



**Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea

**Modifica dei fattori di rischio negli utenti
in riabilitazione cardiologica
studio descrittivo osservazionale**

Relatore: Prof.ssa Annunziata Guadagni

Correlatore: Maria Marila Meroni

Laureanda: Valentina Toniolo

Matricola: 1047365

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



SISTEMA
BIBLIOTECARIO
DI ATENEIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a _____ Toniolo Valentina _____ nato/a a _____ Verona _____
il _____ 13/08/1993 _____ residente a _____ Caltrano _____
tel. _____ 349 6896428 _____
e-mail _____ vale.993@me.com _____
matricola _____ 1047365 _____

laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteria a consegnare presso la
biblioteca medica "Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

- Laurea Triennale

Anno Accademico _____ 2014-2015 _____ Data della tesi _____ 27/11/2015 _____

Titolo della tesi _____ Modifica dei fattori di rischio negli utenti in riabilitazione cardiologica _____
_____ studio descrittivo osservazionale _____

Parole chiave _____ Patologie cardiovascolari, Prevenzione secondaria malattie cardiovascolari _____
_____ Riabilitazione cardiovascolare, Fattori rischio patologie cardiovascolari, Infermiere/
_____ Riabilitazione cardiologica, Educazione/Autocura. _____

Abstract _____ inserito nel file _____

Tesi: sperimentale compilativa ricerca
epidemiologica

Relatore _____ Guadagni Annunziata _____ Correlatore _____ Meroni Maria Marila _____

Padova, li _____ 19/11/2015 _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a Toniolo Valentina

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in [Padua@thesis](#), l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in [Padua@thesis](#) e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 19/11/2015

Firma

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale [Padua@thesis](#) mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

INDICE

| | |
|--|----|
| RIASSUNTO..... | |
| CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA | 1 |
| 1.1 Problema e scopo..... | 1 |
| 1.2 Quesiti di ricerca..... | 1 |
| CAPITOLO 2: TEORIE E CONCETTI..... | 3 |
| 2.1 Epidemiologia delle patologie cardiovascolari..... | 3 |
| 2.2 Revisione bibliografica..... | 4 |
| 2.3 I fattori di rischio per patologia cardiovascolare | 4 |
| 2.4 Diffusione dei fattori di rischio per patologie cardiovascolari in Italia..... | 5 |
| 2.5 La riabilitazione cardiologica | 6 |
| 2.5.1 Definizione. | 6 |
| 2.5.2 I programmi. | 6 |
| 2.6 Il team multidisciplinare e l’infermiere | 7 |
| CAPITOLO 3: SCOPO DELL’INDAGINE | 9 |
| CAPITOLO 4: MATERIALE E METODI | 11 |
| 4.1 Disegno dello studio | 11 |
| 4.2 Campionamento..... | 11 |
| 4.3 Setting: “Cardio Action” | 11 |
| 4.3.1 Programma “Cardio Action” | 12 |
| 4.4 Attività di raccolta dati. | 12 |
| 4.5 Strumenti | 13 |
| 4.6 Metodi statistici | 14 |
| CAPITOLO 5: RISULTATI..... | 15 |
| 5.1 Caratteristiche del campione | 15 |

| | |
|---|-------|
| 5.2 Abitudine del fumo..... | 15 |
| 5.3 Peso, BMI e Circonferenza Vita..... | 16 |
| 5.4 Colesterolo Totale, Colesterolo LDL, Colesterolo HDL..... | 17 |
| 5.5 Pressione Arteriosa..... | 18 |
| 5.6 Ansia e Depressione..... | 19 |
| 5.7 GMS e VAS, tono dell'umore e percezione soggettiva dello stato di salute..... | 20 |
| 5.8 Classifica Caspersen e Powell e valori ISWT..... | 20 |
| CAPITOLO 6: DISCUSSIONE..... | 23 |
| 6.1 Significato ed importanza dei risultati..... | 23 |
| 6.2 Limiti..... | 26 |
| 6.3 Implicazioni per la pratica..... | 26 |
| 6.4 Conclusione..... | 27 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 29 |
| ALLEGATI..... | |
| ALLEGATO N. I - Tabella Revisione Bibliografica..... | I |
| ALLEGATO N. II – Tabella Dati Utenti “Cardio Action” Excel..... | XII |
| ALLEGATO N. III – Questionari “Convinzioni Ed Esperienze”..... | XIII |
| ALLEGATO N. IV – Scala HAD..... | XV |
| ALLEGATO N. V – Scala GMS..... | XVI |
| ALLEGATO N. VI - Scala sullo Stato di salute percepito VAS..... | XVII |
| ALLEGATO N.VII – Grafici dei Risultati..... | XVIII |

RIASSUNTO

Background. Nella maggioranza delle popolazioni europee le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte prematura. Il loro sviluppo è associato allo stile di vita e ai fattori di rischio modificabili: è stato dimostrato che la correzione di quest'ultimi riduce la mortalità e la morbilità nei soggetti con tali patologie. L'infermiere attraverso l'educazione alla salute guida e aiuta gli utenti ad adottare uno stile di vita sano per ridurre o eliminare i fattori di rischio per patologie cardiovascolari.

Obiettivo. La ricerca intende studiare la modifica dei fattori di rischio modificabili in un campione di utenti in riabilitazione cardiovascolare con lo scopo di osservare la diminuzione degli stessi che a sua volta è indice di capacità di autocura e di adozione di uno stile di vita sano da parte degli utenti.

Materiali e metodi. Studio descrittivo osservazionale retrospettivo del cambiamento dei fattori di rischio per patologie cardiovascolari in un campione di 100 utenti in riabilitazione cardiovascolare presso la struttura "Cardio Action" di Thiene tra gli anni 2013-'15. Alla base dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura sul problema trattato. In seguito, attraverso la costruzione di una griglia, sono stati raccolti e riportati in Microsoft Excel 2011 i dati necessari per lo studio ricavati dalle cartelle cliniche degli utenti presi in considerazione; i dati sono stati standardizzati e analizzati attraverso indagini statistiche. Infine, sono stati costruiti grafici esemplificativi dei risultati.

Risultati e conclusioni. Attraverso il confronto dei dati, si è osservato che, complessivamente, gli utenti presentano una riduzione di gran parte dei fattori di rischio a distanza di un anno dal reclutamento nella struttura di riabilitazione. Ciò conferma l'efficacia degli interventi dell'equipe e, in particolare, dell'infermiere nell'educare, motivare e aiutare gli utenti a ridurre i fattori di rischio cardiovascolari ottenendo benefici a lungo termine.

Parole chiave. Patologie cardiovascolari, Prevenzione secondaria malattie cardiovascolari, Riabilitazione cardiovascolare, Fattori rischio patologie cardiovascolari, Infermiere/Riabilitazione cardiologica, Educazione/Autocura.

ABSTRACT

Background. Cardiovascular diseases are the principal cause of premature death in the most of European populations. Their development is associated to lifestyle and modifiable risk factors: it has been shown that the correction of them reduces mortality and morbidity in users with these diseases. Through health education nurses help and drive users to adopt a healthy lifestyle to reduce or eliminate risk factors for cardiovascular disease..

Objective. The research aims to study the modification of modifiable risk factors in a sample of users in cardiovascular rehabilitation with the purpose to observe the decrease of these factors. This can be also an indication of users's self-care ability and users's adoption of a healthy lifestyle.

Materials and methods. Descriptive observational retrospective study that shows the changing of risk factors for cardiovascular disease in a sample of 100 patients in Thiene cardiac rehabilitation "Cardio Action" center between the years 2013-'15. A literature review was carried out on the problem treated at the beginning of the study. Later, the informations needed for the study obtained from users records have been collected and reported in a table in Microsoft Excel 2011; data were standardized and analyzed through statistical surveys. Finally, graphic examples of results were built.

Results and conclusions. By comparing the data, it was found that, overall, users show a reduction of most risk factors after one year from the recruitment in the rehabilitation center. This confirms the efficacy of team and nurses's interventions to educate, motivate and help users to reduce cardiovascular risk factors, obtaining long-term benefits.

Key words. Cardiovascular diseases, Secondary prevention cardiovascular diseases, Cardiovascular rehabilitation, Cardiovascular diseases risk factors, Nurse/Cardiac Rehabilitation, Education/Self-care.

CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA

1.1 Problema e scopo. La prevenzione secondaria, parte integrante della riabilitazione cardiovascolare (RC), permette alla persona di ridurre i fattori di rischio (FR) per le patologie cardiovascolari (CVP). La gran parte del lavoro è fatta dalla persona stessa, soggetto attivo del percorso di riabilitazione: è la persona che acconsente ed è decisa a partecipare al percorso e a voler cambiare il suo stile di vita per prevenire nuove ricadute o altri problemi di salute. D'altra parte, la persona ha bisogno di essere incoraggiata ed educata a cambiare stile di vita in quanto non sempre è facile modificare le proprie abitudini che siano alimentari, sul fumo, sull'attività fisica o altro; anche per questo la persona necessita di informazioni ed educazione per capire la sua patologia, le conseguenze, i fattori di rischio e i suoi fattori di rischio, come ridurli e come prevenire la progressione della patologia e le ricadute (Gay B., 2013). L'elaborato di tesi vuole descrivere la modifica dei FR negli utenti partecipanti alla RC presso il servizio "Cardio Action" di Thiene e in modo particolare l'abitudine del fumo, il peso (BMI), la circonferenza vita, la pressione arteriosa, i valori ematici di colesterolo, le abitudini di attività fisica, l'ansia e la depressione facendo un confronto tra i dati reperiti in tre momenti diversi del percorso riabilitativo (incontro base/iniziale, follow up a 6 mesi e 1 anno). Obiettivo primario dell'equipe multidisciplinare della "Cardio Action" è quello di rendere gli utenti capaci di autocura per ridurre i fattori di rischio per CVP grazie all'adozione di uno stile di vita sano. In questo, l'infermiere ha un ruolo fondamentale, svolge valutazioni e interventi in campo infermieristico, psico-sociale e gestionale, è attento sia alle necessità fisiche che a quelle emotive, considerando gli utenti nella loro globalità; è il principale responsabile dell'educazione e del monitoraggio degli utenti. L'infermiere collabora con le figure professionali, ha un ruolo di coordinamento ed è punto di riferimento per la comunicazione all'interno dell'equipe multidisciplinare.

1.2 Quesiti di ricerca. Qual è lo stato epidemiologico delle CVP? Quali sono i FR? Come sono distribuiti in Italia? Cosa si intende per riabilitazione cardiovascolare? Qual è il ruolo dell'infermiere in RC? Cos'è la "Cardio Action" e come si sviluppa il suo programma? Durante il percorso "Cardio Action" gli utenti mostrano una diminuzione dei fattori di rischio per CVP? Quanti/quali utenti non hanno raggiunto i risultati previsti? Quali possono essere i motivi di una modifica positiva/negativa dei FR o di una non variazione? Quali strategie può mettere in atto l'infermiere per modificare/migliorare i risultati?

