



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**I FATTORI CHE INFLUENZANO A PARTECIPARE IN
MANIERA RIDOTTA O A RINUNCIARE AD UN
PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
NELL'ULSS N.8 DI ASOLO**

Relatore: Prof. Marta Drusian

Correlatore: Dott. Eugenio Toniato

Laureando: Guido Maria Martignago

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**I FATTORI CHE INFLUENZANO A PARTECIPARE IN
MANIERA RIDOTTA O A RINUNCIARE AD UN
PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
NELL'ULSS N.8 DI ASOLO**

Relatore: Prof. Marta Drusian

Correlatore: Dott. Eugenio Toniato

Laureando: Guido Maria Martignago

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO	3
1.1 Rilevanza del problema e contesto di riferimento	3
1.2 I fattori di rischio	4
1.3 Gli interventi	5
1.4 La riabilitazione cardiologica	7
1.5 Aderenza	12
2. SCOPO DELLO STUDIO, MATERIALI E METODO	15
2.1 Scopo dello studio	15
2.2 Materiali e Metodi	15
3. RISULTATI	19
3.1 Descrizione del campione e analisi dei dati	19
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	23
5. BIBLIOGRAFIA	29
ALLEGATI	33

ABSTRACT

Problema. Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di morte e una delle principali cause di disabilità. Programmi di riabilitazione cardiologica e prevenzione secondaria possono prevenire le malattie cardiache nella popolazione ad alto rischio.

Tuttavia, una percentuale importante di pazienti a cui questi programmi sono rivolti, non partecipa o diminuisce la frequenza. Sebbene l'età, il sesso e i motivi sociali siano predittori comuni di partecipazione, la complessa gamma di fattori e processi che influenzano l'aderenza deve essere meglio compresa.

Obiettivo. L'obiettivo della ricerca è quello di trovare quali siano le cause e i fattori che portano a diminuire o a rinunciare al percorso di cardiologia riabilitativa; capire in che proporzioni i vari dati riscontrati influenzano la popolazione presa in esame e confrontare i dati raccolti.

Materiali e metodi. Sono stati prodotti due questionari prendendo in esame i dati rilevati da una precedente ricerca bibliografica, che sono stati somministrati ad alcuni pazienti del programma di Riabilitazione Cardiologica (RC) del Presidio ospedaliero di Montebelluna (Ulss n. 8). Un questionario proposto ai pazienti che hanno deciso di intraprendere in maniera parziale il percorso di RC. Un altro ai pazienti che non hanno voluto parteciparvi.

Risultati e conclusioni. Barriere e facilitatori, personali e contestuali, influenzano costantemente le decisioni dei pazienti a partecipare o meno ai percorsi di riabilitazione suggeriti. I principali fattori personali che influenzano la partecipazione sono la conoscenza dei pazienti sui servizi, l'identità del paziente, la percezione della malattia cardiaca visualizzata come intrinsecamente incontrollabile e sulla quale qualsiasi tentativo di gestirne il rischio sia inutile e come il frequentare la riabilitazione cardiologica tolga tempo ad altre attività ritenute più importanti dal paziente. Altri fattori che hanno influenzato la partecipazione del paziente al programma riabilitativo sono l'appoggio della famiglia e del medico di medicina generale, la difficoltà nel trasporto, lo stile di vita e comorbilità.

La decisione di partecipare ai programmi riabilitativi sono influenzati più da fattori sociali che dalla consulenza professionale sanitaria erogata. Interventi per aumentare la partecipazione dovrebbero coinvolgere i pazienti e le loro famiglie.

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro nasce da un mio interesse sviluppato in seguito a vicende personali che mi hanno portato ad avvicinarmi alla Riabilitazione Cardiologica del Presidio Ospedaliero di Montebelluna, le quali mi hanno permesso di comprendere quale importante lavoro sia svolto dall'equipe di questa Unità Operativa non solo per il paziente ma anche per la famiglia che gli è accanto.

La riabilitazione cardiologica svolge un ruolo importante nella cura e nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, grazie agli interventi volti a migliorare sia l'aderenza terapeutica che gli stili di vita. Quest'opera non può essere svolta appieno durante il solo periodo di ricovero ospedaliero, ma va effettuata anche una volta che il paziente è stato dimesso, così da permettere al paziente, ripresosi dallo stress dovuto alla malattia, di assimilare al meglio le informazioni fornite dal personale sanitario. Il lavoro svolto si propone di identificare quali siano i fattori che influenzano l'aderenza ai programmi di Riabilitazione Cardiologica e capire in che proporzioni questi fattori sono rilevanti all'interno dell'U.O. di Cardiologia Riabilitativa dell'Azienda Ulss n. 8, il cui percorso riabilitativo viene consigliato ai pazienti che, dopo valutazione medica, ne potrebbero beneficiare. Nella prima parte della tesi è stata effettuata una revisione bibliografica, prendendo in esame le evidenze in letteratura riguardo l'argomento, tramite database e siti di ricerca internet. Dalla ricerca effettuata sono risultati particolarmente significativi nella decisione a partecipare alcuni ambiti quali quello motivazionale, sociale, familiare ed economico. Sono state successivamente ideate le domande basate sulle evidenze rilevate per la creazione di due diversi questionari entrambi sviluppati con lo scopo di mettere in evidenza i fattori che condizionano l'adesione alla riabilitazione cardiologica.

In letteratura diversi studi hanno riscontrato che molti pazienti a cui viene indicato un percorso di riabilitazione cardiologica non seguono il regime riabilitativo a loro proposto, scegliendo di intraprenderlo in maniera ridotta od astenendosi del tutto.

Un questionario è stato rivolto ai pazienti che hanno intrapreso il percorso riabilitativo in maniera ridotta, dal febbraio 2014 al febbraio 2015 (Allegato 1), e l'altro ai pazienti che hanno rinunciato ad aderire al percorso di Riabilitazione Cardiologica, dal maggio 2013 al

maggio 2015 (Allegato 2), presso l'Unità Operative di Riabilitazione Cardiologica dell'Azienda Ulss n. 8, nel presidio ospedaliero di Montebelluna.

Lo studio si è svolto nei mesi di luglio-settembre 2015. I pazienti precedentemente individuati, che sono risultati eleggibili in uno dei due campioni, sono stati contattati telefonicamente e hanno risposto alle domande, che sono state successivamente analizzate per estrarre i dati e delineare i fattori che influiscono nell'aderenza alla Riabilitazione Cardiologica e in che proporzione sono rilevanti.

Il percorso è stato sviluppato nelle seguenti fasi:

- a) ricerca in letteratura sull'importanza della riabilitazione cardiologica e sull'aderenza dei pazienti ai percorsi proposti;
- b) ideazione di un questionario per i pazienti che hanno ridotto il percorso di RC e di uno per coloro che non hanno partecipato, sviluppati entrambi partendo dalle evidenze riscontrate nella ricerca bibliografica;
- c) individuazione dei pazienti eleggibili nei 2 campioni;
- d) somministrazione dei questionari ai pazienti al fine di individuare quali fattori hanno influenzato l'aderenza;
- e) analisi dei dati raccolti per determinare quali fattori siano più o meno incidenti nella scelta del paziente di rinunciare o ridurre il percorso di RC.

1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

1.1 Rilevanza del problema e contesto di riferimento

Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di morte nel mondo e rientrano tra le cause più frequenti di disabilità. La loro elevata e crescente prevalenza incide, anche in Italia, sulla salute pubblica e sulle risorse umane e materiali utilizzate, assorbendo una quantità tale di risorse economiche-sanitarie da farne la principale fonte di spesa sanitaria del nostro Paese¹. In Europa si calcola che la spesa totale delle malattie cardiovascolari si aggiri sui 196 miliardi di euro l'anno². Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità; rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris). Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica. Tra le malattie ischemiche del cuore quali infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica, si registrano 75.046 decessi (37.827 uomini e 37.219 donne), pari al 33% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio³. In numerosi Paesi sono state realizzate accurate indagini statistiche per avere un quadro dell'incidenza del fenomeno dell'infarto miocardico acuto. In Polonia, ad esempio, più di centomila pazienti, circa tre persone su mille, sono colti da IMA ogni anno. Il 25%-55% di questi muore nel periodo precedente il ricovero, il 7%-15% durante l'ospedalizzazione e il 5%-10% nei dodici mesi successivi⁴. In Germania e in molti altri Paesi europei le malattie cardiovascolari causano più del 40% delle morti all'anno⁵. I dati ISTAT riportano che 1 italiano su 4 è affetto da malattie cardiache. Esse rappresentano la principale causa di disabilità fra gli anziani. La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7/1000/anno negli uomini e di 1,7/1000/anno nelle donne; la spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in circa 650 milioni di euro/anno e rappresenta da sola l'1% della spesa sanitaria⁶. La mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, l'infarto acuto l'8% nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni⁷.

1.2 I fattori di rischio

Il rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia cardiovascolare aumenta con l'aumentare dei fattori di rischio presenti. Il rischio è continuo e aumenta con l'avanzare dell'età, pertanto non esiste un livello a cui il rischio è nullo. Tuttavia è possibile ridurre il rischio cardiovascolare o mantenerlo a livello favorevole abbassando il livello dei fattori modificabili attraverso lo stile di vita sano⁸. I principali fattori di rischio della cardiopatia ischemica in cui si agisce sia in prevenzione primaria (tra individui potenzialmente a rischio) che in prevenzione secondaria (tra individui che hanno subito l'evento acuto) risultano essere:

- Fattori di rischio NON MODIFICABILI:

Età;

Sesso;

Storia familiare positiva per la patologia.

- Fattori di rischio MODIFICABILI:

Fumo;

Iperensione arteriosa (PAS > 160 mmHg, PAD > 95 mmHg);

Sedentarietà;

Obesità (BMI > 25 kg/m²);

Diabete mellito (126 mg/dl);

Stress, vita emotiva e comportamento;

Ipercolesterolemia.

