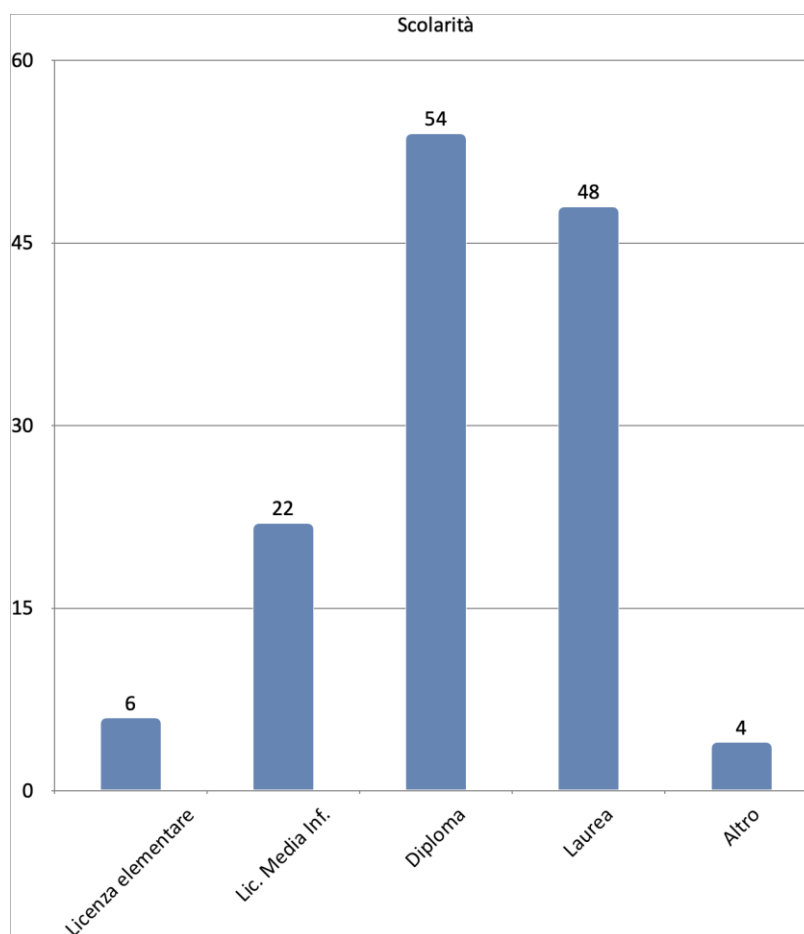


Fig. 3.2.2 Livello di scolarità del campione

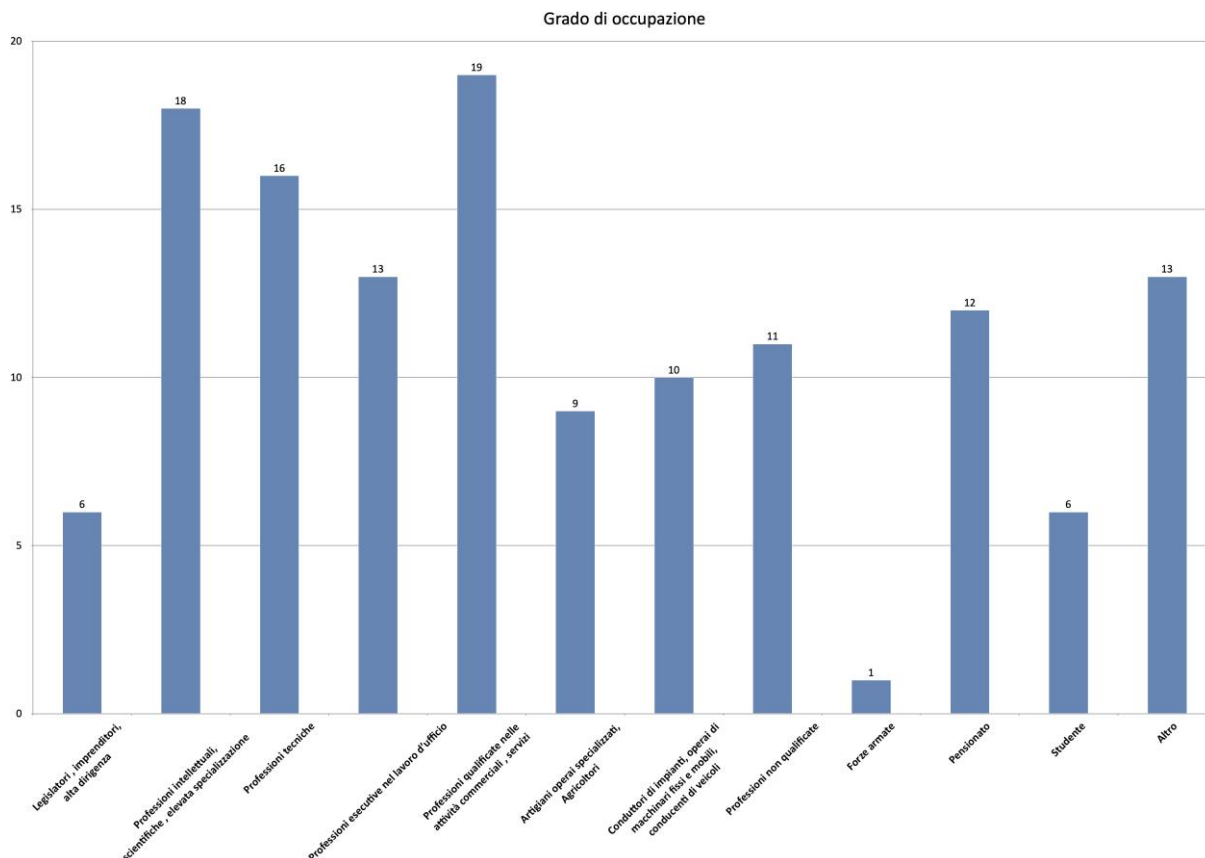


Fig. 3.2.3 Grado di occupazione del campione

3.3 Risultati

Dai risultati ottenuti dai 134 questionari sono emersi i seguenti risultati:

Sezione A - Conoscenza del rischio di malattie cardiovascolari e prevenzione (domande 1-8).

Alla domanda numero 1 “Una delle principali causa dell’infarto e dell’ictus è lo stress?” 97 soggetti intervistati hanno risposto vero (72,4%), mentre i restanti 37 che corrispondono al 27,6% hanno risposto falso.

Alla domanda numero 2 “Camminare e fare giardinaggio sono considerati tipi di esercizio che riducono il rischio di infarto e ictus” 108 soggetti hanno risposto vero (80,6%), mentre 26 hanno risposto falso (19,4%).