CAPITOLO 2: TEORIE E CONCETTI

2.1 Epidemiologia delle patologie cardiovascolari. Le patologie cardiovascolari (CVP) sono la prima causa di morte nel mondo: sono responsabili di una morte su tre nel mondo e di una su due nei paesi occidentali. Inoltre, secondo le stime (OMS, 2008) il numero di decessi annui per queste patologie continuerà a crescere in tutto il mondo visto anche l'invecchiamento della popolazione. Secondo L'American Heart Association (AHA) nel 2005 negli Stati Uniti le malattie cardiovascolari rappresentano il 35,2% di tutte le morti, cioè 1 ogni 2,8 morti è per malattia cardiovascolare e solo le malattie coronariche sono responsabili di 1 ogni 5 morti. Secondo le stime, circa ogni 25 secondi, un americano ha un IMA, e circa ogni minuto qualcuno muore per IMA. Secondo le ultime linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari (2012), in Europa, sebbene nelle ultime decadi la mortalità per la malattia cardiovascolare sia in calo in molti dei paesi europei, tale patologia rimane la causa più frequente di morte precoce: le CVP uccidono più di 4,3 milioni di persone ogni anno e sono causa del 48% di tutti i decessi. Anche in Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte in quanto responsabili del 44% di tutti i decessi e, in particolare, la cardiopatia ischemica rappresenta il 28% di tutte le morti. Durante la seconda metà del XX secolo, la mortalità per cardiopatia coronarica in Italia ha subito notevoli cambiamenti: prima un incremento durato fino alla metà degli anni '70, poi un lento e continuo decremento, che è ancora oggi in corso. Dalla figura I si può notare che la riduzione della mortalità per cardiopatia coronarica nella fascia di età 25-84 anni tra il 1980 e il 2000, è attribuibile per il 40% ai trattamenti e per il 55% alla variazione dei fattori di rischio. Negli ultimi trent'anni la vita media è aumentata di almeno dieci anni e la cardiologia ha contribuito per sette anni a questo incremento grazie ai progressi nel trattamento dell'infarto miocardico e dello scompenso cardiaco. Però, si è solo trasformata una patologia acuta in cronica dato che la malattia cardiovascolare continua ad essere la prima causa di morte del mondo. La prevenzione diventa quindi fondamentale; lo studio INTERHEART, condotto in 33 paesi nel mondo, dice chiaramente che se riuscissimo modificare i fattori di rischio della popolazione mondiale cambiando lo stile di vita, si potrebbe prevenire il 90% delle CVP.

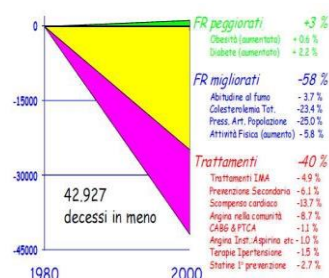


Figura I: Declino della mortalità dal 1980 al 2000

2.2 Revisione bibliografica. Alla luce di questo quadro epidemiologico sono state condotte ricerche più specifiche nella letteratura (Vedi Tabella Revisione Bibliografica, Allegato n.I) riguardo la diffusione dei fattori di rischio modificabili per le patologie cardiovascolari, il loro effetto nel peggioramento della patologia se non trattati e, a sua volta, il beneficio di una loro diminuzione nel ritardare e/o regredire la patologia stessa. Il ruolo della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare diventa dunque fondamentale e da qui la funzione del team multiprofessionale e dell'infermiere che, attraverso un progetto educativo, aiutano gli utenti cardiopatici a gestire i fattori di rischio affinché raggiungano risultati favorevoli per la salute e duraturi nel tempo.

2.3 I fattori di rischio per patologia cardiovascolare. I fattori di rischio (FR) per la malattia cardiovascolare si dividono in “non modificabili” (sesso, età, razza, familiarità) e “modificabili” (profilo lipidico e glicemico, ipertensione arteriosa, obesità, fumo, alimentazione scorretta, sedentarietà, stress). La maggior parte delle malattie cardiovascolari può essere prevenuta agendo sui fattori di rischio comportamentali (OMS, 2015); modificarli diventa fondamentale per diminuire la progressione, le ricadute e la mortalità. Lo studio caso-controllo INTERHEART, pubblicato nella rivista Lancet nel settembre 2004, di Yusuf S. et al. e basato su 52 paesi che rappresentano tutti i continenti abitati, individua nove principali fattori di rischio di infarto: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete, obesità addominale, stress, mancanza di consumo quotidiano di frutta e verdura, consumo di alcol e mancanza di esercizio fisico. Lo studio afferma che questi fattori permettono di prevedere il rischio di un attacco di cuore nel 90% dei casi negli uomini e nel 94% dei casi nelle donne. Dato che essi sono uguali in tutto il mondo, in entrambi i sessi e in tutte le età, per la prevenzione si possono adottare approcci simili in tutto il mondo. Analizzando singolarmente alcuni dei FR, si capisce ancor meglio il loro impatto sulle CVP. Innanzitutto, il fumo a cui, secondo studi recenti, sono attribuite più di 1 su 10 morti da CVP in tutto il mondo nel 2000; gli effetti del fumo sulla CVP influenzano anche altri FR: l'abitudine di fumo da sola raddoppia il livello di rischio e la presenza simultanea di un altro fattore di rischio comporta a un rischio quadruplo per malattie cardiovascolari rispetto a persone senza fattori di rischio. Smettere di fumare dopo un infarto miocardico costituisce la misura preventiva più efficace, ma è anche un difficile ostacolo poiché l'abitudine del fumo è legata a componenti farmacologiche e psicologiche molto forti. Anche l'obesità ha una notevole influenza sulle CVP: studi

dimostrano che il rischio di mortalità per patologie cardiovascolari è correlato al BMI, infatti in persone obese con $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ è di 2-3 volte maggiore rispetto alle persone magre. La perdita di peso attraverso la dieta e l'esercizio fisico è raccomandato per il trattamento dell'obesità e può migliorare o prevenire molti dei FR correlati ad essa per CVP. I benefici metabolici sono stati riscontrati dopo un calo del 5% del peso iniziale e migliorano con l'aumento della perdita di peso. E' stato inoltre dimostrato che anche elevati livelli di colesterolo plasmatico e colesterolo LDL sono uno dei maggiori fattori di rischio per CVP: l'evidenza che la riduzione di colesterolo LDL plasmatico comporta a una riduzione del rischio per CVP è infatti inequivocabile. In studi epidemiologici, anche elevati valori pressori sono identificati come un fattore di rischio per CVP e recenti meta-analisi confermano che il contributo negativo di valori pressori elevati aumenta dopo i 55 anni e che gli individui che hanno valori di pressione sanguigna elevati, sono anche vittime di altri fattori di rischio per malattie cardiovascolari e hanno gli organi bersaglio danneggiati (Perk J. et al, 2012). Studi clinici evidenziano che una riduzione della pressione arteriosa a 120/75 mmHg porta a una progressiva riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari, ma non ci sono sufficienti dati per definire un valore pressorio ottimale per la prevenzione secondaria. Per quanto riguarda l'attività fisica invece, come sostenuto dalle linee guida, la sedentarietà è uno dei maggiori FR per la patologia cardiovascolare e l'attività fisica regolare un importante strumento non farmacologico in prevenzione primaria e secondaria. L'attività fisica, come confermano molti studi, ha infatti un effetto positivo sulla CVP e sugli altri fattori di rischio e la prescrizione dell'esercizio fisico deve essere tarata in base al profilo clinico di ciascun utente. Infine, studi osservazionali confermano la correlazione tra eventi cardiaci e sintomi di depressione e ansia: poiché quest'ultimi influenzano il corso della malattia coronarica, devono essere considerati nella stratificazione del rischio e nel trattamento di utenti post evento cardiovascolare. In modo particolare, uno studio di coorte afferma che i sintomi depressivi influenzano la prognosi dopo un evento cardiovascolare aumentando il rischio di mortalità.

2.4 Diffusione dei fattori di rischio per patologie cardiovascolari in Italia. I risultati presentati in seguito sono frutto di un confronto di dati (elaborato dall'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health examination survey) della popolazione italiana residente in Italia nell'anno 2000 e 2010 per la fascia di età 35-74 anni, sulla variazione della prevalenza dei fattori di rischio per le patologie cardiovascolari. È emerso che, nel

decennio esaminato, la prevalenza di ipertensione arteriosa è diminuita nelle donne (37% nel 2010), mentre il 50% circa degli uomini è rimasto iperteso; il valore medio del colesterolo totale e la prevalenza di ipercolesterolemia sono aumentati sia negli uomini (~34% nel 2010) che nelle donne (~36% nel 2010) così come la prevalenza di colesterolemia LDL elevata e il valore medio del colesterolo HDL. È stato poi registrato per entrambi i sessi un incremento del valore medio dell'indice di massa corporea, del valore della circonferenza vita e della prevalenza dell'obesità che ha raggiunto il 25%. La prevalenza di inattività fisica nel tempo libero è rimasta su livelli molto elevati (~42% per gli uomini e 46% per le donne). Per quanto riguarda il fumo, il 20% degli uomini e delle donne nel 2010 fuma correntemente anche se si è registrata una importante diminuzione degli uomini fumatori e una tendenza alla riduzione delle donne fumatrici. In generale, il rischio cardiovascolare globale assoluto (probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi 10 anni) si è ridotto nelle donne a 2,5% (da 3,2%) mentre risulta invariato, intorno all'8% negli uomini.

2.5 La riabilitazione cardiologica

2.5.1 Definizione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Cardiologia Riabilitativa (CR) come un processo multi-fattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza. A proposito di prevenzione delle patologie cardiovascolari, le ultime linee guida affermano che è necessaria perché tali malattie rappresentano la prima causa di morte nel mondo, che permette una riduzione della mortalità e che gli sforzi di prevenzione devono essere per tutta la vita, dalla nascita (se non prima) alla vecchiaia.

2.5.2 I programmi. I programmi di CR includono varie componenti: l'assistenza clinica volta alla stabilizzazione, la valutazione del rischio cardiovascolare globale, l'identificazione di obiettivi specifici per la riduzione dei fattori di rischio, la formulazione di un piano di trattamento individuale, la prescrizione di un programma di attività fisica finalizzato a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, gli interventi per migliorare la capacità funzionale, per favorire il reinserimento sociale e lavorativo e per mantenere e consolidare i risultati ottenuti favorendo l'aderenza a lungo termine e garantendo la

continuità assistenziale. Ogni utente seguirà un percorso personalizzato e specifico per raggiungere i seguenti obiettivi: perseguire la stabilità clinica, limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare, migliorare la capacità funzionale incidendo favorevolmente sul grado di autonomia, di indipendenza e sulla qualità di vita (breve termine), ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, ritardare la progressione del processo aterosclerotico, della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico, ridurre morbilità e mortalità (medio-lungo termine).