Negli uomini fino all'età di 40 anni la mortalità dovuta a tali patologie è trascurabile, emerge infatti fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne invece il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e poi cresce rapidamente; rispetto alle donne per gli uomini è maggiore il rischio nell'età riproduttiva mentre nelle donne il picco giunge dopo la menopausa. Non sussiste solo una diversità di frequenza tra i due sessi riguardo la comparsa della malattia, ma anche una diversità nelle manifestazioni cliniche: sono infatti più frequenti nelle donne la morte improvvisa, l'infarto silente e l'angina pectoris.

A provare questo sono presenti i dati rinvenuti dagli studi coinvolti nel progetto CUORE, che determinano l'incidenza delle malattie cardiovascolari, ossia il numero di nuovi casi di malattia in una popolazione in un periodo di tempo determinato. Tali studi hanno coinvolto più di 21.000 uomini e donne di 35-74 anni di età a partire dalla metà degli anni Ottanta con follow-up medio di 13 anni. I tassi evidenziano un'incidenza di eventi coronarici (negli uomini 6,1 per 1.000 per anno con la letalità a 28 giorni del 28%, nelle donne 1,6 per 1.000 per anno con la letalità del 25%). Applicando le stime di incidenza sulla popolazione residente di età 35-74 anni registrata dal Censimento Istat 2001, il numero dei nuovi eventi coronarici (fatali e non fatali) dovrebbe aggirarsi intorno a 80.000 l'anno negli uomini di quella fascia di età e a circa 20.000 l'anno nelle donne; con una crescente percentuale di eventi letali con l'aumentare dell'età (uomini 32%, donne 35%). L'incidenza e la prevalenza dell'IMA, inoltre, aumenta progressivamente con l'età⁸. Negli Stati Uniti, oltre il 60% degli episodi di infarto miocardico acuto si verificano nei pazienti con età superiore o uguale ai sessanta anni, e circa un terzo si manifesta negli ultra settantacinquenni⁴.

1.3 Gli interventi

Gli interventi preventivi per controllare questi fattori di rischio possono essere sia farmacologici che non farmacologici. Tra i vari interventi farmacologici rientra l'assunzione di farmaci ipolipidemizzanti, in particolar modo le statine che sono in grado di ridurre del 20%-30% e oltre i livelli delle LDL-colesterolo. L'introduzione di *simvastatina* alla dose di 40 mg/die ha comportato una diminuzione della mortalità totale del 12% e degli eventi cardiovascolari maggiori del 21% a cinque anni⁹. Oltretutto, dopo un evento coronarico acuto, è stato ampiamente dimostrato come la regolare assunzione di farmaci definiti "salvavita" sia in grado di migliorare in modo significativo la prognosi. In particolare l'assunzione di antiaggreganti piastrinici, beta-bloccanti, ACE-inibitori e statine sarebbe in grado di ridurre del 75% la probabilità di recidive cardiovascolari¹⁰. Tuttavia è riscontrato come questi farmaci non vengono, qualora prescritti, assunti in modo regolare e molto spesso abbandonati dal paziente per svariate ragioni¹¹.

Gli interventi non farmacologici sono da ritenersi altrettanto importanti con valenza sia nell'approccio di prevenzione primaria che in prevenzione secondaria con cambiamenti atti a ridurre i fattori di rischio.

Tali interventi riguardano prevalentemente:

- L'esercizio fisico che costituisce un'asse portante all'interno dei programmi di cardiologia riabilitativa. Il programma di esercizio fisico prevede lo svolgimento di un allenamento aerobico di bassa o moderata intensità della durata di 30 minuti da compiere ogni giorno. Un'attività fisica adeguata diminuisce i seguenti fattori di rischio coronarico: i valori di colesterolo totale, di trigliceridi e la pressione arteriosa⁸;

- La cessazione del fumo di sigaretta (la nicotina accelera il battito cardiaco e il monossido di carbonio diminuisce la quantità di ossigeno presente nel sangue e favorisce lo sviluppo dell'aterosclerosi). Il fumo, dopo l'età, è il fattore più importante nell'aumento del rischio cardiovascolare. Già dopo pochi anni dall'aver smesso, il rischio cardiovascolare si riduce in modo rilevante. È dannoso sia il fumo attivo che quello passivo;

- Un'alimentazione varia che prevede un regolare consumo di pesce (almeno 2 volte alla settimana), un limitato consumo di grassi di origine animale (carne, burro, formaggi, latte intero), povera di sodio (contenuto nel sale) e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) mantiene a un livello favorevole la colesterolemia e la pressione arteriosa;

- Lo stress è un fattore importante che condiziona la vita di oggi giorno, anche se all'inizio è una semplice risposta fisiologica all'organismo a stimoli attivanti: lo stress infatti stimola la produzione di adrenalina, cortisolo e altri ormoni, in modo del tutto fisiologico così da poter rispondere ad un possibile pericolo. Inoltre la frequenza cardiaca aumenta, sale la pressione sanguigna e aumenta il glucosio nel sangue. Un evento sporadico non causa problemi, ma se lo stress si protrae nel tempo questi cambiamenti fisiologici potrebbero danneggiare le pareti arteriose e favorire la formazione di placche al loro interno. Ma non è tutto, c'è anche un altro fattore da considerare. Spesso le persone sottoposte a uno stress prolungato assumono abitudini dannose per la salute: fumano, mangiano in modo scorretto, abbandonano l'esercizio fisico, spesso dimenticano di assumere i farmaci. In altre parole, smettono di prendersi cura della propria salute⁸.

Nella maggior parte dei Paesi europei la mortalità per infarto miocardico è notevolmente diminuita negli ultimi venticinque anni, grazie soprattutto ai progressi molto significativi apportati nel trattamento della fase acuta di questa patologia. Di fondamentale importanza risulta essere l'individuazione dei soggetti a rischio cardiovascolare aumentato, potenziali oggetti di trattamento più intensivo per la prevenzioni degli eventi cardiovascolari. Le linee guida sulla prevenzione della malattia cardiovascolare alla fine degli anni Ottanta, si fondavano sul trattamento dei singoli fattori di rischio. L'evoluzione della disciplina e la ricerca hanno comportato l'individuazione del *Rischio Globale Assoluto*, ossia la probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi 10 anni. È costruito sulla base di otto fattori di rischio (età, sesso, abitudine al fumo, diabete, colesterolemia totale e HDL, pressione sistolica, terapia antipertensiva), ed è calcolabile negli individui di età compresa tra 35 e 69 anni esenti da precedente evento cardiovascolare¹².

Negli ultimi anni, sono stati riscontrati notevoli miglioramenti nell'ambito del trattamento della fase acuta, ed analoghi progressi anche nella ricerca clinica per la cura dei cardiopatici post-acuti e nella prevenzione secondaria a lungo termine dei pazienti cronici. È stato infatti osservato che programmi di prevenzione secondaria riducono del 15% la mortalità totale, del 17% la mortalità da infarto miocardico acuto e soprattutto la percentuale di attacchi cardiaci ricorrenti¹³.

1.4 La riabilitazione cardiologica

La riabilitazione cardiologica (RC) è un intervento che riguarda i pazienti che sono già stati colpiti da un evento coronarico acuto, i programmi prevedono un approccio multifattoriale e multidisciplinare in quanto non si basano più solamente sull'esercizio fisico ma includono assistenza clinica e interventi atti ad alleviare i sintomi, insieme ad un'appropriata valutazione del rischio; l'educazione per ridurre i fattori di rischio e le modifiche dello stile di vita con un adeguato coinvolgimento del nucleo familiare; un adeguato follow up per verificare l'aderenza a lungo termine sulle motivazioni al cambiamento delle abitudini quotidiane e sulla terapia farmacologica¹⁴. Perciò oltre alla consolidata gestione della terapia farmacologica, sono raccomandati cambiamenti

comportamentali al fine di modificare gli stili di vita. Gli studi condotti a tale proposito esprimono l'importanza di seguire programmi di RC per i pazienti con episodio pregresso di IMA trattato sia con angioplastica percutanea (PTCA) che con Bypass AortoCoronarico (BPAC)¹⁵. In Belgio è stato effettuato uno studio, il quale ha dimostrato che la partecipazione ai programmi di riabilitazione cardiologica, non viene solamente proposta per ridurre il numero di eventi acuti ma contribuisce anche ad un risparmio dal punto di vista economico per la sanità. Infatti, sono stati eletti 213 pazienti, tra cui 130 sono stati sottoposti dopo l'intervento a RC, mentre altri 80 soggetti no. I risultati ottenuti da tale studio hanno evidenziato che, a distanza di quattro anni e mezzo, i soggetti che sono stati sottoposti ai programmi di RC hanno registrato una riduzione in termini di ricoveri per angina ricorrente (45% vs 75%) e per interventi di rivascolarizzazione coronarica (7% vs 17%). È stato inoltre osservato una diminuzione significativa nell'incidenza di infarto miocardico acuto (2,5% vs 7,5%). Il totale dei costi dell'assistenza sanitaria (compreso il costo della RC), a quattro anni e mezzo di follow up, è risultato minore nel gruppo di riabilitazione rispetto al gruppo controllo (4.862 Euro / paziente rispetto a 5.498 Euro / paziente)¹⁶. Allo stesso modo, uno studio condotto in Spagna con l'obiettivo di evidenziare gli effetti della RC sulla mortalità a lungo termine, ha evidenziato che i 90 soggetti (a basso rischio e di sesso maschile) del gruppo controllo (programma di RC semplice), nel follow up a dieci anni, avevano un tasso di sopravvivenza dell'81,7% rispetto a quelli del gruppo caso (programma di RC multidisciplinare) che era del 91,8%. L'incidenza di complicanze cardiovascolari non fatali è risultata maggiore nel gruppo controllo (63,2% vs 35,2%), come quella di angina instabile (33,9% vs 15,7%) così pure la necessità di sottoporsi ad un intervento coronarico (22,9% vs 8,4%)¹⁷.