Alla domanda numero 3 “Attività di intensità moderata per due ore e mezza a settimana può ridurre la possibilità di avere infarto o ictus?” 114 soggetti hanno risposto vero (82,1%), mentre i restanti 20 che corrispondono al 19,4% hanno risposto falso.

Alla domanda numero 4 “Persone che hanno il diabete hanno un rischio maggiore di avere infarto o ictus?” 89 soggetti hanno risposto vero (66,4%), mentre 45 hanno risposto falso (33,6%).

Alla domanda numero 5 “Controllare i tuoi livelli di stress può aiutare a controllare la tua pressione sanguinea?” l’87,3% hanno risposto vero che corrisponde a 117 soggetti, mentre 17 hanno risposto falso (12,7%).

Alla domanda numero 6 “Bere elevate quantità di alcol può aiutare i tuoi livelli di colesterolo e trigliceridi?” 97 soggetti hanno risposto vero (72,4%), mentre 37 hanno risposto falso (27,6%).

Alla domanda numero 7 ““HDL si riferisce al “colesterolo buono”? LDL si riferisce al “colesterolo cattivo”?” 96 soggetti hanno risposto vero 71,6%, mentre i restanti 38 che corrispondo al 28,4% hanno risposto falso.

Alla domanda numero 8 “Una storia familiare di problemi cardiaci non è un fattore di rischio per la pressione alta?” 34 soggetti che corrispondono al 25,4% hanno risposto vero, mentre 100 hanno risposto falso (74,6%).

Sezione B - rischio percepito d’infarto (domande 9-16).

Alla domanda numero 9 “Sento che avrò un infarto o un ictus nella mia vita?” l’11,9% ha risposto di essere fermamente in disaccordo che corrisponde a 16 soggetti, 38 hanno risposto di essere in disaccordo (28,6%), 43 hanno risposto di essere d’accordo (32%), 15 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (11,2%), mentre i restanti 22 si sono astenuti dal rispondere (16,4%).

Alla domanda numero 10 “È probabile che io possa avere un infarto o un ictus in futuro?” 18 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (13,4%), 35 hanno risposto di essere in disaccordo (26,1%), 52 soggetti che corrispondo al 38,8% hanno risposto di essere d’accordo, 16 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (11,9%), mentre i restanti 13 si sono astenuti dal rispondere (9,7%).

Alla domanda numero 11 “È probabile che avrò un infarto o un ictus durante la mia vita?” 13 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (9,7%), 29 hanno risposto di essere in disaccordo (21,6%), 63 hanno risposto di essere d’accordo (47%), 16 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (11,9%), mentre i restanti 13 si sono astenuti dal rispondere (9,7%).

Alla domanda numero 12 “C’è una buona possibilità di avere un infarto o u ictus nei prossimi 10 anni?” 25 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (18,7%), 50 hanno risposto di essere in disaccordo (37,3%), 35 soggetti che corrispondo al 26,1% hanno dichiarato di essere d’accordo, 7 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (5,2%), mentre i restanti 17 si sono astenuti dal rispondere (12,7%).

Alla domanda numero 13 “Le mie possibilità di avere un infarto o un ictus nei prossimi 10 anni sono alte?” il 22,4% corrispondente a 30 soggetti ha risposto di essere fermamente in disaccordo (22,4%), 52 hanno risposto di essere in disaccordo (38,8%), il 21,6% che corrisponde a 29 soggetti hanno dichiarato di essere d’accordo, 3 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (2,2%), mentre i restanti 20 si sono astenuti dal rispondere (14,9%).

Alla domanda numero 14 “È probabile che avrò un infarto o un ictus a causa dei miei comportamenti passati e/o presenti?” 10 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (7,5%), 44 hanno risposto di essere in disaccordo (32,8%), 53 hanno risposto di essere d’accordo (39,5%), il 7,5% corrispondente a 10 soggetti ha dichiarato di essere fortemente d’accordo, mentre i restanti 17 si sono astenuti dal rispondere (12,7%).

Alla domanda numero 15 “Non sono preoccupato di poter avere un infarto o un ictus” 11 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (8,2%), 48 hanno risposto di essere in disaccordo (35,8%), 43 hanno risposto di essere d’accordo (32%), 20 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (14,9%), mentre i restanti 11 si sono astenuti dal rispondere (8,2%).

Alla domanda numero 16 “Sono preoccupato per la possibilità di avere un infarto o un ictus in un futuro prossimo” il 15,7% dei soggetti ha risposto di essere fermamente d’accordo corrispondente a 21 soggetti, il 30,6% corrispondente a 41 soggetti intervistati ha risposto di essere in disaccordo, 54 hanno risposto di essere d’accordo (40,3%), 7 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (5,2%), mentre i restanti 11 si sono astenuti dal rispondere (8,2%).

Sezione C - benefici percepiti e intenzione di cambiare il comportamento (domande 17-21).

Alla domanda numero 17 “Sto pensando di fare esercizio fisico almeno due ore e mezza a settimana” 8 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (5,9%), 33 hanno risposto di essere in disaccordo (24,6%), 43 hanno risposto di essere d’accordo (32%), 37 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (27,6%), mentre i restanti 13 si sono astenuti dal rispondere (9,7%).

Alla domanda numero 18 “Intendo o voglio fare esercizio almeno due ore e mezza a settimana” 11 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (8,2%), 26 soggetti che corrispondono al 19,4% hanno risposto di essere in disaccordo, 40 hanno risposto di essere d’accordo (29,8%), 44 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (32,8%), mentre i restanti 13 si sono astenuti dal rispondere (9,7%).

Alla domanda numero 19 “Quando faccio esercizio fisico per almeno due ore e mezza alla settimana sto facendo qualcosa di buono per la salute del mio cuore” 6 soggetti che corrispondo

al 4,5 hanno risposto di essere fermamente in disaccordo, 14 hanno risposto di essere in disaccordo (10,4%), il 32,1% corrispondete a 43 soggetti ha risposto di essere d'accordo (32,1%), 60 hanno risposto di essere fortemente d'accordo (44,8%), mentre i restanti 11 si sono astenuti dal rispondere (8,2%).

Alla domanda numero 20 "Sono fiducioso di poter mantenere un peso salutare facendo esercizio per almeno due ore e mezza a settimana entro i prossimi due mesi" 9 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (9,7%), 20 soggetti che corrispondo al 14,9% hanno risposto di essere in disaccordo, 54 hanno risposto di essere d'accordo (40,3%), 37 hanno risposto di essere fortemente d'accordo (27,6%), mentre i restanti 14 si sono astenuti dal rispondere (10,4%).