2.6 Il team multidisciplinare e l'infermiere. Le ultime Linee di indirizzo per la Riabilitazione prodotte dal Ministero della Salute, affrontando l'ambito della riabilitazione (inclusa quella cardiovascolare), richiamano il ruolo centrale del team che, realizzando il programma attraverso il lavoro interprofessionale ed interdisciplinare, rappresenta il metodo più efficace per favorire il raggiungimento di obiettivi terapeutici mirati, continuativi ed efficaci in relazione ai bisogni reali dell'utente. Il team della riabilitazione cardiologica è composto da: cardiologo, infermieri, dietista, fisioterapista e psicologo. Secondo i principi del Codice deontologico dell'Infermiere, l'assistenza infermieristica si realizza anche attraverso interventi specifici di natura relazionale ed educativa (art.2) laddove l'infermiere "...ascolta, informa e coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali" (art.20). Il ruolo dell'infermiere in RC è quindi anche quello di operare nell'ottica di un progetto educativo mirato alla gestione dei fattori di rischio cardiovascolari e all'aderenza alla terapia farmacologica e si può poi dividere in tre aree.

1) Ruolo tecnico. L'infermiere collabora con il medico per l'esecuzione di indagini strumentali che consentono di definire il profilo di rischio di ciascun utente.

2) L'educatore alla salute. Lo strumento di educazione alla salute è il counseling e lo scopo è quello di aiutare la persona a mobilitare le proprie risorse personali nell'affrontare il problema che viene portato all'interno della relazione; per questo anche l'aspetto motivazionale diventa rilevante, cioè valutare quanto l'utente si sente pronto a cambiare, quanto si ritiene in grado di poter cambiare e quanto forte sente la spinta al cambiamento. Il counseling infermieristico in prevenzione dovrebbe aiutare l'utente nello smettere di fumare, nell'adesione e nella gestione del regime alimentare, della terapia farmacologica, di un piano di attività fisica corretto, nel ritorno al lavoro e nella ripresa dell'attività sessuale. Educare alla salute comprende anche fornire informazioni sulle terapie, educare l'utente all'autocontrollo del peso, della pressione arteriosa, del glucosio e altri valori

ematochimici nel sangue attraverso controlli periodici.

3) Il supporto psicologico. È importante il controllo delle reazioni emotive sin dalle fasi iniziali del ricovero continuando anche dopo la dimissione poiché le malattie cardiovascolari determinano spesso una serie di reazioni e comportamenti che condizionano la ripresa psicologica dell'utente. Attraverso il counseling, i colloqui individuali e l'uso di specifici strumenti, l'infermiere può rilevare i problemi psicologici dell'utente e, soprattutto nel caso in cui essi siano gravi e complessi, l'infermiere segnala l'utente allo psicologo preparando accuratamente la persona all'incontro.

CAPITOLO 3: SCOPO DELL'INDAGINE

Con il progresso delle terapie farmacologiche e delle procedure diagnostiche e terapeutiche nelle malattie cardiovascolari, negli ultimi anni ci sono sempre più persone che sopravvivono a eventi acuti, ma utenti cardiopatici dopo un evento acuto e/o con cardiopatia cronica hanno bisogno di aiuto e attenzione per ristabilire la loro qualità di vita, per mantenere o migliorare la capacità funzionale ed evitare il ripetersi di eventi avversi. L'obiettivo generale per gli utenti e le loro famiglie che partecipano al percorso di Riabilitazione Cardiologica (RC) così come quello della "Cardio Action", servizio dell'Ulss 4 Thiene, è quello di ritardare il processo aterosclerotico e della patologia sottostante e, se possibile, indurre la regressione della malattia e diminuire il rischio di successivi eventi cardiovascolari. Alla fine, gli utenti dovrebbero diventare autonomi nel gestire un controllo dei fattori di rischio attraverso un cambiamento dello stile di vita. L'indagine condotta nell'elaborato di tesi ha appunto lo scopo di osservare la presenza di un cambiamento dello stile di vita attraverso il confronto e l'analisi oggettiva di dati che possono rappresentare l'effettiva diminuzione dei fattori di rischio degli utenti in riabilitazione cardiologica. I dati raccolti sono (oltre ai seguenti, sono stati raccolti anche dati anagrafici e anamnestici): abitudine del fumo, peso, BMI, giro vita, pressione arteriosa, valore colesterolemici (colesterolo totale, HDL, LDL), attività fisica con ISWT (Shuttle Walking Test), punteggio scala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), punteggio scala GMS (Global Mood Scale) e punteggio scala VAS (Visual Analogue Scale) su percezione soggettiva dello stato di salute. Questi sono stati raccolti in tre momenti diversi del percorso (incontro base, FU a 6 mesi e a 1 anno) per descrivere appunto se l'utente sta mettendo o ha messo in atto un cambiamento del suo stile di vita raggiungendo quindi determinati parametri/valori considerati ideali per la prevenzione secondaria per eliminare/ridurre il rischio di un ulteriore evento cardiovascolare. I punti di riferimento dei valori ottimali da raggiungere a cui si confrontano i dati rilevati dall'indagine condotta si basano sui valori perseguiti dalla struttura riabilitativa "Cardio Action" e sulle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare 2012 (Joint Task Force). Gli obiettivi da raggiungere sono:

- Cessazione dell'abitudine di fumare.
- Attività fisica aerobica pari al 60-75% della frequenza massima teorica per l'età al picco

dell'esercizio, di durata 30-40', 4-5 volte alla settimana; in alternativa durata 1 h, 2-3 volte alla settimana. In altre parole, favorire il cambiamento delle abitudini di attività fisica in modo tale che questa diventi regolare rispetto alle caratteristiche dell'utente. Si valuterà anche il generale aumento dei valori ISWT.

- Valore Colesterolo Totale minore o uguale a 175 mg/dl; colesterolo LDL minore o uguale a 70 mg/dl; colesterolo HDL maggiore o uguale a 40 mg/dl e a 45 mg/dl rispettivamente per uomini e donne.

- Pressione arteriosa: sistolica compresa tra 130-140 mmHg e diastolica compresa tra 80-85 mmHg; non superiore a 130/80 mmHg per utenti cardiopatici diabetici.

- BMI compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m².

- Circonferenza Vita minore o uguale a 94 e a 80 cm rispettivamente per uomini e donne.

- Punteggio scala HADS: valori ansia e depressione minori o uguali a 7 ("normali").

- Aumento generale del punteggio della scala sul tono generale dell'umore (GMS) e VAS sulla percezione soggettiva dello stato di salute.

Scopo dell'indagine è quindi quello di osservare il conseguimento degli obiettivi predefiniti e il loro mantenimento/miglioramento nel tempo che, a loro volta, indicano un cambiamento dello stile di vita e l'acquisizione della capacità di autocura da parte dell'utente nel gestire la patologia e i suoi fattori di rischio (es. capacità seguire una dieta equilibrata e un'attività fisica corretta e regolare, capacità di monitoraggio del peso e della pressione arteriosa regolarmente, partecipazione ai controlli medici...). Ciò consentirà all'utente, una volta terminato il percorso riabilitativo presso la struttura, di proseguire autonomamente il percorso di prevenzione secondaria. Per raggiungere risultati positivi è necessario che il team multi-professionale della "Cardio Action" entri in empatia e collabori con l'utente rendendolo soggetto attivo del percorso. L'infermiere pertanto durante i colloqui deve utilizzare le tecniche del counseling ed essere in grado di capire il pensiero e il "modo di vedere" di ogni utente per motivarlo e personalizzare il più possibile l'intervento. Comprendere l'utente e il "sentirsi compreso" da parte di quest'ultimo, permetterà l'instaurarsi di un approccio solido e di fiducia tra utente e professionista che costituisce infatti la base per fare in modo che ogni utente, a modo suo, sfrutti al massimo e faccia proprio l'aiuto fornitogli per raggiungere i risultati predefiniti.

CAPITOLO 4: MATERIALE E METODI

4.1 Disegno dello studio. Studio descrittivo osservazionale di tipo retrospettivo della variazione dei fattori di rischio per le patologie cardiovascolari in un campione di 100 utenti che hanno partecipato al percorso di riabilitazione cardiovascolare presso la struttura “Cardio Action” dell’Ulss 4 di Thiene (VI). Attraverso la raccolta e il confronto di dati riferiti a questi utenti e reperiti in tre momenti diversi del percorso (incontro di base, FU 6 mesi e 1 anno) si osserva la diminuzione dei fattori di rischio negli utenti.

4.2 Campionamento. Il campione è costituito da 100 utenti (scelti casualmente) che hanno aderito e concluso il percorso “Cardio Action” durante gli anni 2013/’14/’15: il 50% di questi ha iniziato il percorso nell’anno 2013 e terminato nel 2014, il restante 50% ha iniziato il percorso nel 2014 e terminato nel 2015. In generale, gli utenti vengono reclutati per partecipare al percorso riabilitativo in “Cardio Action” in base a determinati criteri. I criteri di inclusione al percorso “Cardio Action” riguardano utenti con prima o ricorrente diagnosi di infarto miocardico provenienti prevalentemente dal □ reparto di Cardiologia e da altre Unità Operative internistiche, utenti con Angina stabile/instabile/cronica, con sindrome coronarica acuta, utenti sottoposti a interventi cardiocirurgici. I criteri di esclusione riguardano utenti con severa disabilità fisica, con funzioni cognitive alterate e con prima diagnosi di scompenso cardiaco. □

4.3 Setting: “Cardio Action”. La “Cardio Action” è un programma di prevenzione riabilitazione cardiologica ispirato all’”Euroaction” (un progetto dimostrativo dell’ESC che ha appurato come gli stili di vita raccomandati e il trattamento mirato dei fattori di rischio cardiovascolare siano perfettamente perseguibili e sostenibili nella pratica clinica quotidiana, sia in assistenza primaria che secondaria) e attivo all’interno dell’ULSS 4 “Alto Vicentino” dal 2003. Il team che lavora in “Cardio Action” è composto da 2 infermieri, 1 cardiologo, 1 dietista, 1 fisioterapista e 1 psicologo. In modo particolare, l’infermiere realizza diverse funzioni all’interno della riabilitazione cardiologica: dirige e coordina il programma di riabilitazione e prevenzione cardiovascolare (CVPR), stabilisce i legami con i servizi per gli utenti interni ed esterni (es: ambulatorio di cardiologia) e altri servizi essenziali per identificare e reclutare utenti e famiglie nel programma di CVPR, effettua una valutazione individuale di utenti e famiglie allo screening iniziale, a 6 mesi e a un anno, coordina un programma di incontri di promozione alla salute e fornisce contributi specialistici infermieristici e di cardiologia preventiva nell’ambito degli incontri, collabora

con il cardiologo nel monitorare, verificare e eventualmente modificare le terapie farmacologiche, collabora con i vari membri dell'equipe nella presa in carico globale degli utenti e delle loro famiglie, organizza le visite e collabora con il cardiologo durante le stesse, assicura il "collegamento" tra l'ospedale e il territorio, collabora con gli infermieri del territorio e mantiene contatti periodici con i medici di base. □

4.3.1 Programma "Cardio Action". Il programma della "Cardio Action" rispetta gli obiettivi dei programmi di RC e si suddivide in 3 fasi.