L'Unità Operativa (U.O.) di Cardiologia dei Presidio Ospedaliero di Montebelluna, ha avviato un programma di RC. Esso si svolge in tre settimane e si articola nelle seguenti sessioni di: esercizio fisico, ginnastica respiratoria, interventi educativi individuali e di gruppo. Questi ultimi sono inseriti nella settimana educativa, nella quale vengono trattati argomenti particolari riguardanti:

- cenni di anatomia del sistema circolatorio;
- i fattori di rischio (con particolare attenzione al colesterolo e al fumo di sigaretta);

- la dieta;
- la gestione dello stress;
- la terapia e i comportamenti da assumere in caso di angina.

Ai pazienti partecipanti al programma di RC viene somministrato dal personale infermieristico un questionario. La prima intervista viene effettuata al momento di inizio del programma di cardiologia riabilitativa, mentre la seconda a distanza di un anno, nel follow up. Tale questionario è stato progettato fondamentalmente per due scopi: osservare l'efficacia del programma di RC in termini di interventi educativi erogati, ed identificare il bisogno educativo del paziente all'inizio e ad un anno dal termine del programma stesso. Il bisogno educativo manifestato dal paziente tramite la somministrazione del questionario, sul quale i professionisti sanitari andranno a puntare, indica come punti deboli da trattare il non seguire le indicazioni di educazione alimentare, la ridotta aderenza alla terapia farmacologica, l'insufficiente attività fisica necessaria per il controllo dei fattori di rischio e la difficoltà di gestione dello stress.

La gestione infermieristica si ispira a quanto ribadito dal Codice Deontologico dell'infermiere che afferma: *"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa"* (art. 2); *"l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si attiva a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione"* (art. 6); *"l'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute (...) anche attraverso l'informazione e l'educazione."* (art. 19)¹⁸. Da tutte queste affermazioni si può evincere l'importanza che riveste l'educazione del paziente e del familiare nel lavoro dell'infermiere. Da qui deriva la necessità anche durante il follow up di individuare il bisogno educativo del paziente per poter agire verso la correzione dei fattori di rischio e il consolidamento degli stili di vita sani, mettendo in atto un intervento mirato e strutturato al fine di incoraggiarlo e consolidare comportamenti atti a aumentare il maggior benessere possibile, cercando di coinvolgere anche i familiari del paziente così da rendere l'intervento più efficace.

La cardiologia riabilitativa può essere definita come *"un processo assistenziale multifattoriale, attivo e dinamico per favorire la stabilità clinica, ridurre la disabilità, supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari, migliorare la qualità di vita ed incidere positivamente sulla sopravvivenza"*¹⁹. Negli ultimi anni la riabilitazione cardiologica ha ottenuto sempre più attenzione per le nuove evidenze sul favorevole impatto in termini di costo-benefici sulla salute pubblica che essa esercita. I programmi di riabilitazione cardiologica e di prevenzione secondaria oggi giorno sono riconosciuti come parte integrante del percorso terapeutico dei pazienti con patologie cardiovascolari e sono raccomandati per i pazienti con cardiopatia ischemica, con scompenso cardiaco o dopo intervento cardiocirurgico²⁰. La riabilitazione cardiologica insieme agli interventi di prevenzione secondaria e il follow up a distanza ha dimostrato di ridurre il rischio di morte improvvisa e reinfarto e migliorare i sintomi cardiaci, la capacità funzionale e la qualità di vita in pazienti affetti da patologie cardiovascolari. La Cochrane Review del 2001 dimostra infatti una riduzione della mortalità per tutte le cause pari al 27% e di mortalità cardiovascolare del 26% nei pazienti post-infarto miocardico, dopo rivascolarizzazione chirurgica o con angina cronica stabile, prendendo in considerazione interventi riabilitativi precoci, effettuati cioè entro le 4 settimane dall'episodio acuto. È noto che, nonostante le autorevoli raccomandazioni, le indicazioni alla riabilitazione cardiologica incontrano ancora notevoli difficoltà nell'affermarsi come parte integrante della gestione del paziente post-acuto nel campo della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco. I dati dell'EUROASPIRE III²¹ confermano come in Europa solo un terzo dei pazienti con cardiopatia ischemica venga ammesso ad un programma strutturato di riabilitazione cardiologica e come negli ultimi anni il raggiungimento del target di prevenzione secondaria sia peggiorato. Vanno dunque definiti dei criteri sulla base dei quali inviare i pazienti al programma di riabilitazione cardiologica più idoneo²⁰.

Gli interventi che vengono erogati vanno naturalmente variati in base alla tipologia di paziente e patologia riscontrata. I pazienti che possono partecipare ai programmi di RC infatti non risultano essere solamente quelli colpiti da recente IMA ma sono eleggibili

anche quei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico e sottoposti a recente intervento cardiocirurgico²².

Le componenti fondamentali della Riabilitazione Cardiologica Complessiva e della prevenzione secondaria risultano essere:

- La cura ed il trattamento farmacologico mirato per ottenere la stabilità clinica;
- La valutazione del rischio cardiovascolare assoluto;
- L'individuazione degli obiettivi specifici per il controllo dei fattori di rischio;
- Interventi psicologici ed educativi che comprendono la gestione del peso e della dieta.
- L'esercizio fisico.

E' stato dimostrato infatti che l'inattività fisica aumenta di due volte il rischio di sviluppare malattia coronarica. I benefici derivanti dall'esercizio fisico sono molteplici. Per prima cosa migliora la performance fisica, la forza muscolare, i sintomi di dispnea e angina, la qualità di vita e modifica i fattori di rischio²³. L'efficacia del training fisico è stata più volte avvalorata come riportato in una revisione Cochrane condotta nel 2004, la quale ha rivelato che l'attività fisica riduce la mortalità cardiaca del 26% e la mortalità totale del 20%²⁴. Inoltre dopo un recente episodio di IMA con diversi gradi di disfunzione del ventricolo sinistro, il training fisico può attenuare il rimodellamento cardiaco e può anche invertire questo processo²⁵.

Lo studio GOSPEL (Globo/ Secondary Prevention Strategica To Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction)²⁶, condotto presso 78 centri cardiologici ospedalieri italiani su un campione di 3241 pazienti, che avevano subito un infarto miocardico nei tre mesi precedenti l'ingresso nello studio, ha dimostrato che un intervento intensivo, continuativo, multifattoriale e multidisciplinare per tre anni dopo il ciclo di riabilitazione cardiologica post IMA, è efficace nel ridurre il rischio di molte gravi complicanze cardiovascolari, in modo particolare l'infarto miocardico acuto non fatale (mortalità ridotta del 48% rispetto all'approccio tradizionale). È stato infatti osservato un miglioramento significativo a sei mesi dall'inizio dello studio nell'intervention group per quanto riguarda l'esercizio fisico (punteggio medio aumentato del 24,3% rispetto al 18,2% del control group); l'adozione della dieta mediterranea (punteggio medio aumentato del 18% contro il 14,1%); il

controllo dello stress (percentuale raddoppiata a sei mesi in entrambi i gruppi); i valori di colesterolo totale, HDL e LDL e i punteggi medi del BMI.

Lo studio GOSPEL ha dimostrato l'importanza di adottare una strategia preventiva a lungo termine dopo IMA per stabilire uno standard elevato di prevenzione secondaria.

Le linee guida nazionali ed internazionali suddividono infatti la CR in tre fasi:

- *la fase 1 (riabilitazione intensiva)*, che si svolge durante la fase acuta della malattia, è centrata sulla valutazione clinica, la rassicurazione del paziente e dei familiari, l'informazione-educazione sanitaria, la correzione dei pregiudizi sulla malattia, la valutazione dei fattori di rischio, la mobilitazione precoce, l'adeguata pianificazione della dimissione;

- *la fase 2 (riabilitazione intermedia)* si articola nel programma strutturato di valutazione globale del rischio e di intervento complessivo atto a modificare i fattori di rischio specifici del paziente;

- *la fase 3 (riabilitazione estensiva)* include il mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e del cambiamento dello stile di vita²⁷.

Molto spesso capita che nonostante i benefici riportati, sia dagli studi che dall'esperienza vissuta dai pazienti in prima persona, molti non mantengano un adeguato stile di vita. Gli interventi volti ad aumentare l'aderenza rinvenuti, prevedono, ad esempio, telefonate o incontri al domicilio da effettuare ogni sei mesi; visite settimanali effettuate da volontari adeguatamente addestrati; opuscoli contenenti informazioni atte a incoraggiare i pazienti a partecipare ad un'associazione; interventi educativi effettuati da parte degli infermieri per migliorare la conoscenza e l'aderenza alla terapia farmacologica; la dieta; la cessazione del fumo di sigaretta e l'esercizio fisico²⁸.

1.5 Aderenza

L'aderenza è la misura in cui il paziente segue le raccomandazioni formulate dall'equipe di assistenza sanitaria, che il paziente ha accettato dopo aver ricevuto dettagliate informazioni a riguardo²⁹. È un'accettazione in termini di progetto terapeutico e la motivazione del paziente è relativa alle raccomandazioni dello specialista. Si può avere aderenza solamente quando il paziente ha accettato l'esistenza della malattia ed i problemi legati alla terapia

proposta. La mancata aderenza può essere divisa in due categorie: intenzionale e non intenzionale. La forma intenzionale è caratterizzata da una scelta consapevole del paziente, il quale decide di non seguire il percorso proposto. Questo atteggiamento può avere aspetti razionali o irrazionali. Nel primo caso tale posizione è riconducibile alla convinzione soggettiva ad esempio che gli interventi non siano efficaci³⁰.

La non aderenza non intenzionale rappresenta invece una condizione in cui il paziente ha un'esplicita volontà di seguire il piano terapeutico ma ha difficoltà nel farlo. Questo problema è riconducibile a motivi esterni, estremamente variabili ed in gran parte legati al contesto socio-economico. La non aderenza intenzionale può essere anche di tipo irrazionale, come conseguenza di una risposta emotiva alla patologia. In ogni caso, le forme intenzionali portano ad un'interruzione del trattamento.