Alla domanda numero 21 "Non sto pensando di fare esercizio fisico per due ore e mezza alla settimana" 44 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (32,8%), 36 hanno risposto di essere in disaccordo (26,7%), 32 soggetti che corrispondo al 23,9% hanno risposto di essere d'accordo, 12 hanno risposto di essere fortemente d'accordo (8,9%), mentre il restante 7,5% corrispondente a 10 soggetti si è astenuto dal rispondere.

Sezione D - intenzioni sane (domande 22-26).

Alla domanda numero 22 "Quando mangio almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno sto facendo qualcosa di nuovo per la salute del mio cuore" 5 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (3,7%), 19 hanno risposto di essere in disaccordo (14,2%), 63 hanno risposto di essere d'accordo (47%), 38 hanno risposto di essere fortemente d'accordo (28,4%), mentre i restanti 9 si sono astenuti dal rispondere (6,7%).

Alla domanda numero 23 "Aumentando il mio esercizio fisico ad almeno due ore mezza a settimana diminuirà la mia possibilità di avere un infarto o un ictus" 5 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (3,7%), 13 hanno risposto di essere in disaccordo (9,7%), 68 hanno risposto di essere d'accordo (50,7%), 35 soggetti che corrispondono al 26,1% hanno risposto di essere fortemente d'accordo, mentre i restanti 13 si sono astenuti dal rispondere (9,7%).

Alla domanda numero 24 "Sono fiducioso di poter mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno entro i prossimi due mesi" 6 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (4,4%), 37 hanno risposto di essere in disaccordo (27,6%), 51 hanno risposto di essere d'accordo (38%), 21 soggetti che corrispondo al 15,7% hanno risposto di essere fortemente d'accordo, mentre i restanti 19 si sono astenuti dal rispondere (14,1%).

Alla domanda numero 25 “Sto pensando di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno” 9 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (6,7%), 43 hanno risposto di essere in disaccordo (32%), 48 hanno risposto di essere d’accordo (35,8%), 20 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (14,9%), mentre i restanti 14 si sono astenuti dal rispondere (10,4%).

Alla domanda numero 26 “Non sto pensando di mangiare almeno 5 porzioni frutta e verdura al giorno” 32 soggetti hanno risposto di essere fermamente in disaccordo (4,5%), 35 hanno risposto di essere in disaccordo (26,1%), 93 hanno risposto di essere d’accordo (69,4%), 9 hanno risposto di essere fortemente d’accordo (6,7%), mentre il restante 9,7% corrisponde a 13 soggetti si è astenuto dal rispondere.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione

Dall'analisi dei dati è emerso che il 97 soggetti su 134 che hanno partecipato all'intervista (72,3%) è consapevole che una delle principali cause dell'infarto e dell'ictus è lo stress quindi questo dato va a supportare le conoscenze della popolazione in merito allo stress come rischio d'infarto non sono ancora abbastanza. Di questi 97 soggetti, 40 (41,2%) hanno un livello di studio corrispondente al diploma di scuola superiore. Il maggior numero di soggetti, cioè 14,4% dei 97 soggetti che hanno risposto in modo corretto lavora nelle professioni qualificate nelle attività commerciali, servizi. Invece, per ridurre il rischio di infarto e ictus è consigliato, per esempio, andare a camminare e fare giardinaggio e in questo l'80,59% dei soggetti (108 su 134) hanno affermato di esserne consapevoli. In questo caso il numero di risposte dei soggetti di sesso femminile e maschili è pressoché uguali, infatti 53 su 108 (49,08%) erano di sesso maschile maschi e 55 su 108 (50,92%) erano di sesso femminile. Da questo possiamo dedurre che la conoscenza è uniforme tra i due sessi. Invece possiamo trovare una discrepanza più significativa quando prendiamo in considerazione la parte di soggetti che hanno "dichiarato" falso a questa domanda (un totale di 26 soggetti). Di questi 26 soggetti 16 (61,5%) erano maschi e 10 (38,46%) femmine, di conseguenza, possiamo affermare che in rapporto alle femmine il sesso maschile è superiore al 23,07%. Un altro comportamento che può andare a ridurre la possibilità di avere un infarto o un ictus è un'attività di intensità moderata per due ore e mezza alla settimana. Notiamo dai risultati dello studio che ben 114 soggetti su 134, quindi l'85%, ne è consapevole e lo ritiene un comportamento positivo per ridurre tale rischio; questo dimostra che le fonti a disposizione dei soggetti intervistati in merito a questi fattori di rischio sono abbastanza buone, tra la seconda e la terza domanda abbiamo una media del 82,79% di risposta corretta (con una media di 111 soggetti per risposta affermativa). Per quanto riguarda i rischi, 89 soggetti su 134 (66,42%), sono consapevoli che avere il diabete possa andare ad aumentare il rischio di avere un infarto o un ictus. Considerando che il valore è poco più alto rispetto alla metà (superiore al 50% solo di 16,42%) possiamo dedurre che le conoscenze fornite ai pazienti non sono abbastanza sufficienti; quindi, bisognerebbe andare ad ampliarle magari con brochure informative, negli spazi comuni (es. farmacie, ospedali, comuni, scuole, patronati, case di riposo ecc). Per quanto riguarda lo stress in proporzione al controllo alla pressione sanguigna, l'87,3 (117) dei soggetti è consapevole che, diminuire il livello dello stress possa aiutare a