1) Primo incontro (dopo 3-4 settimane dall'evento cardiovascolare) e 8 settimane successive. Durante il primo incontro si spiegano all'utente e al suo caregiver il significato della diagnosi, il concetto di rischio cardiovascolare, vengono valutate la sua consapevolezza sulla patologia e la motivazione a partecipare al percorso e al cambiamento. Viene eseguita una valutazione complessiva del rischio e si concorda un programma di riduzione del rischio (incontro individuale con infermiere, dietista e fisioterapista); attraverso la somministrazione di test specifici viene eseguita una valutazione psicosociale. Nelle successive 8 settimane l'utente, se possibile accompagnato dal caregiver, si reca presso la struttura una volta alla settimana per eseguire attività fisica guidata e supervisionata da fisioterapista e infermiere e partecipa agli incontri educativi presieduti dai professionisti.

2) Follow up 6 mesi. L'utente torna con il familiare/caregiver, vengono rivisti gli obiettivi precedentemente individuati, viene valutata l'eventuale riduzione dei FR (colloquio personale con infermiere, fisioterapista e dietista, visione degli esami ematici, esecuzione dello shuttle walking test) e i risultati ottenuti dal cambiamento dello stile di vita rispetto all'incontro di base. Viene eseguita una valutazione psicosociale. Si verifica la compliance terapeutica, l'eventuale variazione della terapia, si rilevano ulteriori patologie e si possono definire nuovi obiettivi. Si rinforza l'importanza di continuare a seguire uno stile di vita sano ribadendo i concetti espressi durante la prima parte del programma (dieta equilibrata, adeguata attività fisica, controllo fattori di rischio...).

3) Follow up 1 anno. L'utente e il caregiver tornano presso la struttura e viene eseguita una valutazione come a 6 mesi del cambiamento dei fattori di rischio e dello stile di vita, dei risultati ottenuti e vengono somministrati i test per la valutazione psicosociale.

4.4 Attività di raccolta dati. Una volta predisposto il progetto di tesi con l'approvazione della relatrice, è stata chiesta l'autorizzazione formale al Direttore Generale e al Direttore

della “Cardio Action”. I dati e altre informazioni sono state raccolte tra il 15 e il 30 maggio 2015 dalle cartelle cliniche degli utenti che hanno partecipato al programma di riabilitazione cardiovascolare (dal 2013 al 2015) e riportate in uno schema costruito con Microsoft Excel 2011 (Allegato n.II). I dati raccolti, sono stati rilevati in forma anonima.

4.5 Strumenti. I dati utilizzati per la ricerca sono stati rilevati dai professionisti sanitari tramite gli strumenti riportati in seguito. Essi sono strumenti precedentemente validati da un comitato etico-scientifico per favorirne l’utilizzo all’interno del progetto “Euroaction” e in seguito utilizzati appunto anche all’interno della struttura “Cardio Action”.

- Questionari “Convinzioni ed Esperienze” personali di malattia cardiaca, versione modificata del “York Angina Beliefs Questionnaire” (Allegato n.III). È noto che le persone che hanno subito un attacco di cuore hanno convinzioni fraintese, quindi un questionario diventa necessario per rilevarle e poi erogare interventi educativi volti a dissipare idee sbagliate (Furze G. et al., 2003).

- Scala HAD (Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero, Hospital Anxiety and Depression Scale):questionario costituito da items relativi alla depressione e all’ansia che l’utente compila nei tre momenti del programma (Allegato n.IV). È stata utilizzata per vari studi Eoruspire III per valutare il legame tra ansia-depressione e patologia cardiaca ed è ritenuta un buon strumento per lo screening di ansia e depressione in utenti con patologia coronarica (Norris CM. Et al., 2009).

- Scala sullo stato generale dell’umore GMS modificata (Global Mood Scale): è composta da items positivi che descrivono sentimenti ed emozioni e permettono di rilevare il fattore del “sentirsi bene”, l’utente indica su una scala Likert da 0 a 4, in che misura si è sentito così nell’ultimo periodo (Allegato n.V). E’ stata dimostrata la sua validità nel rilevare cambiamenti di stress emotivi in utenti con CVP (Denollet, 1993, Spindler H, et al, 2009).

- Scala VAS (Visual Analogue Scale) per valutare lo stato di salute percepito (Allegato n.VI). È una scala graduata sulla quale l’utente appone una croce dove da 0 (peggior stato si salute) a 100 (miglior stato di salute). Le scale VAS sono valide, affidabili e semplici per misurare l’esperienza soggettiva, come in questo caso (McCormack HM et al, 1988).

- “Classificazione dell’attività di “Caspersen e Powell” utilizzata dal fisioterapista per classificare l’utente in relazione al tipo e alla quantità di attività fisica che esegue in “sedentario” (non esegue attività fisica), “irregolarmente attivo” (esegue attività fisica meno di 3 volte alla settimana della durata inferiore a 20 minuti); “regolarmente attivo, non

intenso” (esegue attività fisica tre volte alla settimana, della durata di 20 minuti non raggiungendo il 60% della capacità massima respiratoria cardiovascolare) e “regolarmente attivo, intenso” (esegue attività fisica tre volte alla settimana, della durata di 20 minuti raggiungendo il 60% della capacità massima respiratoria cardiovascolare con coinvolgimento di attività dinamica dei grandi gruppi muscolari; la capacità massima, METS, si calcola in modo differente rispetto il sesso: capacità massima uomini = $[60 - 0,55 * \text{età anni}] / 3,5$; capacità massima donne = $[40 - 0,37 * \text{età anni}] / 3,5$).

-Shuttle Walking Test: test a livelli considerato valido e affidabile per valutare la capacità di esercizio massima in individui con patologie croniche (Parreira VF. Et al, 2014).

L’infermiere utilizza il questionario “Convinzioni ed Esperienze”, le scale HAD, GMS, VAS e tiene presente le considerazioni del fisioterapista basate sugli altri strumenti elencati per avere una visione più completa della situazione dell’utente.

I dati che sono stati raccolti attraverso gli strumenti sopraelencati all’incontro di base e ai follow up, sono stati inseriti in una griglia appositamente costruita in Microsoft Excel 2001 (Allegato n.II) assieme agli altri utili allo studio (sesso, età, titolo di studio, situazione lavorativa, comorbidità, diagnosi, interventi subiti, abitudine del fumo, valori esami ematochimici, misurazioni pressione arteriosa, peso, circonferenza vita, bmi, etc).

Inoltre, sono stati raccolti 225 articoli di cui 75 analizzati approfonditamente; la raccolta bibliografica si può vedere nella tabella nell’allegato n.I.

4.6 Metodi statistici. Una volta raccolti, i dati sono stati standardizzati, elaborati e analizzati attraverso indagine statistiche attraverso l’uso di Microsoft Excel 2011. In seguito, sono stati costruiti grafici e tabelle.

CAPITOLO 5: RISULTATI

5.1 Caratteristiche del campione. Complessivamente, il campione, che è formato per il 72% da uomini e per il 28% da donne, ha le seguenti caratteristiche.

Età: 30% utenti tra 40-55 anni, 65% tra 56 -75 anni, 5% tra 76-85 anni.

Stato civile: 8% utenti single (di cui 5% divorziati), 85% coniugati e 7% vedovi.

Titolo di studio: 27% utenti con diploma di quinta elementare, 42% con diploma di terza media, 26% con diploma di scuola superiore e 5% con titolo di laurea.

Occupazione: 44% utenti occupati e lavoratori, 3% disoccupati, 53% pensionati.

Diagnosi: 28% utenti colpiti da IMA (Stemi/Nstemi), 29% utenti vittime di angina (stabile/instabile/da sforzo/cronica), 10% utenti con disfunzione valvolare (tricuspide, bicuspide, aortica) che hanno subito intervento di posizionamento/sostituzione protesi, 33% utenti a cui è stata diagnosticata SCA.

Procedure/Interventi: 9% utenti sottoposti a coronarografia (CGF) con riscontro di coronarie indenni, 3% sottoposti a Angioplastica coronarica percutanea (PTCA), 66% sottoposti a PTCA con inserimento di stent, 4% sottoposti a PTCA con intervento di by pass, 8% sottoposti a PTCA con inserimento di stent e intervento di by pass, 10% sottoposti a intervento di posizionamento/sostituzione protesi valvolare.

Il 61% degli utenti è stato accompagnato dal familiare/caregiver, mentre il 39% del totale non è stato accompagnato da familiari perché non disponibili o perché impossibilitati a partecipare al percorso insieme all'utente per diversi motivi.

Informazioni ricavate dal questionario dell'incontro iniziale: quasi il 90% degli utenti riferisce di avere ricevuto dal medico di reparto informazioni sufficienti sulla loro malattia e il 70% di aver ricevuto indicazioni su come comportarsi a casa dopo la dimissione; nel 20% dei casi tali informazioni sono state riferite dall'infermiere. Prima della dimissione gli infermieri forniscono informazioni che per gli utenti sono dei chiarimenti e approfondimenti rispetto quanto detto precedentemente dal medico di reparto e dunque prima di iniziare il percorso riabilitativo gli utenti indicano la figura del medico come principale informatore. Inoltre, l'87% degli utenti riferisce di aver sentito parlare di fattori di rischio per CVP prima di avere problemi; il 90% pensa che sia importante svolgere attività fisica regolare 4/5 volte alla settimana, ma solo il 35% pensa di svolgere un'attività fisica sufficiente; quasi l'intero campione pensa che essere in sovrappeso e stressato sia dannoso alla salute.

5.2 Abitudine del fumo. Dai dati raccolti all'incontro di base è emerso che il 50% del

campione non ha mai fumato, il 28% è ex fumatori (hanno smesso da almeno un anno), il 14% ha smesso di fumare durante il ricovero mentre l'8% fuma ancora. L'intervento dell'equipe è rivolto a tutti gli utenti per rinforzare le conoscenze degli effetti dannosi del fumo sulla salute. Interventi più specifici e costanti, soprattutto infermieristici (valutazione dell'abitudine e delle credenze dell'utente correlando fumo e salute, valutazione della dipendenza da nicotina con il test di Fagerstrom, colloqui individuali informativi e motivazionali con l'utente e con familiari, preparazione degli utenti recidivi che saranno indirizzati ad un ambulatorio dedicato del SERT per ricevere trattamenti di "counseling" specialistico ed eventuale prescrizione di farmaci), sono rivolti agli attuali fumatori per favorire la cessazione dell'abitudine al fumo e a coloro che hanno smesso di fumare durante il ricovero per motivarli e aiutarli a mantenere il cambiamento. Al follow up (FU) a 6 mesi (Grafico "Fumatori" in allegato n.VII) la percentuale dei fumatori diminuisce fino al 6%. Quasi il 63% dei fumatori iniziali, ha riferito di aver smesso a distanza di sei mesi, ma il 21% degli utenti che aveva smesso di fumare durante il ricovero, riferisce di aver ripreso dopo 6 mesi. Al FU a 1 anno, la percentuale dei fumatori è invariata.