La non aderenza può incrementare in maniera considerevole i costi del sistema sanitario, a causa di una maggiore frequenza delle visite mediche o infermieristiche, dell'aumento del numero e della durata degli episodi di ospedalizzazione³¹. La riabilitazione cardiologica e i programmi di prevenzione secondaria possono prevenire le malattie cardiache nelle popolazioni ad alto rischio, ma nonostante ciò, una percentuale importante dei pazienti a cui viene proposto decide di non partecipare a questi programmi. Sebbene l'età, il sesso e i fattori sociali siano comuni predittori di presenza della malattia, per aumentare la percentuale di presenza ai percorsi di Riabilitazione Cardiologica, bisogna fare attenzione alla complessa moltitudine di fattori e processi che influiscono sulla partecipazione, i quali hanno bisogno di essere compresi meglio. A dispetto della documentata evidenza dei benefici della RC, l'adesione e la partecipazione a programmi di Riabilitazione Cardiologica è un problema sempre crescente e rilevante, poiché gran parte dei cardiopatici abbandonano le strutture riabilitative prima del tempo³². E' dunque importante al fine di promuovere una tempestiva identificazione dei soggetti ad alto rischio determinare quali siano i fattori che condizionano la ridotta partecipazione ai programmi di RC. I fattori principali che condizionano le scelte dei pazienti sono:

- Il ruolo del medico di famiglia: il suo invito a partecipare aumenta l'adesione dei pazienti alla RC ;

- Fattori psico-sociali: la percezione dell'utilità della RC aumenta l'adesione, mentre la poca informazione riguardo i programmi e come si costituiscono la diminuisce. Anche il grado d'istruzione influisce nell'aderenza;
- Autodeterminazione e autostima: le persone motivate sono positivamente influenzate dall'adesione ad un programma di Riabilitazione Cardiologica;
- Depressione, ansia: i pazienti con stato d'ansia o depressione aderiscono con minor disinvoltura ai programmi;
- Supporto sociale: i pazienti con alle spalle il sostegno della famiglia sono maggiormente impegnati nei percorsi di Riabilitazione Cardiologica;
- Sesso: le donne aderiscono in maniera minore ai programmi di Riabilitazione Cardiologica poiché gli eventi cardiovascolari avvengono in età avanzata e quindi hanno spesso delle comorbidità e una minore resistenza alle attività fisiche;
- Ostacoli ai programmi di training e al mantenimento del regime dietetico: pazienti con uno stile di vita sedentario hanno maggiori preoccupazioni nell'affrontare i programmi di Riabilitazione Cardiologica, come risulta difficile mantenere una dieta equilibrata proposta dai programmi;
- Fumo di sigaretta;
- Stato coniugale e socio-economico: lo stato coniugale intimamente connesso al supporto sociale, e l'incoraggiamento e il supporti del coniuge, son elementi essenziali nel favorire l'adesione ai programmi. Difficoltà nel combinare gli impegni lavorativi influisce negativamente con l'aderenza;
- Comodità: la distanza, il tempo e i mezzi di trasporto a disposizione influenzano i pazienti per raggiungere le strutture preposte, specialmente nelle donne e negli anziani;
- Capacità funzionale: pazienti con basso livello di capacità funzionale sono difficilmente arruolabili nei programmi di Riabilitazione Cardiologica ³³.

2. SCOPO DELLO STUDIO, MATERIALI E METODI

2.1 Scopo dello studio

La riabilitazione cardiologica svolge un ruolo importante nella cura e nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, grazie agli interventi volti a migliorare sia l'aderenza terapeutica che gli stili di vita. Quest'opera non può essere svolta appieno durante il solo periodo di ricovero ospedaliero, ma va effettuata anche una volta che il paziente è stato dimesso, così da permettere al paziente ripresosi dallo stress dovuto alla malattia di assimilare al meglio le informazioni fornite dal personale sanitario.

In letteratura diversi studi hanno riscontrato che molti pazienti a cui viene indicato un percorso di riabilitazione cardiologica non seguono il regime riabilitativo a loro proposto, scegliendo di intraprenderlo in maniera ridotta od astenendosi del tutto con percentuali che sono in Europa del 19%², mentre i dati nazionali suggeriscono che vi sia una graduale diminuzione della partecipazione che a distanza di 6 mesi arriva fino al 40%³³. All'interno dell'U.O. di Cardiologia Riabilitativa del Presidio Ospedaliero di Montebelluna – Azienda U.I.s.s. n. 8- il percorso riabilitativo viene consigliato ai pazienti che, dopo valutazione medica, ne potrebbero beneficiare.

L'obiettivo della ricerca è quello di trovare quali siano le cause e i fattori che portano a diminuire o a rinunciare al percorso di cardiologia riabilitativa; capire in che proporzioni i vari dati riscontrati influenzano la popolazione presa in esame e confrontare i dati raccolti..

2.2 Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta presso l'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiologica dell'Azienda ULSS 8, nel Presidio Ospedaliero di Montebelluna. Lo studio si è svolto nei mesi di luglio-settembre 2015. Al fine di indagare ciò sono stati creati due differenti questionari da somministrare, uno ai pazienti che hanno intrapreso il percorso riabilitativo in maniera ridotta e l'altro ai pazienti che non hanno partecipato. Durante questo periodo è stato somministrato ai pazienti che hanno aderito in parte al programma di riabilitazione cardiologica dal febbraio 2014 al febbraio 2015 un questionario (Allegato 1), ed un altro (Allegato 2) è stato somministrato ai pazienti che hanno rinunciato ad aderire al percorso di

RC dal maggio 2013 al maggio 2015. Entrambi i questionari sono stati somministrati con lo scopo di mettere in evidenza quali fossero i fattori che condizionavano l'adesione alla riabilitazione cardiologica.

I questionari sono stati creati basandosi sui risultati di una ricerca delle evidenze in letteratura riguardo l'argomento, da cui sono risultati significativi alcuni ambiti presi quindi in esame tra i quali l'ambito motivazionale, sociale, familiare ed economico.

Entrambi i questionari sono composti da una prima parte relativa ai dati anagrafici. Seguono a queste prime domande di inquadramento sociale tre domande significative dal punto di vista dei fattori di rischio, si va infatti ad indagare se il paziente è un fumatore e se sì, se ha intenzione di smettere, se soffre di diabete, ipertensione ed ipercolesterolemia.

Nel questionario rivolto ai pazienti che hanno diminuito la riabilitazione cardiologica dopo questi primi quesiti di carattere generale, vengono poste al paziente 14 domande volte ad analizzare al meglio i fattori che l'hanno spinto a partecipare solo in parte al percorso di RC.

Il primo quesito dei 14 è una domanda aperta e va ad indagare chi ha proposto al paziente di seguire un percorso riabilitativo e se vi è stato un rinforzo da parte del medico di medicina generale.

La seconda domanda anch'essa aperta, va a chiedere quali sono le motivazioni che hanno spinto a ridurre il percorso di RC.

La terza e la quarta domanda sono quesiti a risposta chiusa in cui si indaga in che misura sia stato ridotto il percorso, per quanto riguarda sia le sessioni di esercizio fisico che la settimana educativa.

La quinta domanda, quesito a risposta aperta opzionale. Il paziente vi risponde nel caso abbia risposto precedentemente di aver partecipato alla settimana educativa, per indagare se sia stato coinvolto qualcuno dei familiari o caregiver. Questi incontri infatti, a differenza delle sessioni di esercizio fisico, sono aperti anche ai familiari dei pazienti per far sì che le indicazioni date siano comprese al meglio e vi sia una condivisione delle informazioni.

La sesta e settima domanda, quesiti a risposta chiusa, vanno ad indagare se il paziente aveva già svolto in passato dei percorsi di riabilitazione cardiologica e in che modo erano stati frequentati.

L'ottava domanda, quesito a risposta chiusa, va ad indagare se il paziente svolgeva attività fisica regolare prima dell'evento per cui è stato ricoverato.

I quesiti a risposta chiusa 9 e 10 vanno ad indagare come il paziente si recava agli incontri, se era autonomo o richiedeva il supporto di qualcuno per i trasporti.

I quesiti a risposta chiusa 11 e 12 e la domanda aperta opzionale numero 13 vanno ad indagare come e se la partecipazione alla riabilitazione abbia cambiato le giornate dei pazienti e/o se sentivano che questo rubasse del tempo ad altre attività.

L'ultimo quesito va a chiedere al paziente se la scelta di riduzione della RC sia stata autonoma o conseguente alla consultazione di altre persone.

Il questionario rivolto a coloro che non hanno aderito al programma di riabilitazione cardiologica ricalca il precedente nella prima parte di acquisizione dei dati anagrafici e nell'individuazione dei fattori di rischio.

Il questionario è composto da 16 domande, quattro delle quali identiche al precedente per valutare da chi è stata consigliata la partecipazione, precedenti esperienze di RC e attività fisica svolta.

I quesiti a risposta chiusa 2, 3 e 4 chiedono al paziente quando e come la sua decisione di non partecipare sia stata presa.

Le domande 7, 8, e 9 vanno ad indagare i problemi relativi ai trasporti, agli orari ed ad altri impegni che impedivano la partecipazione alla RC.

Il quesito a risposta chiusa 10 e la domanda aperta opzionale numero 11 in caso di risposta affermativa alla precedente va ad indagare se non potendo partecipare al percorso di RC il paziente abbia intrapreso un percorso alternativo a lui più consono.

Le domande 12, 13 e 14, tutte a risposta chiusa, vanno ad indagare quale sia la percezione del paziente verso le attività svolte nel percorso di RC.

Il quesito 16 è stato formulato per capire come il paziente reputi le proprie conoscenze riguardo il suo stato di salute e le conseguenze che la malattia può avere.