controllare la pressione sanguinea. Il numero di risposte giuste è pressoché unanime tra femmine (44,77%) e maschi (42,53%), quindi le informazioni sono ben distribuite in entrambi i sessi. È interessante notare che il maggior numero di risposte errate, quindi “falso”, sono state scelte da soggetti con il grado di studio di diploma, per la precisione 7 soggetti su 17 con una percentuale del 41,17%. Per quanto riguarda l’assunzione di elevate quantità di alcol, una buona parte dei soggetti 27,62% (37 su 134), non è conscio può aumentare i livelli di colesterolo e trigliceridi. In questo caso il maggior numero di soggetti non consci con una percentuale del 45,94% (17 soggetti su 37) hanno un grado di studio pari alla licenza elementare. Il 72,38% dei soggetti consci di tale possibilità del caso si assumessero elevate quantità di alcol hanno un grado di studio pari al diploma o alla laurea (triennale o magistrale) così divisi: 39,17% (38 soggetti su 97) e 41,23 (40 soggetti su 97). Andando invece a trattare conoscenze magari un po’ più specifiche come il significato di HDL e LDL, 96 soggetti su 134 (71,64%) è consapevole che il “colesterolo buono” è l’HDL mentre il “colesterolo cattivo” è l’LDL. Possiamo quindi concludere che una distinta parte della popolazione presa in esame sa l’effettivo significato di tale terminologia, ma, si dovrebbe in ogni caso fare più informazione sanitaria per andare ad aumentare in modo maggiore la conoscenza del singolo. Riguardante invece la familiarità, il 25,37% dei soggetti (34 su 134) pensa che una storia familiare di problemi cardiaci sia necessariamente un fattore di rischio per la pressione alta. Di questi 34 soggetti ben 20 (58,8%) è di sesso maschile, mentre invece la maggior parte dei soggetti, quindi, 28 su 34 (82,35) hanno il grado di studio pari o inferiore al diploma. La maggior parte degli intervistati dichiara di essere d’accordo sulla possibilità di avere durante la loro vita un infarto o un ictus, per la precisione 52 soggetti su 134 (38,08%), di cui 51,93% (27 soggetti su 52) sono di sesso femminile, invece 48,07 (25 soggetti su 52) sono maschi. Se andiamo ad analizzare il grado di accordo che i soggetti hanno sulla possibilità di avere l’infarto o l’ictus nei prossimi 10 anni notiamo come la percentuale diminuisce, abbiamo infatti un grado di accordo pari a 35 soggetti su 134 (26,11), di cui 48,57% (17 soggetti su 35) sono di sesso femminile, mentre 51,43% (18 soggetti su 35) di sesso maschile. Possiamo quindi notare come poco più di un terzo della popolazione che ha partecipato allo studio sia d’accordo sulla possibilità in un futuro di avere un infarto o un ictus, ma se andiamo a restringere lo spazio temporale, e quindi porli davanti all’eventualità di esserne colpiti nei prossimi anni il grado di accordo scende di 11,97% (pressoché un terzo). Possiamo presupporre che questo cambiamento di opinione possa essere dato per esempio dalla conoscenza dei rischi, dalla prevenzione che il paziente sta mettendo in

atto su sé stesso, dalla conoscenza della storia familiare per quanto riguarda le patologie in interesse e magari anche la speranza che un simile evento si possa presentare il più tardi possibile. Abbiamo comunque una buona percentuale di soggetti, 40,29%, che è effettivamente preoccupata del possibile avvenimento di questa patologia. Per quanto riguarda il mettere in atto azioni di prevenzione primaria come l'assunzione di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, il 35% dei soggetti (48 su 134) sta pensando di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Se prendiamo in esame questo risultato che all'incirca corrisponde a poco più di un terzo della popolazione, fa risultare il possibile scarso interesse dei soggetti nell'andare a migliorare le abitudini quotidiane di prevenzione primaria. Però possiamo notare che 63 soggetti su 134 (47,01%) sono d'accordo di star facendo qualcosa di buono per la salute del loro cuore quando mangiano 5 porzioni frutta e verdura. Purtroppo invece tra risposte di "accordo" e "fortemente d'accordo" ben 55 soggetti su 134 (41,04%) non stanno pensando di aggiungere questa abitudine sana alla loro routine quotidiana. Quindi possiamo dedurre che, se ci fosse l'opportunità di dare maggiori informazioni sui benefici della prevenzione primaria, aumentando anche solo di poco o in modo graduale l'assunzione di frutta e verdura, i pazienti andrebbero a diminuire i fattori di rischio e anche loro si sentirebbero più soddisfatti nel migliorare la propria condizione di salute in prima persona e con gesti di uso quotidiano. Prendendo invece in considerazione l'esercizio fisico per almeno due ore alla settimana come ulteriore prevenzione primaria che va a fare qualcosa di buono per la salute del proprio cuore, tra soggetti che hanno dichiarato di essere "d'accordo" e "fortemente d'accordo" arriviamo a una stima di 76,86% (103 su 134). E se andiamo ad analizzare i valori sempre per la risposta "d'accordo" e "fortemente d'accordo" notiamo che 91 soggetti su 134 (67,91%) sono fiduciosi di poter mantenere un peso salutare facendo esercizio per almeno due ore e mezza a settimana entro i prossimi due mesi. Possiamo quindi trarre da queste due comparazioni su due stili di vita facenti parte sia della prevenzione primaria dell'infarto che dell'ictus che sembra essere più difficile per i pazienti assumere cinque porzioni di frutta e verdura al giorno piuttosto che svolgere attività fisica moderata. Si può presumere che sia più facile mantenere più costante la seconda in quanto l'attività fisica può essere inclusa anche semplicemente nelle faccende domestiche di tutti i giorni come per esempio tagliare l'erba, stendere i panni, lavare i piatti, passare la scopa ecc.

4.2 Limiti dello studio

Il metodo d'indagine è stato di facile attuazione e adatto allo scopo. Inoltre, il questionario utilizzato si è rivelato utile al raggiungimento degli scopi preposti; tale strumento si è dimostrato di facile comprensione garantendo risposte secondo i termini temporali a disposizione. Il campione che ha partecipato allo studio si è rilevato essere minore rispetto alle previsioni; quindi, abbiamo riscontrato un problema riguardante la scarsa numerosità del campione. Questo è dato dal fatto che almeno 2 pazienti su 3 non hanno compilato il questionario. Alcuni pazienti si sono lamentati della lunghezza di esso, e del fatto che non fosse in forma anonima ma nominale. La maggior parte dei pazienti presenti nelle giornate di somministrazione dello studio erano in età avanzata, e una buona parte di loro era molto diffidente dallo svolgere il questionario, soprattutto si è notata una grande diffidenza da parte del sesso femminile. I pazienti di età inferiore ai 30 invece sono stati molto disponibili nello svolgere il questionario. Un'altra problematica riscontrata era la presenza anche degli accompagnatori in sala d'aspetto assieme ai pazienti che, magari per paura di non essere abbastanza attenti al numero di entrata negli ambulatori, non volevano che i loro cari fossero distratti dalla compilazione che, in alcuni casi sarebbe rimasta incompleta e quindi non consona allo studio. Il tempo disponibile per la raccolta dati è stato sufficiente anche se un periodo maggiore avrebbe portato ad avere un campione più significativo.