5.3 Peso, BMI e Circonferenza Vita. Il peso degli utenti viene rilevato all'incontro di base, durante le 8 settimane quando l'utente esegue attività fisica presso la struttura e ai follow up a 6 e 12 mesi. Dai dati raccolti, si nota che il 21% degli utenti con BMI >25 all'incontro di base, presenta una riduzione del 5% del peso al follow up a 6 mesi. Al FU a 1 anno, i dati rimangono invariati in quanto non si notano riduzioni di peso significative. Il BMI viene calcolato nei tre momenti del percorso (incontro base, FU 6 mesi e FU 1 anno) tramite la formula: $\text{peso}(\text{kg})/\text{h}(\text{m})^2$. All'incontro di base il 30% del totale rappresenta gli utenti normopeso (BMI <25), il 53% quelli in sovrappeso (BMI 25-30), mentre il 17% quelli obesi (BMI \geq 30) (Grafico "BMI" in allegato n.VII). Molti sono gli utenti in sovrappeso tra i 45 e 55 anni (28%) e anche tra i 56 e 75 anni (66%). Gli obesi sono soprattutto di età compresa tra 56-75 anni, nessuno di età maggiore. A confronto, sono le donne ad avere più problemi di peso, infatti il 63% degli utenti normopeso è rappresentato da uomini. Al follow up a 6 mesi gli utenti in sovrappeso diminuiscono (51%) e aumentano gli utenti normopeso (34%) mentre rimane pressoché invariata la percentuale degli utenti obesi (15%). Al FU a 1 anno, gli utenti normopeso rappresentano il 36%, quelli in sovrappeso il 47%; purtroppo risulta esserci un aumento, seppur lieve degli utenti obesi (17%). In altre parole: il 10% degli utenti in sovrappeso all'incontro di base diventa

normopeso, il 23% che era obeso diventa sovrappeso alla fine del percorso, ma nessuno di loro diventa normopeso. Seppur ci siano stati dei miglioramenti, questi sono stati molto lievi in quanto quasi il 50% degli utenti totali non risulta normopeso alla fine del programma “Cardio Action”. Una diminuzione favorevole del BMI si nota su utenti di età compresa tra 56-75 anni e di sesso maschile, molto scarsi sono i risultati per gli utenti delle altre fasce di età; risultati più visibili riguardano utenti coniugati e accompagnati da caregiver. Rispetto la misura della circonferenza vita, dai dati raccolti emerge che circa il 64% degli uomini e l’86% delle donne presentano valori a rischio (>94; >80 cm) all’incontro di base (Grafico “Circonferenza Vita” in allegato n.VII). A non rientrare nei range sono soprattutto utenti di età compresa tra 56 -75 anni la cui diagnosi è angina o IMA e che hanno più comorbidità, mentre coloro a cui è stata diagnosticata una disfunzione valvolare presentano valori pressoché nella norma. La variazione a favore di questo dato è minima a distanza di 6 mesi e rimane praticamente invariata dopo 1 anno dove ancora più del 60% degli uomini e quasi l’80% delle donne non presentano valori sotto i limiti. Anche se minimi, maggiori cambiamenti si sono verificati nel sesso femminile seppure la percentuale di donne che rimane a rischio è più rispetto agli uomini. In generale, i dati riguardanti il peso, BMI e Circonferenza Vita non sono molto incoraggianti seppur l’approccio rispetto la dieta in “Cardio Action” sia personalizzato e completo: in modo particolare, l’infermiere approfondisce le informazioni fornite dalla dietista spiegando l’influenza dell’alimentazione sul rischio cardiovascolare, monitora gli esami ematici e motiva gli utenti al cambiamento delle abitudini alimentari.

5.4 Colesterolo Totale, Colesterolo LDL, Colesterolo HDL. Dai dati raccolti emerge che, all’incontro di base il 52% degli utenti presenta un valore di colesterolo totale a rischio maggiore di 175 mg/dl (Grafico “Colesterolo Totale” in allegato n.VII). Ad avere problemi sono soprattutto gli uomini di età minore a 75 anni a cui è stata diagnosticata angina e che hanno subito interventi di PTCA e posizionamento di stent. Ampii miglioramenti si possono notare già al FU a 6 mesi dove solo il 29% degli utenti presenta esami ematici con valore di colesterolo totale maggiore di 175 mg/dl; la percentuale, anche se di poco, diminuisce ancora dopo 1 anno (21%). In altre parole, ben il 66% degli utenti che, all’incontro di base, presentava valori di colesterolo totale a rischio rientra nei range già al FU dei 6 mesi, e, in seguito, il 44% degli utenti che al FU a 6 mesi presentava ancora valori a rischio, rientra nei range dopo 1 anno. A rimanere “a rischio” sono soprattutto

utenti maschi di età compresa tra 56-75 anni con più comorbidità. Per quanto riguarda i valori di colesterolo LDL, inizialmente solo il 16% del campione presenta valore non a rischio per la prevenzione secondaria (Grafico “Colesterolo LDL” in allegato n.VII). Sono a rischio soprattutto le donne e gli utenti che hanno subito interventi di rivascolarizzazione coronarica e posizionamento di stent. Un miglioramento si presenta al FU a 6 mesi dove quasi la metà degli utenti presenta valori non a rischio e dopo 1 anno la situazione rimane invariata. Quindi, al termine del percorso, il 40% degli utenti che all’incontro di base aveva un valore a rischio rientra nella norma e il 58% degli utenti rimane a rischio. Ad avere valori nella norma sono uomini principalmente di fascia di età compresa tra 56-75 anni, scarsi risultati per le donne. Inoltre, dai dati raccolti emerge che inizialmente circa la metà degli uomini e delle donne non hanno un valore di colesterolo HDL ideale per la prevenzione secondaria, rispettivamente >40 e >45 mg/dl (Grafico “Colesterolo HDL” in allegato n.VII). Di questi, però, al follow up dei 6 mesi, il 43% degli uomini e il 23% delle donne rientrano nei limiti. Dopo 12 mesi le statistiche migliorano: circa il 67% delle donne e il 93% degli uomini presentano valori di colesterolo HDL >40 e >45 mg/dl, non a rischio. Il cambiamento tocca maggiormente le persone di età tra 56-75 anni, mentre un cambiamento in negativo si è mostrato negli utenti più giovani. La variazione più evidente si verifica negli utenti a cui è stata diagnosticata disfunzione valvolare: all’incontro di base nessun uomo e poche donne avevano valori di colesterolo HDL nella norma, ma alla fine la percentuale aumenta del 10% per entrambi i sessi, percentuale non elevata, ma che sicuramente è indice di cambiamento. Il miglioramento può essere imputato al calo di peso, alla modifica delle abitudini alimentari, all’aumento del consumo di pesce grasso o di omega 3, all’aumento dell’attività fisica e all’assunzione di terapia con statine.

5.5 Pressione Arteriosa. I dati raccolti sono valori di pressione arteriosa misurati dal personale della “Cardio Action” e riportati poi in cartella durante i tre incontri principali con l’utente. Il valore pressorio potrebbe essere poco attendibile e più elevato rispetto a quello usuale dell’utente se si pensa, in modo particolare al primo incontro, che l’utente potrebbe essere teso o agitato durante la procedura nel conoscere persone nuove. Appunto per questo, come valore pressorio iniziale, si è considerato quello rilevato durante la terza settimana del percorso riabilitativo quando gli utenti si sentono ormai a proprio agio con le figure professionali e con l’ambiente. Dai dati raccolti emerge che più della metà degli utenti presenta pressione arteriosa (PA) nella norma all’incontro di base (Grafico

“Pressione Arteriosa” in allegato n.VII). In generale, la media della pressione arteriosa sistolica (PAS) è pari a 126 mmHg, la media della pressione arteriosa diastolica (PAD) è pari a 73 mmHg. Il 27% degli utenti presenta valori pressori elevati. I dati migliorano ai FU: più dell’80% e circa il 70 % degli utenti, rispettivamente dopo 6 mesi e dopo 1 anno presentano $PA \leq 130/80$ mmHg. La media dei valori varia di poco nei tre momenti. Complessivamente, i risultati sono molto buoni: alla fine del percorso solo il 10% degli utenti presenta valori pressori a rischio. Per quanto riguarda gli utenti diabetici si può dire che fin dall’inizio non si rilevano dati problematici (Grafico “Pressione arteriosa Utenti Diabetici” in allegato n.VII). La maggior parte di essi (73%), infatti, presenta all’incontro di base valori pressori controllati (media PAS 123 mmHg, media PAD 70 mmHg). Se la percentuale aumenta al FU dei 6 mesi, al termine del programma, gli utenti che presentano valori pressori nella norma sono gli stessi dell’incontro di base. Comunque, la percentuale degli utenti con valori pressori adeguati alla fine del percorso riabilitativo è elevata. I risultati favorevoli si riferiscono soprattutto agli uomini di tutte le età mentre nelle donne il cambiamento è significativo solo nella prima parte del percorso. La variazione in positivo dei valori pressori può essere imputata alla modifica dello stile di vita, all’automonitoraggio della pressione arteriosa da parte degli utenti stessi sulla base degli interventi educativi dell’infermiere durante gli incontri e in parte anche alla terapia antiipertensiva che più della metà degli utenti assume.

5.6 Ansia e Depressione. Dai dati raccolti (Grafico “Scala Ansia” in allegato n.VII) emerge che, alla rilevazione iniziale, il 72% degli utenti presenta un livello di ansia normale (punteggio HADS 0-7), il 20% ansia lieve (punteggio 8-10), mentre l’8% ansia grave o anormale (punteggio 11-21). A presentare livelli elevati di ansia sono gli utenti di età inferiore a 56 anni, senza distinzione in base al sesso e al tipo di intervento subito. La presenza o meno del caregiver, all’incontro di base, non crea distinzioni. La situazione poi varia positivamente: al FU a 1 anno più dell’80% degli utenti presenta livello di ansia normale. Sebbene non si presentino notevoli differenze tra i due sessi, a mantenere livelli di ansia elevati al FU a 12 mesi sono utenti che, seppur coniugati, non sono stati appoggiati dal caregiver durante il percorso. D’altra parte, più del 70% degli utenti che all’incontro iniziale manifestava un’ansia limite e che al FU a 6 mesi manifesta un’ansia normale sono sempre stati accompagnati dal caregiver; uguale considerazione per il passaggio tra i due FU. Particolare è che l’ansia supera i livelli normali anche in utenti che sono stati

sottoposti a CGF con risultato negativo (coronarie indenni): probabilmente, anche se non è stato diagnosticato loro un reale problema a livello coronario, l'evento che hanno subito e il seguente studio emodinamico hanno fatto crescere una sensazione di paura con sintomi ansiogeni. Poi, si nota che livelli elevati di depressione (punteggi HADS 8-10; 11-21) colpisce soprattutto la fascia di età tra 56-75 anni e, in generale, le donne manifestano livelli di depressione molto più elevati rispetto agli uomini. L'andamento dei valori è molto simile a quello dell'ansia (Grafico "Scala Depressione" in allegato n.VII): alla fine, quasi tutti gli utenti manifestano una depressione normale (punteggio 0-7). Nel parametro depressione è meno evidente la distinzione dei risultati ottenuti rispetto alla presenza del caregiver: il cambiamento in favore tocca soprattutto coloro che sono stati accompagnati dal caregiver durante il percorso, ma la differenza è lieve.