3. RISULTATI

3.1 Descrizione del campione e analisi dei dati

Nell'Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa del Presidio Ospedaliero di Montebelluna sono stati individuati due campioni (Campione 1: pazienti che si sono sottoposti in parte ad un ciclo di riabilitazione cardiologica nel periodo 1 febbraio 2014-28 febbraio 2015 tra i 162 a cui era stata proposta la RC in quel periodo e Campione 2: pazienti che non si sono sottoposti ad un ciclo di riabilitazione cardiologica nel periodo 1 maggio 2013-31 maggio 2015 tra i 280 a cui era stata proposta la RC in quel periodo). Il campione 1 è composto da 10 pazienti, dei quali 8 uomini e 2 donne, rappresentati rispettivamente l'80% e il 20% , mentre il campione 2 è formato da 14 pazienti, dei quali 9 uomini e 5 donne, rappresentanti rispettivamente il 64% e il 36% del campione.

Ai fini dello studio i pazienti sono stati suddivisi in 4 fasce d'età (Tabella I):

	Campione 1		Campione 2	
da 50-59 anni	2	20%	1	8%
da 60-69 anni	6	60%	5	36%
da 70-79 anni	1	10%	4	28%
da 80-89 anni	1	10%	4	28%

Tabella I. Età del campione.

Nel campione 1 il 50% risulta pensionato, mentre tra i pazienti in età lavorativa il 30% è libero professionista, il 10% dipendente e il 10% casalinga. Nel campione 2 invece il 71% risulta pensionato, il 14% disoccupato, il 7% libero professionista e il 7% dipendente (Grafico I in Allegato 3). Il grado di scolarizzazione nel Campione 1 si ferma alle elementari per il 20%, mentre il 30% possiede una licenza media ed il 50% ha un titolo di scuola superiore. Nel campione 2 il 71% ha un'istruzione di scuola elementare, un 7% ha la licenza media, mentre possiede un diploma il 21% del campione (Grafico II in Allegato 3). Nel campione 1, il 40% (3 uomini e 1 donna) ha avuto un infarto miocardico acuto (IMA), il 30% (3 uomini) ha manifestato angina, mentre la percentuale dei pazienti in terapia medica, di quelli che soffrono di scompenso cardiaco o di quelli che si sono sottoposti ad intervento di sostituzione della valvola mitralica è del 10% nei tre singoli casi. Tutti i pazienti con IMA o angina (6 uomini e 1 donna) sono stati trattati con PTCA.

Del campione 2, il 43% (4 uomini e 2 donne) ha avuto un infarto miocardico acuto (IMA), il 36% (4 uomini e 1 donna) ha manifestato angina, l'8% è in terapia medica e il 16 % soffre di scompenso cardiaco. L'IMA e l'angina sono stati trattati in 9 pazienti (6 uomini e 3 donne) con PTCA e in 2 pazienti (1 uomo e 1 donna) con BPAC. (Grafico III in Allegato 3)

Di entrambi i campioni è stata valutata la presenza dei fattori di rischio (Tabella II).

	Campione 1		Campione 2	
	Sì	No	Sì	No
Fumatore	2	8	5	9
Diabetico	4	6	5	9
Ipereso	8	2	12	2
Affetto da dislipidemia	5	5	7	7

Tabella II. Fattori di rischio a confronto.

Si è andato ad indagare inoltre nei fumatori se vi è l'intenzione di smettere, in entrambi i campioni i pazienti hanno risposto affermativamente, eccezion fatta per un paziente del Campione 2.

Il Campione 1 è rappresentato da 10 pazienti su 162 che hanno ridotto la RC. Nel campione il 40% dei pazienti ha sostenuto una settimana di esercizio fisico, il 10% ha frequentato per 2 settimane e il 50% ha partecipato solo alla settimana educativa.

L'80% del campione ha partecipato alla settimana educativa, di questi il 62,5% ha partecipato singolarmente, mentre il 37,5% ha partecipato con un familiare.

Il 70% del campione riusciva a recarsi autonomamente alla RC, mentre il 30% necessitava di supporto da parte dei familiari per recarsi agli incontri.

Per l'80% degli intervistati era la prima volta che affrontavano un percorso di RC, mentre il 20% aveva già frequentato in passato e l'aderenza al programma era avvenuta in maniera completa. La diminuzione è stata motivata in entrambi i casi dal fatto che necessitavano solo di rivedere quali fossero gli esercizi da svolgere.

Il 70% del campione afferma di aver svolto attività fisica costante prima del ricovero, tra questi il 28% ha motivato che la riduzione del programma di esercizio fisico è dovuto al fatto che svolgevano già attività fisica e bastava loro visionare la tipologia degli esercizi, il 14% ha motivato che facendo già attività fisica, non avrebbe avuto bisogno della sessione

di esercizi ma si sarebbe avvalso solo della settimana educativa.

Il 70% ha risposto che partecipare alla RC togliesse tempo ad altre attività reputate più importanti come il lavoro (motivazione riportata dal 100% degli intervistati in età lavorativa), routine quotidiana e famiglia (motivazione riportata dal 100% delle donne del campione).

Il 60% ha sostenuto di aver dovuto modificare i propri impegni per partecipare alla RC.

Per il 40% la scelta di ridurre la RC è stata una decisione autonoma, mentre il 60% ne ha discusso con: i familiari (67%) o con il medico (33%). In un caso il medico aveva addirittura espresso giudizio negativo sulla RC.

Per il 20% dei pazienti la diminuzione della partecipazione alla RC è stata dovuta a comorbilità (depressione, protesi all'anca), una persona (10%) ha dichiarato di aver ridotto per difficoltà nel guidare e un'altra per l'eccessiva distanza da casa (Marostica).

Il Campione 2 è composto da 14 pazienti su 280 che non hanno partecipato alla RC. Il 29% dei pazienti ha preso la decisione di non aderire alla RC ancora quando ricoverato, il 72% invece ha deciso una volta tornato a casa.

La decisione di non aderire è stata per il 43% autonoma mentre il 57% ne ha parlato con qualcuno, nel caso specifico i familiari (100%).

Tra i pazienti il 21% dei pazienti aveva già svolto RC in passato e tra questi il 67% in maniera completa, mentre il 33% aveva ridotto il periodo.

I pazienti hanno risposto di non aver partecipato per difficoltà a recarsi ai corsi (72%), per gli orari (72%) e perchè frequentare la RC avrebbe tolto del tempo ad altre attività più importanti (72%). Le difficoltà a recarsi alla RC sono risultate legate a problemi lavorativi per il 20%, alla mancanza di mezzi per il 70% e a uno stato di depressione e mancanza di volontà per un altro 20%.

Il 21% del campione ha affermato di aver seguito un percorso alternativo a quello di RC che era stato proposto, ma solo in un caso il paziente si è avvalso di un professionista sanitario, nello specifico ha effettuato riabilitazione con un fisioterapista, che ha in seguito proposto "un programma di esercizi di ginnastica leggera". In altri due casi i pazienti hanno ritenuto sufficiente i consigli del medico di base riguardo l'alimentazione e sul camminare

per almeno mezz'ora una volta al giorno.

Il 50% del campione ritiene che l'attività proposta dalla RC sia impostata ed utile solo per persone anziane.

Alla domanda in cui al paziente veniva chiesto se avesse paura di non riuscire a svolgere le attività proposte dalla RC, il 36% ha risposto che non sarebbe stato in grado di svolgere gli esercizi reputati "troppo impegnativi".

Tra i pazienti il 79% non si sente sufficientemente informato sulla malattia.

Il 36% dei pazienti svolgeva già da prima con regolarità attività fisica, mentre il 64% afferma di avere una vita sedentaria.

4.DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

L'interpretazione dei dati non può prescindere dalla limitata numerosità del campione oggetto di analisi. Un ulteriore limite dello studio è dato dall'età dei pazienti, maggiormente raggruppati nelle fasce anagrafiche medio alte, ciò dovuto anche dalla tipologia della malattia analizzata. Entrambi i campioni sono formati in maggioranza da uomini, ciò dovuto in parte alla maggiore incidenza della malattia nel sesso maschile. Si potrebbe pensare che il lavoro possa essere una delle motivazioni principali alla ridotta o mancata aderenza al percorso riabilitativo, essendo entrambi i campioni presi in esame composti solo da ultracinquantenni che potrebbe quindi riferirsi in gran parte a quella generazione in cui l'unica fonte di sostentamento proveniva dal capo famiglia riconosciuto nella figura dell'uomo. Tuttavia, dai dati emersi, questo dato sembra non corrispondere al vero, infatti nel Campione 1 tra i 5 pazienti non ancora pensionati solo uno, per l'appunto un uomo, ricopre l'unica entrata all'interno del nucleo familiare. Anche per altri 2 pazienti la motivazione addotta per giustificare l'assenza al percorso riabilitativo era il lavoro, ma in questi casi il paziente non era l'unica fonte di sostentamento per la famiglia. Nel Campione 2 i pazienti in età lavorativa (2 uomini e 2 donne), a cui si ripropone la medesima situazione ha una percentuale del 50% (1 uomo e 1 donna). Quindi si ha un aumento della percentuale dell'unica entrata economica per la famiglia rispetto al Campione 1, mostrando come questo fattore abbia influito maggiormente nella scelta di rinunciare alla RC, tuttavia ciò è poco significativo se si considera l'inezienza del campione in quanto solo il 28% dei pazienti è in età lavorativa e solo il 14% di questi lavora (Grafico IV in Allegato 3).

Dallo studio fatto si evince che all'interno del Presidio Ospedaliero di Montebelluna, la percentuale di pazienti che non aderisce o diminuisce il percorso di RC sia molto minore rispetto a quella riportata in letteratura. Essa si attesta sul 6% per il Campione 1 e sul 5% per il Campione 2, rispetto ai valori riscontrati in letteratura che si aggirano intorno ad una percentuale che varia dal 19% al 40%. Questi dati dimostrano come la trasmissione da parte del personale sanitario sull'importanza del percorso ai pazienti sia di buon livello e ciò porti a un numero di defezioni minori. Nonostante ciò capire meglio e quantificare in che proporzioni i vari fattori influenzino il paziente nella sua scelta, può aiutare a diminuire ancora di più la percentuale.