4.3 Raccomandazioni per la ricerca futura

Dopo aver constatato i limiti di questo studio, è giusto proporre un'ulteriore analisi, ma con le dovute correzioni. Un primo obiettivo è l'inclusione di un campione più numeroso e che comprenda più soggetti e selezionato nei luoghi di aggregazione o anche a livello territoriale. Sarebbe interessante andare ad analizzare meglio alcune variabili anche demografiche oltre che lavorative e scolari, in quanto dagli articoli utilizzati per un'iniziale revisione del problema si era notato che le aree rurali erano maggiormente colpite dalla poca alfabetizzazione sanitaria. Si dovrebbe andare ad indagare in modo maggiore il livello di motivazione dei pazienti nel cambiare lo stile di vita e mantenerlo protratto nel tempo. In relazione ad alcune variabili quali per esempio il nucleo familiare e il rapporto presente tra i vari componenti della famiglia, che può aiutare in modo importante una persona a mantenere uno stile di vita più sano ed equilibrato. Ulteriori variabili che si potrebbero andare a studiare per quanto riguarda lo stile di vita potrebbero essere: fumo e indice di massa corporea.

4.4 Implicazioni per la pratica

I risultati dello studio hanno permesso di rilevare e valutare le conoscenze in merito ai fattori di rischio ed eventuali atteggiamenti per migliorare in positivo lo stile di vita risulta ancora poco conosciuto nei pazienti con patologie cardiovascolari, ottenendo risultati abbastanza buoni riguardanti le conoscenze dei fattori di rischio. I risultati ottenuti dal campionamento portano ad affermare che la popolazione non ha una buona conoscenza dei rischi connessi alle patologie prese in esame, ma che ci sono ottime intenzioni nel migliorare il proprio stile di vita mediante azioni quotidiane quali: mangiare cinque porzioni di frutta o verdura al giorno oppure camminare e/o fare esercizio fisico almeno due ore e mezza alla settimana. Allo stesso tempo la popolazione presa in esame non è sicura di riuscire a mantenere uno stile di vita sano che si vada a protrarre nel tempo senza ricadere nelle vecchie abitudini. Dunque, fornendo maggiori informazioni ai pazienti sui benefici della prevenzione primaria si potrebbe andare a diminuire i fattori di rischio modificabili. Si potrebbero proporre i seguenti progetti: l'attivazione e la nascita di associazioni composte da infermieri formati per fare educazione sanitaria; l'aumento di fondi per la ricerca e la stampa degli opuscoli informativi, per poi procedere con la divulgazione degli stessi, coinvolgendo anche i medici di base. Una proposta è quella di attivare dei veri e propri corsi all'interno della scuola primaria e secondaria, condotti da personale infermieristico specializzato sull'educazione alla salute per un primo passo verso la riduzione della mortalità e la conoscenza della patologia infartuale. Data la necessità di aumentare le conoscenze anche nelle prime fasi di vita, si potrebbe procedere con l'attuazione di progetti di prevenzione primaria da parte di professioni sanitarie formate, come l'infermiere, soprattutto all'interno delle strutture scolastiche per diffondere stili di vita sani. A tal fine, vengono identificate quattro sfide per l'implementazione affidabile e su larga scala di un'efficace educazione sanitaria scolastica: (1) stabilire l'educazione alla salute scolastica come una priorità sociale e culturale innegabile attraverso una migliore difesa; (2) rafforzare le capacità delle istituzioni educative di fornire in modo affidabile un'istruzione sanitaria su larga scala, di alta qualità e basata sulla scuola; (3) coordinare in modo collaborativo gli sforzi delle organizzazioni governative e non governative che promuovono la salute che generano una leadership di pensiero per l'educazione sanitaria scolastica; e (4) creare capacità di ricerca multidisciplinari per risolvere i problemi associati all'attuazione di un'istruzione sanitaria scolastica affidabile, su larga scala ed efficace (Michael J Mann et al., 2019). Inoltre, uno studio di revisione ha presentato prove che suggeriscono che i massicci corsi online aperti (MOOC) possono essere

utilizzati come un modo per fornire un'educazione medica continua. Mostra anche il potenziale dei massicci corsi online aperti (MOOC) come mezzo per aumentare l'alfabetizzazione sanitaria tra il pubblico (Liyaganawardena TR et al., 2014).

4.5 Conclusioni

L'indagine ha permesso di rilevare e valutare il grado di conoscenza della popolazione rispetto agli scopi preposti, e i risultati del campionamento portano alle seguenti conclusioni:

- Le conoscenze generali dei pazienti sui rischi annessi e rischi percepiti delle patologie prese in esame non sono ancora sufficienti, ma si potrebbero andare ad intensificare aumentando la divulgazione scientifica sulla prevenzione primaria in luoghi di comune interesse a tutti i cittadini come: ospedali, farmacie, biblioteche, comuni, case di riposo, scuole ecc.
- La popolazione campionata riferisce di essere abbastanza propensa a migliorare le abitudini quotidiane ma non tutti sono d'accordo nel riuscire e a mantenere questo stile di vita per un periodo di tempo abbastanza lungo, e quindi di essere costanti nel tempo.

Risulta necessario che venga intensificato il grado di conoscenza sulle patologie cardiovascolari sin dalle prime fasi di età in modo tale che sin da subito possano essere riconosciuti i segni e i sintomi dell'infarto e dell'ictus e i rischi che possono portare ad una loro comparsa. Gli obiettivi possono essere raggiunti sia aumentando il livello di priorità attribuito alla prevenzione nell'ambito mondiale, nazionale e regionale, sia aumentando le campagne di sensibilizzazione e riduzione di fattori di rischio modificabili delle malattie non trasmissibili, sia attraverso la creazione di ambienti favorevoli alla salute. Questo è possibile attraverso la promozione e l'appoggio di iniziative di ricerca mirate sul territorio. La figura dell'infermiere è di fondamentale importanza per fare educazione alla salute, in quanto riconosce la salute come bene fondamentale della persona e della collettività impegnandosi a tutelarla con attività di prevenzione (Codice Deontologico Art.7, 2019). Pertanto, si auspica che vengano intensificati corsi di formazione per la prevenzione primaria dedicati agli infermieri, cosicché possano essere messi in atto progetti informativi ed educativi rivolti all'intera popolazione.