5.7 GMS e VAS, tono dell'umore e percezione soggettiva dello stato di salute. Dai dati emerge che i punteggi della scala GMS aumentano progressivamente durante il percorso (Grafico "Scala GMS" in allegato n.VII). I punti, in media, passano infatti da 22 (incontro base) a 24,5 (FU 6 mesi) a 25 (FU 1 anno). Ciò significa che a ogni voce, la maggior parte degli utenti ha risposto dando un punteggio medio-alto e, complessivamente, il loro "sentirsi bene" è definito "moderatamente-abbastanza". Il miglior "sentirsi bene" può essere attribuito a vari fattori: diminuzione dell'ansia e di sintomi negativi, percezione soggettiva e evidenza oggettiva di seguire una dieta sana, partecipazione agli incontri con lo psicologo, colloqui e supporto da parte dell'infermiere, ripresa dell'attività lavorativa. Anche i punteggi della scala VAS (Grafico "Media Scala VAS percezione soggettiva stato di salute" in allegato n.VII) aumentano progressivamente durante il programma: la media passa dal 66% (punteggio dato dagli utenti rispetto lo stato di salute percepito) all'incontro di base a più di 70% al FU a 1 anno. Ciò significa che i partecipanti percepiscono un buon stato di salute. Si osserva poi un aumento dal 58% (incontro base) al 76% (FU 1 anno) degli utenti che danno un punteggio maggiore di 65%.

5.8 Classifica Caspersen e Powell e valori ISWT. Dai dati raccolti emerge che il 59% degli utenti è classificato "sedentario" all'inizio del percorso, la maggior parte dei restanti è classificata "regolarmente attiva non intensa" (Grafico "Classifica Caspersen e Powell" in allegato n.VII). La maggior parte dei soggetti sedentari è rappresentata da uomini, di età tra 56-65 anni, coniugati, sono metà lavoratori e metà pensionati e quasi tutti hanno subito un intervento di PTCA con posizionamento di stent. Il cambiamento è evidente al FU a 6

mesi: i sedentari si dimezzano e più della metà degli utenti diventa “regolarmente attiva non intensa”. A rimanere sedentari sono in gran parte gli utenti tra i 56-75 anni, ma anche una buona percentuale dei più giovani e soprattutto i lavoratori che durante i colloqui riferiscono di avere poco tempo libero dopo il lavoro. Al FU a 1 anno i risultati rimangono pressoché invariati. In generale quindi si può affermare che il 44% degli utenti definiti “sedentari” all’incontro di base è classificato come “regolarmente attivi non intensi” alla fine del percorso. Ciò significa che l’obiettivo proposto dalla “Cardio Action” è stato in buona parte raggiunto, sebbene solo una piccola percentuale degli utenti viene classificata come “regolarmente attiva intensa”. In qualsiasi caso, come affermano le linee guida, qualsiasi incremento dell’attività fisica si traduce in un beneficio per la salute. A pari pari con quest’ultimi risultati, durante il percorso riabilitativo i valori medi dello Shuttle Walking Test (ISWT) sono aumentati (Grafico “Media ISWT” in allegato n.VII). Si è notato che il valore è aumentato del 20% tra l’incontro di base e il follow up a 1 anno e che l’aumento più ampio si è verificato nel periodo di tempo tra l’incontro di base e il follow up a 6 mesi, in quanto i valori dello ISWT tra i due follow up aumentano poco più dell’1,5%. In modo particolare, si osserva che il miglioramento tocca più gli uomini che le donne e gli utenti con caregiver presente durante il percorso (ben il 68% degli utenti che hanno fatto progressi riguardo l’attività fisica sono appoggiati da caregiver). Quest’ultimo particolare non è insignificante: il caregiver non solo può essere in grado di ricordare l’importanza di eseguire attività fisica al familiare, ma lo può incoraggiare a farla e farla assieme a lui. Il ruolo educativo dell’infermiere è importante per entrambi: egli spiega la connessione tra stile di vita sedentario e aumento del rischio per patologia cardiovascolare, educa sulle modalità di esecuzione di attività fisica consigliate dal cardiologo, sul monitoraggio della frequenza cardiaca e della dispnea durante l’attività, insegna quali sono i limiti da non superare, cosa fare in caso di eccessiva dispnea e alterazioni dei battiti cardiaci e indica alcuni centri o palestre a cui l’utente può rivolgersi per eseguire attività fisica supervisionata.

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE

6.1 Significato ed importanza dei risultati. Negli utenti vittime di patologie cardiovascolari, gli interventi di riabilitazione cardiologica sono stati più volte consigliati da diversi studi. Tra gli obiettivi della RC c'è anche quello di migliorare il profilo del rischio cardiovascolare educando gli utenti a diventare gli artefici della prevenzione secondaria mantenendo poi i risultati nel tempo. In “Cardio Action” si può osservare il raggiungimento di tale obiettivo analizzando e confrontando i follow up a 6 mesi e a 1 anno. Dall'elaborazione dati, molte sono le osservazioni e riflessioni che si possono fare. Per quanto riguarda il fumo, sebbene i fumatori rappresentino una piccola percentuale del campione, considerandoli singolarmente, la diminuzione è stata scarsa. I risultati concordano con studi che affermano che in Europa la maggior parte degli utenti che hanno subito un evento cardiovascolare non vuole smettere di fumare oppure semplicemente “pensa” di smettere, con pochi esiti positivi (Prugger C. et al, 2015). Un altro studio di corte (Sochor O. et al, 2015) riguardo la tendenza di smettere di fumare dopo un intervento coronarico, dimostra come inizialmente ci sia una lieve diminuzione dei fumatori a distanza di 6 mesi dall'intervento e poi un cambiamento non significativo a distanza di 12 mesi; ciò rispecchia i risultati ottenuti negli utenti in carico al team “Cardio Action”. Studi dimostrano che l'intenzione di smettere di fumare (definitivamente), misurata 2-4 settimane dopo il ricovero per un evento cardiaco, dipende prevalentemente da: atteggiamento, autoefficacia e desiderio della persona (Bakker CE., 2015). Gli interventi volti ad aiutare le persone a smettere di fumare dovrebbero pertanto essere potenziati concentrandosi su questi fattori, per esempio anche durante il counseling infermieristico. Non solo, gli studi (Wu L. et al, 2015) ribadiscono il ruolo della conoscenza: occorre incrementare le conoscenze sui danni del fumo attraverso vari metodi (es. spiegazioni durante il counseling, visione di immagini e video, ricerca di dati oggettivi esemplificativi) per favorire un cambiamento nell'utente. Alla domanda del questionario dopo 1 anno “pensa che fumare sia dannoso alla salute?”, quasi la metà dei fumatori e di coloro che hanno ripreso di fumare dopo aver smesso durante il ricovero risponde “No” o “Non so”, nessuno ha risposto “Sì”; ciò conferma l'importanza di ulteriori interventi nelle direzioni sopra descritte. Nel contesto della “Cardio Action”, dove l'educazione si basa anche sull'utilizzo di workshop sarebbe interessante realizzarne uno dedicato proprio ai danni del fumo e alle strategie per smettere di fumare di cui l'infermiere si può servire durante gli incontri

educativi. Per quanto riguarda i parametri BMI e Circonferenza Vita i risultati evidenziano cambiamenti molto lievi. La dietista e lo psicologo della “Cardio Action”, riferiscono che la difficoltà di perdere peso e di rientrare nei valori non a rischio di BMI e Circonferenza Vita può essere imputata a vari fattori: la tendenza a recuperare il peso perso durante i giorni di ricovero, l'interruzione dell'attività lavorativa con riduzione del dispendio calorico e aumento della noia, la riduzione dell'attività fisica perché spaventati da dolori post operatori o per paura, la cessazione dell'abitudine al fumo, la non comprensione dell'importanza dell'alimentazione come fattore di rischio, la difficoltà nell'affrontare nuovi cambiamenti nell'alimentazione o una nuova perdita di peso per chi ha una storia di numerose diete con continue perdite e recuperi di peso, le eccessive preoccupazioni per situazioni socio economiche difficili, la solitudine, l'ansia, la depressione e il tono dell'umore basso. Occorre considerare che in “Cardio Action”, gli utenti assistono sia a incontri educativi di gruppo sull'alimentazione che a colloqui individuali con la dietista con la quale concordano gli obiettivi di peso e le diete personalizzate da seguire e valutano l'andamento del percorso. Riguardo l'argomento, uno studio dimostra l'efficacia delle consulenze nutrizionali individuali come rinforzo di un programma educativo standard per aiutare il cambiamento delle abitudini alimentari e ottenere i risultati prefissati (Luisi ML., et al, 2015). Quindi, la strategia adottata dalla “Cardio Action” di proporre agli utenti di sostenere colloqui personali con la dietista è basata su prove d'efficacia, ma nonostante ciò i risultati ottenuti dalla struttura non sono pienamente positivi. Riguardo questo aspetto, le linee guida ribadiscono l'importanza di sostenere un colloquio motivazionale con l'utente e non soltanto informativo, al fine di aiutare gli utenti a costruire il coinvolgimento terapeutico necessario, a raggiungere la decisione di cambiare, a riconoscere i propri problemi attuali o potenziali legati alla persistenza di un comportamento disadattivo, a mettere in atto le strategie necessarie per modificarlo e ad accrescere la loro consapevolezza di essere in grado di affrontare gli ostacoli e di avere successo nel cambiamento. Potenziare le strategie in questa direzione durante i colloqui con la dietista e con l'infermiere potrebbe essere dunque utile per migliorare e incrementare i risultati degli utenti in riabilitazione cardiologica. Essendo inoltre ben documentata l'influenza positiva dei legami sociali sulla salute e sul recupero da eventi cardiaci (Re KB, 1997), sarebbe vantaggioso che l'intervento educativo dell'infermiere incidesse in maggior misura anche sul caregiver incrementando le sue conoscenze sulla patologia cardiovascolare e