Dai dati emersi dallo studio si può notare come il 29% dei pazienti del Campione 2 ha già deciso ancora da ricoverato che non avrebbe partecipato alla RC. Sarebbe quindi opportuno che i professionisti sanitari puntassero maggiormente a diminuire la percentuale di rifiuti. I pazienti con IMA non dovrebbero essere condizionati dalla situazione di disagio o sconforto che il ricovero a seguito di un evento acuto inevitabilmente crea, bensì dovrebbero prendere una decisione dopo aver ritrovato un minimo di equilibrio sia fisico che emozionale. E' compito del sanitario, medico o infermiere, non tanto cercare di convincere da subito il paziente a partecipare, ma spiegarli quali siano i benefici e come sia strutturata la RC, in modo da fornire tutte le informazioni necessarie per effettuare una scelta consapevole. Nel comunicare tutte queste informative il sanitario dovrebbe cercare di coinvolgere la famiglia se presente, così da poter stimolare il paziente ad un dialogo con i propri cari, che conoscendo queste nozioni potrebbero avere un effetto positivo nella sua presa di decisione. Il personale sanitario deve mirare alla precoce identificazione dei fattori limitanti l'adesione ai percorsi di RC nei pazienti così da delineare le categorie più a rischio e fornire un rinforzo immediato in modo da diminuire la percentuale di rinunce. Rilevando l'importanza di questo aspetto educativo la Cardiologia di Montebelluna si avvale della collaborazione di un educatore che svolge il compito di arruolare i pazienti alla RC, attraverso un incontro pochi giorni dopo la dimissione del paziente, in cui presenta le specifiche del suddetto percorso. L'apporto di questa figura ha probabilmente influito a ridurre la percentuale di defezioni rispetto alle medie nazionali ed europee.

Un altro importante dato su cui riflettere è come è stata presa la decisione di non partecipare o diminuire la RC. Nel Campione 1 il 40% e nel Campione 2 il 43% ha preso questa decisione in completa autonomia senza parlarne con nessuno. Compito dei professionisti sanitari dovrebbe essere quello di diminuire il più possibile questa evenienza, così che la scelta del paziente possa essere supportata. I principali interlocutori riguardo la partecipazione alla RC sono i parenti (86%) prendendo in esame entrambi i campioni. Solo il restante 14% si è consultato con il proprio medico di medicina generale. Da questo dato si può rilevare come il medico di medicina generale sia poco preso in considerazione dai pazienti riguardo le scelte di carattere cardiologico, che sono viste come di pertinenza esclusiva del cardiologo. Un maggior coinvolgimento del medico di base sarebbe

auspicabile, poiché costui conosce meglio il paziente e potrebbe rilevarsi un secondo parere autorevole e fungerebbe da rinforzo verso la RC. Una proposta al fine di migliorare il rapporto medico-paziente sarebbe quella di allegare all'interno della lettera di dimissione una scheda in cui si riporti oltre all'invito ad aderire alla RC, la preliminare intenzione del paziente nel seguirla o meno. Rendendola così una fonte di discussione tra il paziente e il medico e, in caso di mancanza di volontà nel seguire la RC, sarebbe il MMG ad occuparsi direttamente della gestione educativa.

A dimostrare la difficoltà nel passaggio di informazioni al paziente, il 21% di coloro che non hanno frequentato la RC si sente realmente informato sulla malattia, mentre il 79% non si sente informato, indice di poco interesse da parte del paziente, ma anche frutto di un'inefficace comunicazione tra paziente e personale sanitario. Oltre alle informative fornite in reparto devono seguire quelle dei professionisti della RC o nel caso il paziente non vi partecipi, queste informazioni devono essere fornite dal MMG, al fine di rendere consapevole il paziente dei rischi per la propria salute. In molti casi il paziente non recepisce l'informazione poiché vi è una sottostima del problema, in quanto dopo il ricovero i problemi sembrano spariti o attenuati di molto. Deve però passare il concetto che questo benessere, per essere duraturo nel tempo, deve essere coadiuvato da un'aderenza terapeutica e uno stile di vita sano, tematiche che vengono promosse dalla RC e che renderebbero il paziente più consapevole della sua situazione.

Per i pazienti che non hanno partecipato, il 50% reputa che gli esercizi che si affrontano durante la RC siano strutturati solo per persone anziane e ciò è dovuto al fatto che la maggioranza delle persone ha un'età medio-alta. Questa erronea percezione può essere ricondotta a una cattiva informazione e a preconcetti relativi a chi è indirizzata la RC, i quali vanno dissipati tramite l'informazione precisa e autorevole dei professionisti sanitari che devono informare che gli esercizi proposti sono simili, ma il grado di impegno richiesto e l'obiettivo preposto variano da paziente a paziente, prendendo in esame l'età e le capacità funzionali di quest'ultimo. Spiegare accuratamente queste differenze aiuterebbe a diminuire quel 36% di pazienti che non hanno partecipato per paura di non riuscire a svolgere le attività proposte.

Comparando i dati dei due campioni è stato riscontrato come sia più facile arruolare i

pazienti seppur con riduzione alla RC se prima dell'evento acuto riferiscono di svolgere attività fisica regolarmente (70% Campione 1, 42% Campione 2) (Grafico V in Allegato 3). Va precisato inoltre come la RC non sia costituita solo dalla sessione di esercizio fisico, ma una parte importante per il bene del paziente sia svolta durante la settimana educativa.

La settimana educativa si propone come un momento educativo non solo per il paziente ma anche per la famiglia in generale, cosicchè le informazioni fornite siano recepite non solo dal paziente, ma anche dalle persone a lui vicine. Questo momento di incontro permette di instaurare all'interno del nucleo familiare un clima positivo atto a diminuire i comportamenti dannosi e stimolare ad un cambiamento più salutare nello stile di vita qualora necessario, facendo sì che il paziente si senta maggiormente invogliato e riducendo indirettamente anche i fattori di rischio per i familiari. Dai dati riscontrati però la settimana educativa non viene recepita con questa finalità, infatti tra coloro che avevano la possibilità di seguire la RC in autonomia, ossia il 63% del campione, nessuno ha coinvolto altre persone durante la settimana educativa, tranne in un caso in cui il paziente ha portato la moglie ma solo al primo incontro. Mentre il 37% che è stato accompagnato coincide con i pazienti che necessitavano di essere accompagnati per frequentare la RC. Questo dato dimostra come la settimana educativa non sia vista ancora come un momento educativo per l'intero gruppo familiare, che se la percepisse in questo modo potrebbe aiutare maggiormente il paziente. Gli eventuali cambiamenti che la settimana educativa propone possono portare a delle modifiche agli stili di vita; questo cambiamento positivo per essere duraturo ha certamente bisogno del supporto familiare. La famiglia va educata circa la nuova situazione che si è venuta a creare, così da non generare incomprensioni, dovute alla mancata informazione su come il paziente deve approcciarsi alla realtà che lo circonda.

Un altro dato rilevante è quello riguardante la scolarizzazione: si noti come, in coloro che non hanno partecipato alla RC, il 72% dei pazienti avesse una scolarizzazione elementare. La mancanza di conoscenze sulla malattia e sul suo trattamento può portare il paziente a prendere delle decisioni non oculate che sottovalutano la vera portata della patologia in atto, antepoendo altro alla salvaguardia della propria salute. L'avanzamento delle procedure chirurgiche sempre meno invasive e il tempo sempre minore di ricovero, con annesso un veloce recupero della salute possono infatti portare il paziente a sottostimare la

gravità del proprio problema cardiaco. L'importanza di spiegare come questo ritrovato stato di benessere per durare nel tempo debba essere sostenuto da uno stile di vita sano e da una corretta terapia farmacologica, deve essere una delle principali preoccupazioni del personale sanitario.

Un dato di preponderante importanza è l'effettiva difficoltà di recarsi agli incontri da parte dei pazienti, ben il 72% di coloro che non hanno partecipato alla RC. Le difficoltà sono risultate legate a problemi lavorativi per il 20%, alla mancanza di mezzi per il 70% e a uno stato di depressione e mancanza di volontà per un altro 20%. Lo stesso 72% ha dichiarato che anche gli orari in cui venivano svolti gli incontri ponevano delle difficoltà alla partecipazione. La proposta di un ciclo di RC, svolto al pomeriggio invece che alla mattina, alla fine dell'orario lavorativo, potrebbe permettere di partecipare agli incontri a chi ha problemi lavorativi o di mezzi, avendo meno difficoltà a farsi accompagnare. Questa ipotetica sessione di RC potrebbe permettere al 40% di coloro che hanno ridotto il ciclo di RC, che affermavano che frequentare la RC rubava tempo al proprio lavoro, di partecipare in maniera completa.

Il 70% di coloro che hanno ridotto la RC hanno infatti dichiarato che partecipando agli incontri, reputavano di sottrarre tempo ad altre attività come lavoro (motivazione riportata dal 100% degli intervistati in età lavorativa), routine quotidiana e famiglia (motivazione riportata dal 100% delle donne del campione).

La percentuale di rinunce e riduzioni del percorso di RC all'interno del Presidio Ospedaliero di Montebelluna è bassa. Il principale fattore che in entrambi i campioni ha influito, con percentuali superiori o uguali al 70%, è stato che il paziente pensasse che frequentando la RC avrebbe rubato tempo ad attività più utili. La ridotta partecipazione e la rinuncia del paziente cardiopatico ai programmi di Riabilitazione Cardiologica sono un problema di difficile soluzione. I problemi rilevati sono per lo più da attribuire a fattori personali e alla mancata informazione non intesa come non data, ma non verificata dall'operatore e/o non cercata dal paziente. Ad avvalorare questo dato ben il 79% di coloro che non hanno frequentato la RC non si sentono informati sulla malattia. Vanno rilevati inoltre i problemi di tipo logistico.