Si è rilevato quindi che i risultati ottenuti sono lineari con la revisione di letteratura svolta prima di iniziare a somministrare il questionario.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Cardiovascular diseases (CVDs) Disponibile su: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- (2) Redazione. CardioInfo. 2019, Linee guida ACC/AHA 2019 per la prevenzione delle malattie cardiovascolari di natura aterosclerotica. Disponibile su: <https://cardioinfo.it/congresso/acc/2019/linee-guida-acc-aha-2019-per-la-prevenzione-primaria-delle-malattie-cardiovascolari/>
- (3) ISTAT, *Cause di morte in Italia*, Anno 2020
- (4) Marchini Elena, ARS Agenzia Regionale di Sanità Toscana, L'indice di massa corporea. Disponibile su: <https://www.ars.toscana.it/aree-dintervento/determinanti-di-salute/428-alimentazione-attivita-fisica-e-peso-corporeo/peso-corporeo/approfondimenti/1078-lindice-di-massa-corporea.html>
- (5) Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels SR, Fonarow GC, Fortmann SP, Franklin BA, Galloway JM, Goff DC Jr, Heath GW, Frank AT, Kris-Etherton PM, Labarthe DR, Murabito JM, Sacco RL, Sasson C, Turner MB; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation*. 2013 Apr 23;127(16):1730-53. doi: 10.1161/CIR.0b013e31828f8a94. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23519758.
- (6) Ictus: i numeri in Italia, SIIA, Disponibile su: <https://siiia.it/per-il-pubblico/lietus/ictus-i-numeri-in-italia/>
- (7) Comitato centrale FNOPI, *Codice Deontologico degli infermieri*, 2019, articolo 7

- (8) Woringer M, Nielsen JJ, Zibarras L, Evason J, Kassianos AP, Harris M, Majeed A, Soljak M. Development of a questionnaire to evaluate patients' awareness of cardiovascular disease risk in England's National Health Service Health Check preventive cardiovascular programme. *BMJ Open*. 2017 Sep 25;7(9):e014413. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014413. PMID: 28947435; PMCID: PMC5623403.
- (9) Nutbeam D. From health education to digital health literacy - building on the past to shape the future. *Glob Health Promot*. 2021 Dec;28(4):51-55. doi: 10.1177/17579759211044079. Epub 2021 Oct 31. PMID: 34719292.
- (10) Melo EAS, Ferreira LES, Cavalcanti RJF, Botelho Filho CAL, Lopes MR, Barbosa RHA. Nuances between sedentary behavior and physical inactivity: cardiometabolic effects and cardiovascular risk. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2021 Feb;67(2):335-343. doi: 10.1590/1806-9282.67.02.20200746. PMID: 34406261.
- (11) Liyanagunawardena TR, Williams SA. Massive open online courses on health and medicine: review. *J Med Internet Res*. 2014 Aug 14;16(8):e191. doi: 10.2196/jmir.3439. PMID: 25123952; PMCID: PMC4155756.
- (12) Yusuf S, Lessem J, Jha P, Lonn E. Primary and secondary prevention of myocardial infarction and strokes: an update of randomly allocated, controlled trials. *J Hypertens Suppl*. 1993 Jun;11(4):S61-73. PMID: 8104243.
- (13) Mann MJ, Lohrmann DK. Affrontare le sfide per l'implementazione affidabile e su larga scala di un'efficace educazione sanitaria scolastica. *Promozione della salute*. 2019 Nov;20(6):834-844. doi: 10.1177/1524839919870196. Epub 2019 29 agosto. Erratum in: *Health Promot Pract*. 2019 Nov;20(6):NP3-NP4. PMID: 31465243; PMCID: PMC6823918.
- (14) M. Giustini, V. Romeo, J. Sansoni, L'INFERMIERE DI FAMIGLIA, Contesto, struttura concettuale e curriculum, 27 gennaio 2000

(15) DM 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

(16) Boateng D, Wekesah F, Browne JL, Agyemang C, Agyei-Baffour P, Aikins AD, Smit HA, Grobbee DE, Klipstein-Grobusch K. Conoscenza, consapevolezza e percezione del rischio di malattie cardiovascolari nell'Africa sub-sahariana: una revisione sistematica. *PLoS Uno*. 2017 dic 12;12(12):e0189264. doi: 10.1371/journal.pone.0189264. PMID: 29232703; PMCID: PMC5726714.

(17) Awad A, Al-Nafisi H. Conoscenza pubblica delle malattie cardiovascolari e dei suoi fattori di rischio in Kuwait: un'indagine trasversale. *BMC Public Health*. 2014 Nov 4; 14:1131. doi: 10.1186/1471-2458-14-1131. PMID: 25367768; PMCID: PMC4237772.

(18) Zani, B., & Cicognami, E. (2000). *Psicologia della salute*. Il Mulino.

(19) Hassen, H.Y., Aerts, N., Demarest, S. et al. Convalida del questionario ABCD tradotto olandese-fiammingo per misurare la conoscenza delle malattie cardiovascolari e la percezione del rischio tra gli adulti. *Sci Rep* 11, 8952 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-88456-5>

(20) Fang J, Moore L, Loustalot F, Yang Q, Ayala C. Segnalazione dell'aderenza a comportamenti di stile di vita sano tra gli adulti ipertesi nei 50 stati e nel Distretto di Columbia, 2013. *J Am Soc Ipertensione*. 2016 Mar;10(3):252-262.e3. doi: 10.1016/j.jash.2016.01.008. Epub 2016 11 gennaio. PMID: 26851000; PMCID: PMC4992982.

(21) Hassen, H.Y., Bowyer, M., Gibson, L. *et al*. Livello di conoscenza delle malattie cardiovascolari, percezione del rischio e intenzione verso uno stile di vita sano e disparità socioeconomiche tra gli adulti nelle comunità vulnerabili del Belgio e dell'Inghilterra. *BMC Public Health* 22, 197 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12608-z>

ALLEGATI

Allegato n.1:

ABCD Rick questionnaire

(Maria Woringer, et al., 2017)

Gentili Sig.re/ra

Sono Irina Ungureanu, studentessa laureanda in infermieristica dell'Università degli studi di Padova. Vi chiedo gentilmente la vostra collaborazione nel rispondere a queste brevi domande nell'apposito spazio a fianco della domanda se l'affermazione è corretta o errata oppure il grado di accordo o disaccordo verso alcune affermazioni.

Ci vorranno solo 10 minuti, grazie per la collaborazione.