motivandolo ad aiutare e sostenere il familiare nel cambiamento. Per quanto riguarda i valori colesterolemici considerati e i valori pressori, si possono osservare risultati positivi. Ciò significa che gli utenti hanno interiorizzato i messaggi delle figure sanitarie, e in modo particolare, che l'educazione infermieristica sullo stile di vita sano, sull'automonitoraggio, e sull'aderenza terapeutica hanno aiutato gli utenti a mantenere i risultati nel tempo. I risultati concordano con gli studi che descrivono come la riabilitazione cardiologica abbia portato a miglioramenti soprattutto sul profilo lipidico, sulla pressione sanguigna e sulle capacità fisiche (Voller H., et al, 2014). Per quanto riguarda l'attività fisica, dai questionari compilati alla fine del percorso, emerge che quasi il 60% dei partecipanti e quasi tutto il campione pensa rispettivamente di svolgere attività fisica quotidiana sufficiente e che eseguire attività fisica 4/5 volte alla settimana sia importante. Infatti circa l'80% di questi sono stati definiti secondo Caspersen e Powell "regolarmente attivi intensi" o "regolarmente attivi non intensi". Quindi, gli interventi educativi precedentemente descritti e il continuo supporto hanno aiutato gli utenti prima a capire, poi ad adottare/mantenere un piano di attività fisica il più possibile attinente a quello consigliato anche a distanza di 1 anno. Tali dati sono poi compatibili con le medie dello Shuttle Walking Test, in aumento annualmente. L'educazione individuale e di gruppo, il supporto e la supervisione sull'esecuzione dell'attività fisica durante le prime otto settimane del percorso sono stati efficaci nel portare e mantenere un cambiamento positivo, come già dimostrato da alcuni studi (Bagheri H., 2007; Oliviera, 2014). Il percorso "Cardio Action" e le strategie adottate dall'infermiere e dalle altre figure professionali risultano inoltre molto efficaci sul miglioramento del profilo psicologico dell'utente: i punteggi variati in positivo delle scale dell'ansia e della depressione (HADS), del tono dell'umore (GMS) e della percezione soggettiva dello stato di salute (VAS-Visual Analogue Scale) lo confermano. In più, l'attività fisica di gruppo e gli incontri di gruppo durante il percorso riabilitativo sono situazioni che permettono alle persone di conoscersi e condividere le proprie esperienze; è stato dimostrato (Simony CP, 2015) che, avendo affrontato e affrontando situazioni simili, le persone che partecipano alla RC trovano un punto di appoggio tra di loro e si danno sostegno reciproco aumentando così l'autoefficacia e comprendendo di poter essere fisicamente attivi nonostante la loro patologia. Ciò contribuisce al miglioramento del profilo psicosociale. In generale, valutando l'intero studio, si può confermare l'importanza dell'integrazione professionale e del ruolo dell'infermiere al fine di raggiungere risultati

positivi per gli utenti. In modo particolare, gli interventi educativi sulla patologia cardiovascolare, su uno stile di vita sano (alimentazione, attività fisica, fumo...), sull'automonitoraggio dei fattori di rischio, sulla gestione della terapia e sulla rilevanza dell'aderenza terapeutica, messi in atto dall'infermiere hanno contribuito al risultato finale, così come il supporto psicologico ed emotivo che l'infermiere offre agli utenti durante tutto il percorso riabilitativo. L'infermiere viene visto dagli utenti come punto di riferimento: egli li ascolta, li supporta e instaura un rapporto di fiducia che aiuta gli utenti stessi ad agire positivamente. Tra l'altro è già stato dimostrato più volte come l'intervento infermieristico migliori i risultati negli utenti con patologie cardiovascolari (Mok VK. et al., 2013; Berra K., 2011).

6.2 Limiti. L'elaborato descrive la diminuzione dei fattori di rischio modificabili in utenti che hanno partecipato al percorso "Cardio Action". Per ogni parametro considerato, si è osservata la variazione del numero di utenti che presenta valori "a rischio" durante il percorso riabilitativo. Lo studio descrive in generale la diminuzione degli utenti che presentano FR per patologia cardiovascolare alla fine della riabilitazione, ma non indica la diminuzione del rischio specificatamente per ogni utente (non è stata utilizzata una statistica specifica): per questo motivo non viene rilevato dalla statistica il cambiamento dello stile di vita dell'utente che pure rappresenta un indicatore positivo della riabilitazione cardiovascolare. Altro limite dello studio è che l'osservazione è stata condotta in un solo centro riabilitativo e quindi i risultati non possono essere rilevanti in larga scala.

6.3 Implicazioni per la pratica. Lo studio effettuato conferma ciò che molti studi hanno già affermato e cioè che la partecipazione degli utenti selezionati alla riabilitazione cardiologica permette di ridurre i fattori di rischio per CVP e di conseguenza migliorare lo stato di salute, diminuire le ricadute, gli episodi di riospedalizzazione, la morbilità e la mortalità (Clark AM, 2005). I dati dello studio descrittivo presentato concordano con gli studi analizzati nella revisione della letteratura nell'importanza di diffondere le conoscenze sulla RC e sui suoi benefici supportando gli utenti nell'aderenza al percorso riabilitativo. I risultati ottenuti confermano che gli interventi psicologici, gestionali ma soprattutto educativi messi in atto dall'infermiere in RC contribuiscono al miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita dell'utente cardiopatico grazie al raggiungimento da parte di quest'ultimo di capacità di autocura. Di conseguenza, il continuo aggiornamento e potenziamento sulle modalità di intervento dell'infermiere sono fondamentali per

migliorare i risultati mantenendoli nel tempo. Nello specifico caso della “Cardio Action”, sarebbe poi utile inserire delle verifiche cadenziate dei risultati ottenuti al fine di riesaminare il programma nei suoi passi specifici a distanza di periodi di tempo prefissati per capire se e dove apportare delle modifiche che possano rendere il percorso riabilitativo stesso più efficace.

6.4 Conclusione. Gli interventi messi in atto dal team “Cardio Action” si sono dimostrati efficaci nello stimolare e aiutare gli utenti a modificare il loro stile di vita e conseguentemente i loro fattori di rischio cardiovascolari. In alcuni specifici casi, risulta però evidente la necessità di potenziare le strategie adottate per aumentare il numero di successi. In qualsiasi caso, i risultati ottenuti tramite un’educazione alla salute, come quella svolta in riabilitazione cardiologica, confermano ciò che numerosi studi hanno dimostrato più volte, cioè che un intervento psicosociale incide favorevolmente riducendo la presenza dei fattori di rischio a lungo termine; l’educazione alla salute viene considerata ormai da molti equivalente a una terapia farmacologica e in questo la figura dell’infermiere è fondamentale. Ciò dimostra ancora una volta l’importanza di sorpassare una visione ospedalocentrica per dare più spazio alla cultura della prevenzione e della riabilitazione. L’attuale situazione di cronicità dovrebbe servire da stimolo per incoraggiare e favorire questo sorpasso, ma anche per consolidare e migliorare gli interventi e le strategie già in atto. Allora emerge sempre più la rilevanza del ruolo dell’infermiere del territorio che, attraverso la presa in carico totale e a lungo termine dell’utente non lascia quest’ultimo solo ad affrontare le conseguenze della sua patologia, ma lo aiuta, lo accompagna e lo supporta; è questo che, nel caso specifico, permette un efficace trattamento e diminuzione dei fattori di rischio e mantenimento dei risultati nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. (2006). Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle malattie cardiovascolari. *Monaldi Arch Chest Dis*, 66: 81-116. Retrived May 27, 2015, from www.gicr.it; www.pnlg.it

Bagheri H., Memarian R., Alhani F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *J Clin Nurs*, 16(2):402-6. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17239076>

Bakker EC., Nijkamp MD., Sloot C., Berndt NC., Bolman CA. (2015). Intention to abstain from smoking among cardiac rehabilitation patients: the role of attitude, self-efficacy, and craving. *J Cardiovasc Nurs*, 30(2):172-9. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24831728>

Balady GJ., MD, FAHA, Williams MA., PhD, PA. MD, Bittner V. MD, FAHA; Comoss P. RN; Foody MJ., MD, FAHA et al. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A scientific statement from American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007; 115:2675-82. Retrieved May 27, 2015, from <http://circ.ahajournals.org/content/115/20/2675.short>

Berra K. (2011). Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs*. 26(2):145-67. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076315>

Biffi A., Colivicchi F., Del Nevo G., Filardi PP., Pirelli S., Riccio C., et al. (2009). La rete per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare. *G Ital Cardiol*, 10 (Suppl 3-6): 31S-37S. Retrieved May 27, 2015, from

http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00595_2009_06/fulltext/06%20Suppl_3-6_2009-Sezione%20IV.pdf

Brewer LC., Kaihoi B, Zarling KK, Squires RW, Thomas R, Kopecky S. (2015). The use of virtual world-based cardiac rehabilitation to encourage healthy lifestyle choices among cardiac patients: intervention development and pilot study protocol. *JMIR Res ProtoC*, 4 (2): E39. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25857331>

Ceci V., Assennato P., Boncompagni F., Chieffo C., Giannuzzi P., Griffo R. et al. (1999). Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol*, 29: 1057-1091. Retrieved May 27, 2015, from http://www.fisionline.org/attachments/049_3cardio.pdf

Clark AM, McAlister FA, Hartling L, Vandermeer B. (2005). Randomized Trials of Secondary Prevention Programs in Coronary Artery Disease: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), *AHRQ Technology Assessments*. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25879129>

Colivicchi F., Mocin D., Uguccioni M., Strano S., Imperoli G., Santini M. (2012). Smoking cessation interventions after acute coronary syndromes. Results of a cross-sectional survey in the Lazio Region of Italy. *Monaldi Arch Chest Dis.*, 78(2):85-8. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23167150>

Corrà U., Piepoli MF., Carrè F., Heuschmann P., Hoffmann V., Verschuren M. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Cuore J.*, 31 (16): 1967-1974. Retrieved May 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643803>

Da Vico L., Ciompi M., Schininà F., Sogaro E., Mannelli W., Cortini S., (2014). Multidisciplinarietà in riabilitazione cardiologica ed in prevenzione secondaria, dalla valutazione all'educazione terapeutica: un progetto formativo. *Monaldi Arch Chest Dis*, 82: 35-42. Retrieved May 27, 2015, from http://www.archest.pime-editrice.it/articoli/1401-cardio/1401_08_davico.pdf

Denollet J. (1993). Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: the Global Mood Scale (GMS). *Psychol Med*. 23(1):111-21. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8475198>

Fagerstrom KO, Schneider NG. (1989) Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159–82. Retrieved June 2, 2015 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/Bookshelf_NBK53017.pdf

Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009). Codice deontologico. Articoli 4, 20.