Campione 1 (10 pazienti)	Campione 2 (14 pazienti)
Per il 70% la RC ruba tempo ad attività più importanti;	Per il 72% la RC ruba tempo ad attività più importanti;
60% cambiare i propri impegni;	Il 72% per difficoltà a recarsi alla RC;
40% decisione presa in autonomia;	50% ritiene RC tarato solo per anziani;
30% necessita di supporto da parte dei familiari per recarsi agli incontri;	43% decisione presa in autonomia;
30% considera gli esercizi svolti in autonomia sovrapponibili a quelli della RC.	36% paura di non riuscire a svolgere le attività proposte.

Tabella III.I fattori che influiscono maggiormente nella scelta di riduzione o astensione alla RC.

La Riabilitazione Cardiologica è sicuramente parte integrante nel trattamento della malattia cardiologica e la mancata partecipazione è un'occasione persa per il paziente per essere più consapevole della malattia che lo affligge, di sapere quanto importante sia aumentare le proprie conoscenze sulla terapia farmacologica domiciliare, sulla dieta e sull'attività fisica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministero della Salute. Schema di piano sanitario (PSN) 2011-2013; Disponibile a : http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/28/PIANO%20SANITARIO%20NAZIONALE.pdf. Ultimo accesso: 14 settembre 2015.
- (2) Humphrey R., Guazzi M., Niebauer J. Cardiac Rehabilitation in Europe. Prog Cardiovasc Dis, 2014; 56: 551–556.
- (3) Ministero della Salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010; Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf. Ultimo accesso: 18 agosto 2015.
- (4) Goch A., Misiewicz P., Rysz J., Banach M. The Clinical Manifestation of Myocardial Infarction in Elderly Patients. Clin Cardiol, 2009; 32 (6): 46-51.
- (5) Riemenschneider F.M., Meinhard C., Damm K., Vauth C., Bockelbrink A., Greiner W., Willich S. Effectiveness of nonpharmacological secondary prevention of coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2010; 17: 688-700.
- (6) Ministero della Salute. Schema di piano sanitario (PSN) 2011-2013; Disponibile a : http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/28/PIANO%20SANITARIO%20NAZIONALE.pdf. Ultimo accesso: 14 settembre 2015.
- (7) Perugini E., Maggioni A.P., Boccanelli A., Di Pasquale G. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. Giornale Italiano di Cardiologia, 2010;11(10): 718-29.
- (8) Palmieri L. et al. Il Progetto Cuore 15 anni di attività per la prevenzione e la Riduzione del Rischio Cardiovascolare. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2013; 26(2): 3-8.
- (9) Berni G., Boscherini T., Chiaraboldi S., Coletta D., Corona T., Del Tacca M., Giustin S.E., et al. Linee di Indirizzo sulla Terapia Farmacologica Dell'Ipercolesterolemia. Giunta Regione Toscana, 2011; 3-15.
- (10) Temporelli P.L, Filippi A. La continuità assistenziale e terapeutica nei pazienti dopo infarto miocardico. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 2010; 4: 35-4(10).
- (11) Palmieri L., Barchielli A., Cesana C., et al., a nome del gruppo di ricerca del Progetto Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. The Italian Register of Cardiovascular Disease: Attack Rates and Case Fatality for Cerebrovascular Events. Cerebrovasc Dis, 2007; 24 (6): 530-9.

- (12) Progetto Cuore: Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie Cerebrovascolari. Istituto Superiore di Sanità, 2007. Disponibile a:
<http://www.cuore.iss.it/valutazione/valutazione.asp>. Ultimo accesso: 25 agosto 2015.
- (13) Jelinek M., Clark A.M., Oldridge N.B., Briffa T.G., Thompson D.R. Reconciling Systematic Review of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programmes for Coronary Heart Disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2011; 18:147-49.
- (14) Giannuzzi P., Saner H., Bjornstad H., Fioretti P., Mendes M., Cohen-Solal A. et al. Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation. Position Paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2003; 24: 1273-78.
- (15) Mittag O., Schramm S., Bohmen S., Huppe A., Meyer T., Raspe H. Medium-term Effects of Cardiac Rehabilitation in Germany Systematic Review and Meta-analysis of Results from National and International Trials. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2011; 18 (4): 587-93.
- (16) Dendale P., Hansen D., Berger J., Lamotte M. Long Term Cost Benefit Ratio of Cardiac Rehabilitation after PTCA. *Acta Cardiol*, 2008; 64 (3): 451-6.
- (17) Maroto Montero J.M., Ramirez R.A., Duran M.D., De Pablo Zarzos C., Abairra V. Cardiac Rehabilitation in Patient with Myocardial Infarction: a 10-years follow-up study. *Rev Esp Cardiol*, 2005; 58 (10): 1181-7.
- (18) Codice Deontologico dell'Infermiere. Federazione nazionale collegio IPASVI. Deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009.
Disponibili a: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
Ultimo accesso: 27 settembre 2015
- (19) Wenger N.K., Current Status of Cardiac Rehabilitation. *J Am Coll Cardiol*, 2008; 51 (17): 1619-31.
- (20) Greco C., Bianchi M., Rasile C. Criteri di accesso alla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol*, 2010; 11 (5 Suppl 3): 121S-123S.
- (21) Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyorala K., Keil U., for the EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries.

Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2009; 16: 121-37.

(22) Giannuzzi P., Griffo R., Urbinati S., Tassoni G., Baldi C., et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Ed Marchesini, 2005; 45-53.

(23) Hall S., Lorenc T. Secondary Prevention of Coronary Artery Disease. Am Fam Physician, 2010; 81 (3): 289-296.

(24) Jelinek M., Clark A.M., Oldridge N.B., Briffa T.G., Thompson D.R. Reconciling Systematic Reviews of Exercise-based Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programmes for Coronary Heart Disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2011; 18 (2): 147-49.

(25) Giallauria F., Cirillo P., D'Agostino M., Petrillo G., Vitelli A., Pacileo M., Angri V., Chiariello M., Vigorito C. Effects of Exercise Training on High-Mobility Group Box-1 Levels After Acute Myocardial Infarction. J Card Fail, 2011; 17 (2):108–114.

(26) Giannuzzi P., Temporelli P.L., Marchiali R., Maggioni A.P., Balestroni G., Ceci V., Chieffo C., Gattone M. et al. Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. Arch Intern Med, 2008;168(20): 2194-204.

(27) Giannuzzi P., Griffo R., Urbinati S., Tassoni G., Baldi C., et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Ed Marchesini, 2005; 28-30.

(28) Beswick A.D., Rees K., West R.R., Taylor F.C., Burke M., Griebisch I., Taylor R.S., Victory J., Brown J., Ebrahim S. Improving Uptake and Adherence in Cardiac Rehabilitation: literature review. J Adv Nurs, 2005; 49(5): 538-55.

(29) Fliedner M., Degen Kellerhals S., Aerts E. Aderenza alle terapie farmacologiche anti-tumorali per via orale. EBMT 2013.

(30) Colivicchi F. et al. Aderenza terapeutica. G Ital Cardiol, 2010; 11 (5 Suppl 3).

(31) Wu J-R. et al. Medication Adherence is a Mediator of the Relationship Between Ethnicity and Event-Free Survival in Patients With Heart Failure. J Card Fail, 2010; 16 (2): 142–149.

(32) Clark A.M., King-Shier K.M.et al. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *Am Heart J*, 2012; 164: 835-845.

(33) Gialluria F., Romano M., De Lorenzo A., Manakos A., Ianicelli A., De Cristofaro A., De Corato G., Del Forno D., Vigorito C.. Fattori che condizionano l'adesione e la partecipazione ai programmi di riabilitazione cardiologica Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs. *It. J. Practice Cardiol* 2004; 3: 20-25.

ALLEGATI

Allegato 1: Questionario rivolto ai pazienti che hanno ridotto il percorso di RC.....	I
Allegato 2: Questionario rivolto ai pazienti che hanno rinunciato al percorso di RC.....	II
Allegato 3: Grafici.....	V

Allegato1: Questionario rivolto ai pazienti che hanno ridotto il percorso di RC.

QUESTIONARIO

Generalità

- Sesso: maschio femmina

- Età :.....

- Comune di residenza:.....

- Grado di istruzione: licenza elementare licenza media diploma laurea

- Occupazione: dipendente libero professionista pensionato
 Altro(specificare).....

- Stato civile: celibe sposato

- Ha figli: Si No
Se SI, quanti: 1 2 3 Altro(specificare).....

- Con chi vive? Figli Moglie Altro(specificare).....

- Lavora solo lei in famiglia? Si No
se NO, chi? (specificare)

- Fuma? Si No
se SI, pensa di smettere? Si No

- Diabete? Si No

- Ipertensione? Si No

- Ipercolesterolemia? Si No

1) Chi l'ha inviata a seguire un percorso riabilitativo?

2) Quali fattori o cause l'hanno condizionato nel ridurre il percorso di riabilitazione

cardiologica (RC) ?

3) A quante settimane di RC ha partecipato? 1 2

4) Ha partecipato alla settimana educativa? Si No

5) Se SI, alla settimana educativa ha partecipato qualcuno insieme a lei? Chi?

6) Era la prima volta che intraprendeva un percorso di RC? Si No

7) Se NO, ha intrapreso in maniera completa la RC la volta precedente? Si No

8) Svolgeva attività fisica prima dell'evento acuto? Si No

9) Agli incontri di RC si recava da solo? Si No

10) Se NO, chi l'accompagnava?

familiari amici badante altro (specificare).....

11) Per frequentare la RC ha dovuto modificare i suoi impegni durante la giornata? Si

No

12) Sentiva di rubare tempo ad altre occupazioni frequentando la RC? Si No

13) Se SI, quali?