Domande	Punteggio
1. Una delle principali cause dell'infarto e dell'ictus è lo stress?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
2. Camminare e fare giardinaggio sono considerati tipi di esercizio che riducono il rischio di infarto e ictus?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
3. Attività di intensità moderata per due ore e mezza a settimana può ridurre la possibilità di avere infarto o ictus?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
4. Persone che hanno il diabete hanno un rischio maggiore di avere infarto o ictus?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
5. Controllare i tuoi livelli di stress può aiutare a controllare la tua pressione sanguigna?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
6. Bere elevate quantità di alcol può aumentare i tuoi livelli di colesterolo e trigliceridi?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
7. HDL si riferisce al "colesterolo buono"? E LDL si riferisce al "colesterolo cattivo"?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso

8. Una storia famigliare di problemi cardiaci non è un fattore di rischio per la pressione alta?	<input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso
9. Sento che avrò un infarto o un ictus nella mia vita?	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo <input type="radio"/> 0 N/A
10. È probabile che io possa avere un infarto o un ictus in futuro?	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo <input type="radio"/> 0 N/A
11. È probabile che avrò un infarto o un ictus durante la mia vita	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo <input type="radio"/> 0 N/A
12. C'è una buona possibilità che io abbia un infarto o un ictus nei prossimi 10 anni	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo <input type="radio"/> 0 N/A
13. Le mie possibilità di avere un infarto o un ictus nei prossimi 10 anni sono alte	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo <input type="radio"/> 0 N/A
14. È probabile che avrò un infarto o un ictus a causa dei miei comportamenti passati e/o presenti?	<input type="radio"/> 1 Fermamente in disaccordo <input type="radio"/> 2 Disaccordo <input type="radio"/> 3 D'accordo <input type="radio"/> 4 Fortemente d'accordo

	0 N/A
15. Non sono preoccupato di poter avere un'infarto o un'ictus	Codice inverso <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
16. Sono preoccupato per la possibilità di avere un infarto o un ictus in un futuro prossimo.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
17. Sto pensando di fare esercizio almeno due ore e mezza a settimana.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
18. Intendo o voglio fare esercizio almeno due ore e mezza a settimana.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
19. Quando faccio esercizio per almeno due ore e mezza alla settimana sto facendo qualcosa di buono per la salute del mio cuore.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
20. Sono fiducioso di poter mantenere un peso salutare facendo esercizio per almeno due ore e mezza a settimana entro i prossimi due mesi.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A

<p>21. Non sto pensando di fare esercizio fisico per due ore e mezza alla settimana.</p>	<p>Codice inverso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
<p>22. Quando mangio almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno sto facendo qualcosa di nuovo per la salute del mio cuore</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
<p>23. Aumentando il mio esercizio fisico ad almeno due ore e mezza a settimana diminuirà la mia possibilità di avere un infarto o un ictus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
<p>24. Sono fiducioso di poter mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno entro i prossimi due mesi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
<p>25. Sto pensando di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A
<p>26. Non sto pensando di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 Fermamente in disaccordo ○ 2 Disaccordo ○ 3 D'accordo ○ 4 Fortemente d'accordo ○ 0 N/A

Allegato n.2:

Consenso informato

Foglio informativo e modulo di consenso informato

Prevenzione e percezione del rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare

Gentile Sig.re/ra,

Proponiamo a voi di partecipare ad uno studio in qualità di elaborato di tesi di laurea in infermieristica promosso dall'Università di Padova, che si propone di valutare la percezione e le conoscenze del rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare e l'intenzione di modificare i comportamenti a rischio.

Nel caso acconsentiste a partecipare, vi verrà chiesto di firmare il Modulo per l'espressione del consenso informato alla partecipazione allo studio e il modulo di consenso al trattamento dei dati personali.

Vi ricordiamo che, anche se accetterete di partecipare, potrete comunque ritirare il vostro consenso in ogni momento, senza dover fornire alcuna motivazione e senza subire alcun tipo di penalizzazione.

Che cosa si propone questo studio?

Le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie cui fanno parte le malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari, come l'ictus ischemico ed emorragico. Rappresentano le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità in Italia. Con questo studio andremo a valutare la percezione e le conoscenze del rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare e l'intenzione di modificare i comportamenti a rischio.

Cosa comporta la vostra partecipazione allo studio?

La vostra partecipazione allo studio comporta la compilazione in forma anonima di un breve questionario validato di 26 domande (ABCD risk questionnaire, Maria Woringer, et al., 2017) a risposta multipla auto compilato in formato cartaceo, composto da quattro sezioni: conoscenza del rischio di malattie cardiovascolari e prevenzione, rischio percepito di infarto, benefici percepiti e intenzione di cambiare comportamento e intenzioni sane.

Quali sono i benefici che voi ricevere partecipando allo studio?

Dalla partecipazione a questo studio non sono previsti benefici immediati diretti e personali, ma la partecipazione potrà fornire un importante contributo alla ricerca per un futuro miglioramento nella gestione dei pazienti con rischio cardiovascolare.

Sarà tutelata la riservatezza dei dati personali?

In accordo con le norme di buona pratica clinica e con il GDPR 2016/679 (e successive modifiche e/o integrazioni) sarà garantita la riservatezza dei vostri dati personali così come descritto nel modulo “Informativa e consenso al trattamento dei dati personali”, che le sarà chiesto di firmare.

Possono essere richiesti i risultati della ricerca?

I dati possono essere richiesti alla fine dello studio ai referenti sottoindicati

Chi posso contattare per ulteriori informazioni?

RELATORE Prof.ssa. Andriago Margherita, e-mail: margherita.andriago@unipd.it

STUDENTE CORSO DI LAUREA IN Infermieristica

COGNOME Ungureanu NOME Irina email: irina.ungureanu@studenti.unipd.it

MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione allo studio.

Prevenzione e percezione del rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare

Secondo quanto riportato nel foglio informativo qui allegato, copia del quale mi è stata consegnata in data _____,

dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.

Comprendo inoltre che riceverò una copia di questo documento, firmato e datato.

PAZIENTE:

Nome e cognome: _____

Firma: _____

REFERENTI DELLO STUDIO

Io sottoscritto dichiaro di aver spiegato lo studio in modo completo al partecipante e certifico che, al meglio delle mie conoscenze, hanno compreso la natura e le richieste correlate alla partecipazione a questo studio