14) La sua decisione di ridurre la partecipazione è stata:

autonoma ne ha parlato con qualcuno

Con chi? familiari amici altro (specificare)

Allegato 2: Questionario rivolto ai pazienti che hanno rinunciato al percorso di RC.

Generalità

- Sesso: maschio femmina

- Età :.....

- Comune di residenza:.....

- Grado di istruzione: licenza elementare licenza media diploma laurea

- Occupazione: dipendente libero professionista pensionato
 Altro(specificare).....

- Stato civile: celibe sposato

- Ha figli: Si No
Se SI, quanti: 1 2 3 Altro(specificare).....

- Con chi vive? Figli Moglie Altro(specificare).....

- Lavora solo lei in famiglia? Si No
se NO, chi? (specificare)

- Fuma? Si No
se SI, pensa di smettere? Si No

- Diabete? Si No

- Ipertensione? Si No

- Ipercolesterolemia? Si No

1) Chi l'ha inviata a seguire un percorso riabilitativo?

2) Quando ha deciso di non avvalersi del servizio? ancora ricoverato a casa

- 3) La sua decisione di non partecipare è stata:
 autonoma ne ha parlato con qualcuno
- 4) Se ne ha parlato con qualcuno, con chi ?
 familiari amici altro (specificare)
- 5) Ha già intrapreso un percorso di riabilitazione cardiologica (RC) in passato? Si No
- 6) Se SI, ha partecipato al percorso in maniera completa? Si No
- 7) Non ha partecipato perché aveva difficoltà a recarsi agli incontri di RC? Si No
- 8) Gli orari non le permettevano di recarsi agli incontri di RC? Si No
- 9) Se SI, per: problemi lavorativi
 mancanza di mezzi per aggiungere l'ospedale
 altro (specificare).....
- 10) Ha intrapreso percorsi alternativi alla RC? Si No
- 11) Se SI,
quali? _____

- 12) Ritiene che l'attività che vengono svolte siano per persone anziane? Si No
- 13) Ha ritenuto che svolgere la RC avrebbe tolto tempo ad altre attività? Si No
- 14) Aveva paura di non essere in grado di affrontare le attività proposte in RC? Si No
- 15) Svolgeva attività fisica prima dell'evento acuto? Si No
- 16) Pensa di essere sufficientemente informato sulla malattia? Si No

Allegato 3. Grafici.

Grafico I. Attività lavorativa praticata dai pazienti quando è stata proposta la RC.

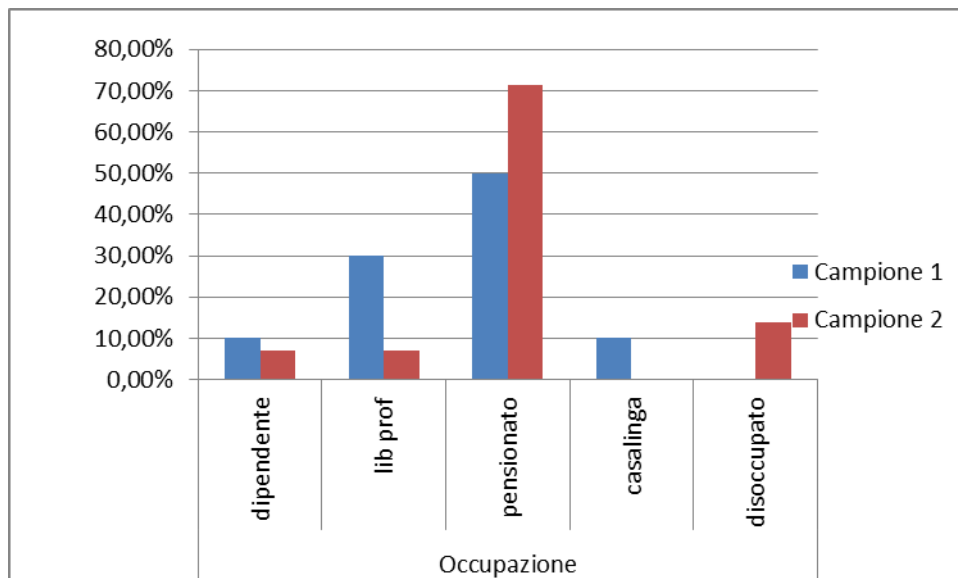


Grafico II. Grado di scolarizzazione dei pazienti.

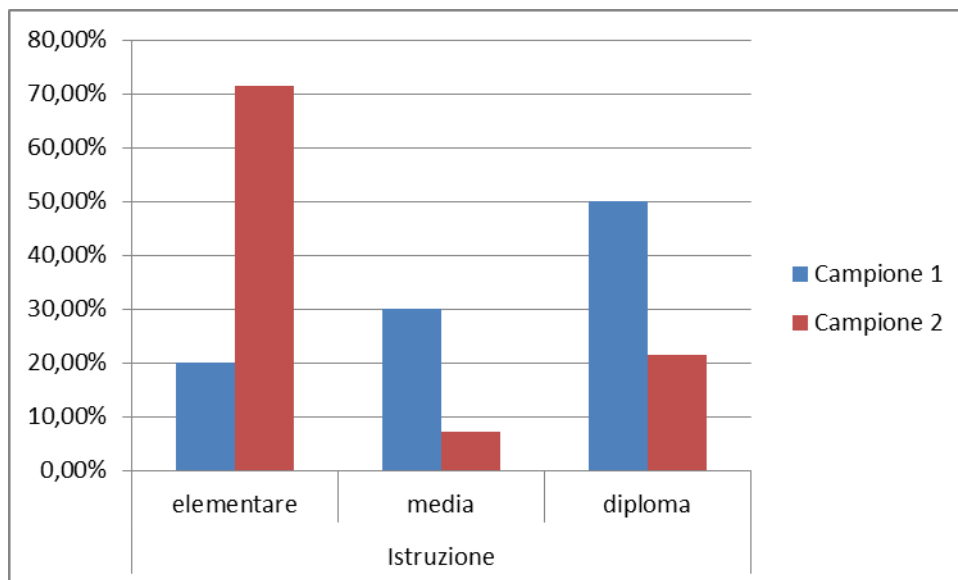


Grafico III. Patologie o trattamento dei pazienti per cui è stata proposta la RC.

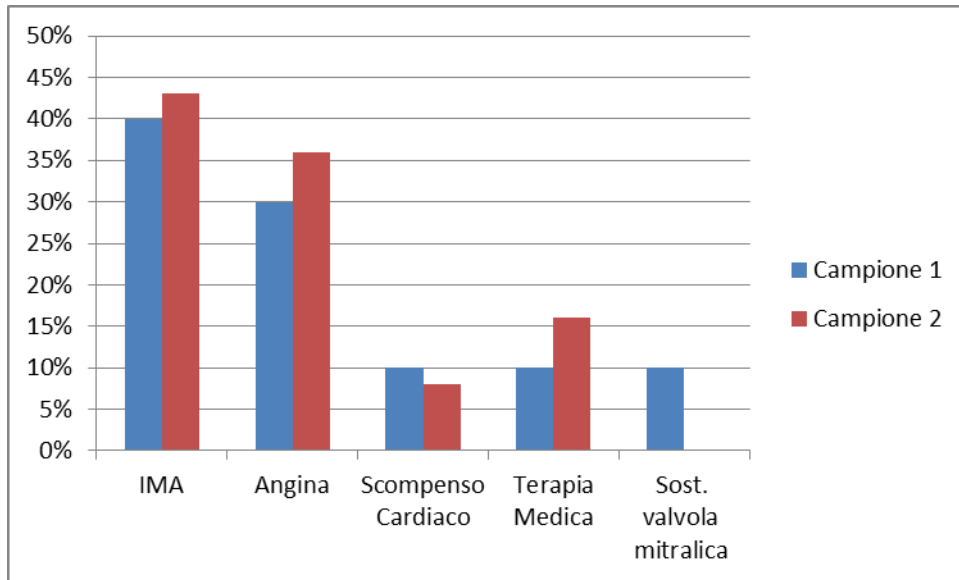


Grafico IV. Attività lavorativa praticata dai pazienti.

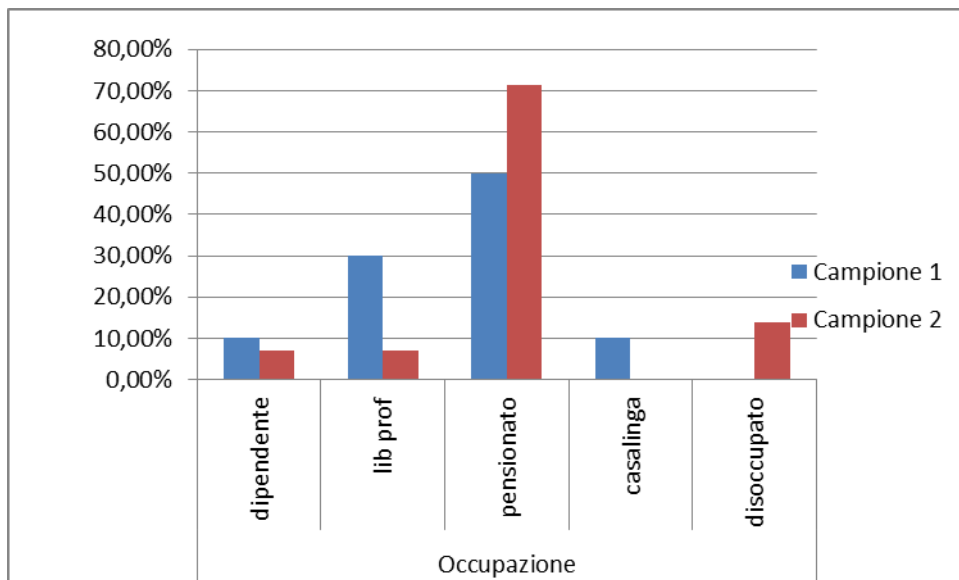


Grafico V. Attività fisica svolta regolarmente dal paziente quando è stato proposto la RC.