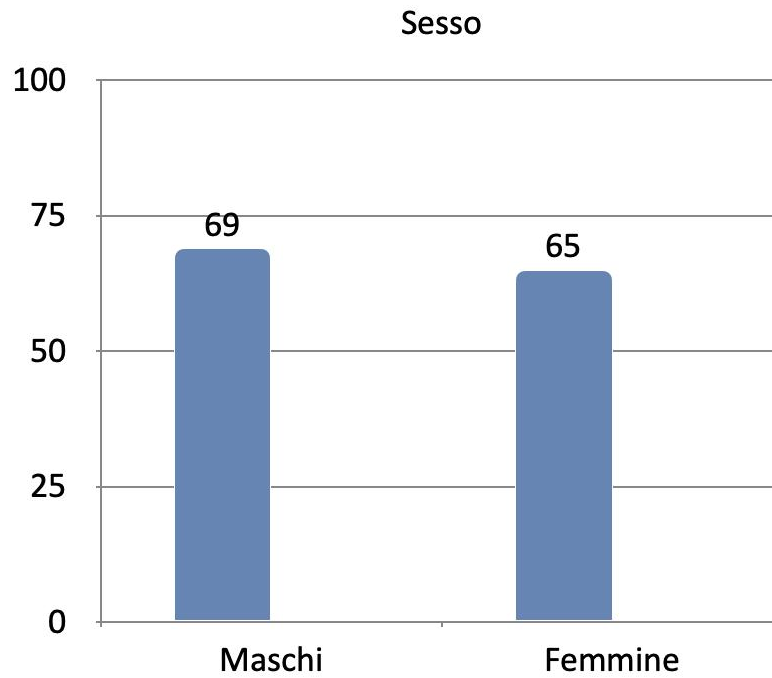
Nome e cognome:

Data: _____

Firma: _____

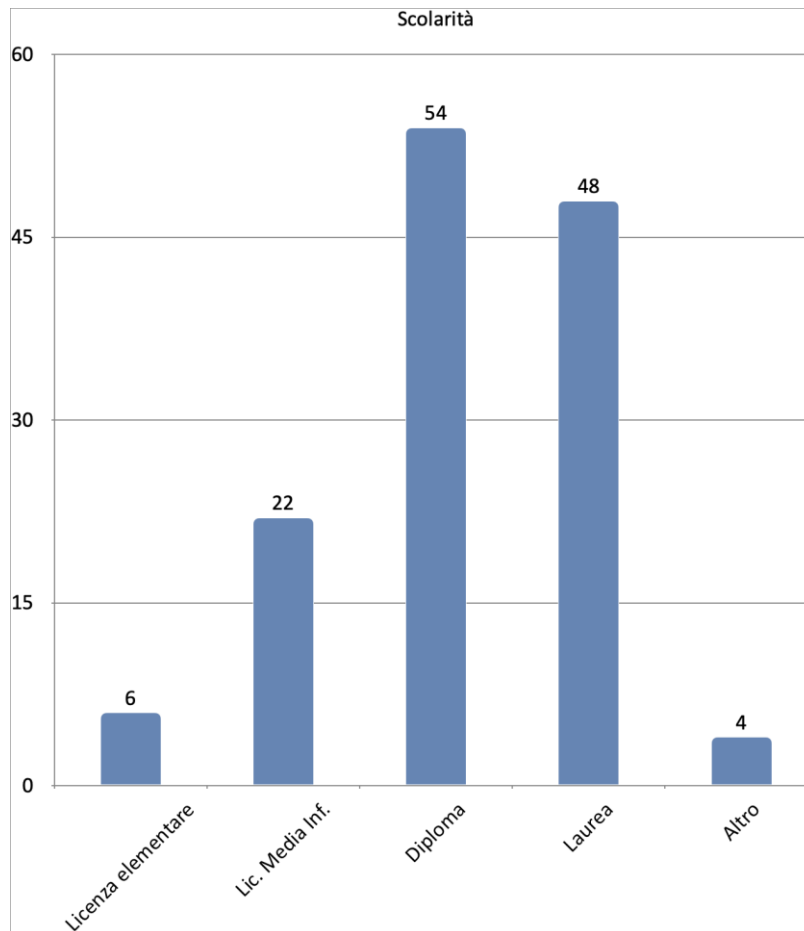
GRAFICI

Sesso

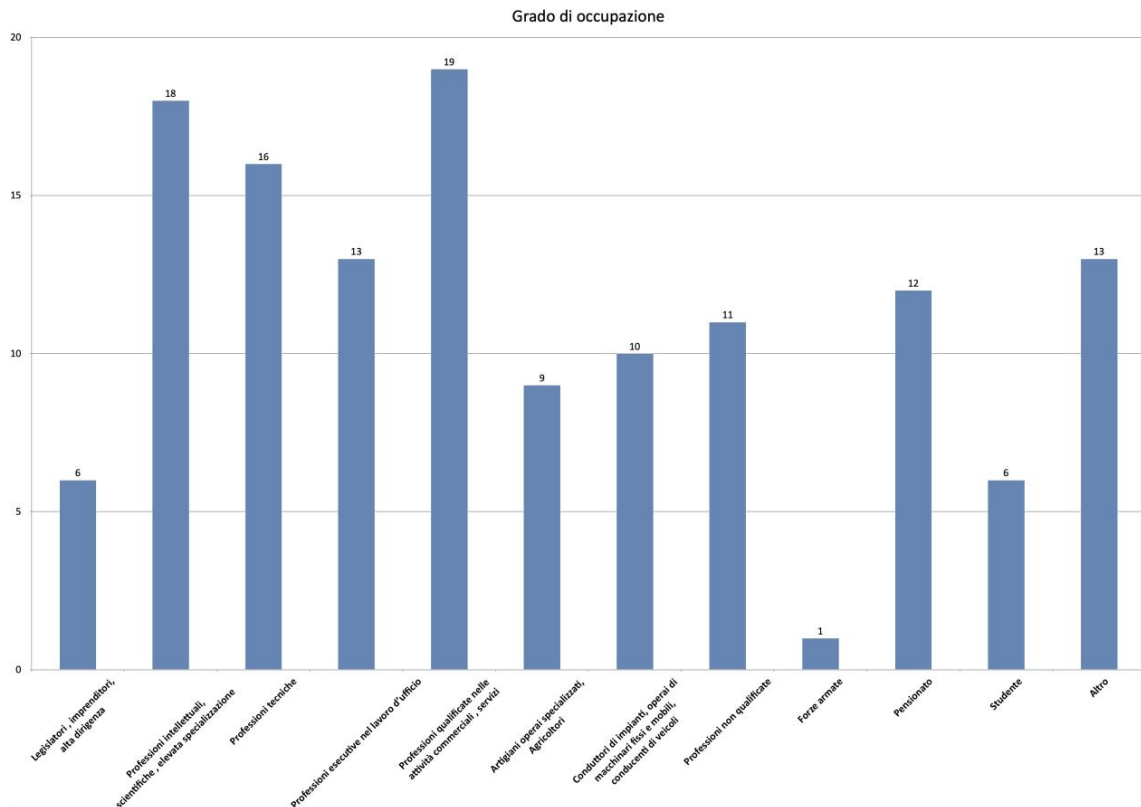


Distribuzione per genere del campione

Scolarità



Distribuzione scolarità del campione



Distribuzione livello di occupazione del campione