Ferrari R., Guardigli G., Ceconi C. (2011). Ferrara: città della prevenzione. Rel. 05/2011 27-01-2011 16:17 p.39. Retrieved May 30, 2015, from <http://39-203.bluehost.com/atti/anno/2011/pdf/Ferrari%202011.pdf>

Furze G., Bull P. Lewin RJP., Thompson DR. (2003). Development of the York Angina Beliefs Questionnaire. *J Health Psychol*, 8, 307-315. Retrieved September 2, 2015 from <http://hpq.sagepub.com/content/8/3/307.short>

Giannuzzi P., Griffo R., Urbinati S., Tassoni G., Baldi C., Sommaruga M. et al. (2005). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Istituto Superiore Sanità. Retrieved May 27, 2015, from http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cardiologia_riabilitativa.pdf

Greco C., Bianchi M., Rasile C., (2010). Criteri di accesso alla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol*, 11 (5 Suppl 3): 121S-123S. Retrieved May 27, 2015, from

http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00576_2010_05/fulltext/27_S3-5_2010_121-123.pdf

Griffo R., Ambrosetti M., Furgi G., Carlon R., Chieffo C., Favretto G., et al. (2012). Standards and outcome measures in Cardiovascular Rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. *Monaldi Arch Chest Dis*, 78:168-192. Retrieved August 27, 2015, from http://www.researchgate.net/profile/Roberto_Carlon/publication/237076220_Standards_and_outcome_measures_in_cardiovascular_rehabilitation._Position_paper_GICRIACPR/link/s/0deec51d07283728bf000000.pdf

Griffo R., Urbinati S., Giannuzzi P., Jesi AP., Sommaruga M., Sagliocca L., et al (2008). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *G Ital Cardiol*, 9 (4) 286-297. Retrieved May 27, 2015, from http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00652_2008_04/fulltext/2008-04.08%20286-297.pdf

Joanna Briggs Institute, (2009). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Best Practice* 13(5). Retrieved September 2, 2015, from http://www.evidencebasednursing.it/traduzioniJB/JBI_13_5_09_Nurse_Led.pdf

Jones DL., MD, ScM, FAHA; Adams R., MD, FAHA; Carnethon M., PhD, FAHA; De Simone G., MD; Ferguson TB., MD; Flegal K., PhD* et al. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update. A report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 119: e21-e181 . Retrieved May 30, 2015, from <http://circ.ahajournals.org/content/119/3/e21.full>.

Klein S., MD; Burke LE., RN, MPH, PhD ; Bray GA., MD; Blair S., PED ; Allison DB., PhD ; Pi-Sunyer X., MD et al. (2004). . Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2004; 110: 2952–67. Retrieved June 28, 2015, from <http://circ.ahajournals.org/content/110/18/2952.short>

Larsen KK, Christensen B, Nielsen TJ, Vestergaard M. (2014). Post-myocardial infarction anxiety or depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death: a population-based longitudinal study. *Psychosom Med.*, 76(9):739-46. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25373894>

Laura Letizia & Paola Gremigni (2011). Il problema dell'obesità. Manuale per tutti i professionisti sanitari. Maggioli editore (pp 186-188).

Leone A. Landini L. Jr, Biadi O., Balbarini A. (2008). Smoking and cardiovascular system: cellular features of the damage. *Curr Pharm Des.* 2008;14(18):1771-7. Retrieved May 30, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18673180>

Lett HS., Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C., et al.(2004). Depression as a risk factor for coronary disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med.*, 66(3):305-15. Retrieved June 28 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15184688>

Luisi ML., Biffi B., Gheri CF., Sarli E., Rafanelli E., Graziano E. et al. (2015). Efficacy of a nutritional education program to improve diet in patients attending a cardiac rehabilitation program: outcomes of a one-year follow-up. *Intern Emerg Med.*, 10(6):671-6. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25724931>

Miller NH. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *J Cardiovasc Nurs.*, 25(3):247-51. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386250>

McCormack, David J. de L. Horne, Sheater S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: a critical review, *Psychological Medicine*, 18, 1007-1019. Retrieved September 2, 2015, from <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4996200&fileId=S0033291700009934>

Mok VK , Sit JW, Tsang AS, Sedia SY, Cheng TL, Chiang CS. (2013).

A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.*,28 (3): 256-66. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534471>

Norris CM, Ljubska A, Hegadoren KM. (2009). Gender as a determinant of responses to a self-screening questionnaire on anxiety and depression by patients with coronary artery disease. *Gen Med.*,6(3):479-87. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19850244>

Oliveira NL., Ribeiro F., Teixeira M., Campos L., Alves AJ., Silva G., et al. (2014). Effect of 8-week exercise-based cardiac rehabilitation on cardiac autonomic function: A randomized controlled trial in myocardial infarction patients. *Am Heart J.*,167(5):753-61.e3. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24766987>

Paez KA, Allen JK (2006). Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. *J Am Acad Nurse Pract.*, 18(9):436-44. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958775>

Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, De Bacquer D; EUROASPIRE Study Group. (2013). Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol.*, 20(2):331-40. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22396247>

Palmieri L., Lo Noce C., Vanuzzo P., Dima F., Donfrancesco C., Pilotto L., et al. (2010). Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare: andamento temporale dei fattori di rischio cardiovascolare. *G Ital Cardiol*, 11(5 Suppl 3): 31S-36S. Retrieved May 27, 2015 from http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00576_2010_05/fulltext/06_S3-5_2010_031-036.pdf

Parreira VF. PhD, Janaudis-Ferreira T. PhD, Evans RA. PhD, Mathur S. PhD, Goldstein RS. PhD, FCCP, Brooks D. PhD (2014). Measurement Properties of the Incremental Shuttle Walk Test:A Systematic Review. *Chest Journal*, 145, 6. Retrieved June 28, 2015 from <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1809990>

Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren W.M. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease in clinical practice, the fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal* 33, 1635-1701. Retrieved May 27, 2015 from [http://www.giornaledicardiologia.it/r.php?v=1264&a=13964&l=19961&f=allegati/01264_2013_05/fulltext/02-Linee%20guida%20\(328-392\).pdf](http://www.giornaledicardiologia.it/r.php?v=1264&a=13964&l=19961&f=allegati/01264_2013_05/fulltext/02-Linee%20guida%20(328-392).pdf)

Piepoli MF., Corrà U., Benzer W., Bjarnason-Wehrens B., Dendale P. Gaita D. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19952757>

Poirier P. MD, PhD, FCRPC, Giles TD. MD, Bray GA. MD, Hong Y. MD, PhD, Stern JS. ScD, Pi-Sunyer FX., MD, MPH, et al. (2006). Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss An Update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 113: 898-918. Retrieved June 28, 2015, from <http://circ.ahajournals.org/content/113/6/898.short>

Popkess-Vawter S. (1982). Reducing cardiac risk factors in the obese patient. *Nurs Clin North Am.*, 7(2):233-44. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6919932>

Prugger C., Wellmann J., Heidrich J., De Bacquer D., De Backer G., Périer MC., et al. (2015). Readiness for smoking cardiac rehabilitation in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. *Eur J Prev Cardiol.*, 22(9):1212-9. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25516535>

Rafael B· Konkoly Thege B., Kovács P., Balog P. (2015). Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease. *Orv Hetil.*, 17;156(20):813-22. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26038948>

Re KB. (1997). Psychologic and social aspects of cardiovascular disease.. *Ann Behav Med.* ,19(3):264-70. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9603700>

Riccio C., Sommaruga M., Vaghi P., Cassella A., Celardo S., Cocco E., et al. (2004). Il ruolo nursing nella prevenzione cardiovascolare. *Monaldi Arch Chest Dis*; 62: 2, 105-113. Retrieved May 30, 2015, from http://www.researchgate.net/profile/Carmine_Riccio/publication/8175544_Nursing_role_in_cardiac_prevention/links/0c9605354dc07aa939000000.pdf

Rozanski A., Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol.*, 1;45(5):637-51. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15734605>

Simoný CP., Pedersen BD., Dreyer P1., Birkelund R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *J Clin Nurs.*, 24(17-18):2581-90. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25988741>

Sochor O., Lennon RJ., Rodriguez-Escudero JP., Bresnahan JF., Croghan io., Somers VK., et al. (2015). Trends and predictors of smoking cessation after percutaneous coronary intervention (from Olmsted County, Minnesota, 1999 to 2010). *Am J Cardiol.*, 115(4):405-10. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25541324>

Sofi F., Fabbri A., Marcucci R. Gori AM., Balzi D., Barchelli A. et al. (2011). . Lifestyle modifications after acute coronary syndromes in a subset of the AMI-Florence 2 Registry. *Acta Cardiol.*,66(6):791-6. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22299392>

Sol BG , van der Bijl JJ, Banga JD, Visseren FL. (2005). Vascular risk management through nurse-led self-management programs. *J Vasc Nurs*, 23 (1): 20-4. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741961>

Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. *J Psychosom Res.*67(1):57-65. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539819>

Spinhoven PH., Ormel J., Sloekers PPA., Kempen GIJM, Speckens AEM, Van Hemert A.M. (1997). Uno studio di validazione del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in diversi gruppi di soggetti olandesi. *Psychological Medicine*, 27, 02. Retrieved September 2, 2015, from <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=25297&fileId=S0033291796004382>

Staffiere E., Vattimi F., Musumeci G., Rossini R., Fiocca L., Mihalcsik L. (2010). Il fumo come fattore di rischio cardiovascolare e nuove strategie di trattamento. *G Ital Cardiol*, 11 (11 Suppl 1): 15-17S). Retrieved June 2, 2015, from http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00661_2010_11/fulltext/S1-11_2010_04_15-17.pdf

Strik JJ., Denollet J., Lousber R., Honig A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.*,19;42(10):1801-7. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14642691>

Tully PJ., Winefield HR., Baker RA., Denollet J., Pedersen SS., Wittert GA. Et al. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *Biopsychosoc Med.*, 26;9:14. Retrieved June 28, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26019721>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service□Office of the Surgeon General□Rockville, MD. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General: Cardiovascular disease.* Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US).Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. Retrieved June 2, 2015, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/Bookshelf_NBK53017.pdf

Völler H., Gitt A., Jannowitz C., Karoff M., Karmann B., Pittrow D. et al. (2014). Treatment patterns, risk factor control and functional capacity in patients with cardiovascular and chronic kidney disease in the cardiac rehabilitation setting. *Eur J Prev Cardiol.*, 21(9):1125-33. Retrieved August 27, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23508927>

Wayne R., Flegal K., Furie K., Go A., Greenlund K., Haase N., et al. (2008). Heart Disease and Stroke Statistics 2008 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 117: e25-e146. Retrieved May 30, 2015 from <http://circ.ahajournals.org/content/117/4/e25.full.pdf+html>.

Weibel L, Massarotto P, Hediger H, Mahrer-Imhof R. (2014). Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized

controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* Oct 23[Epub ahead of print]. Retrieved September 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25341680>

Wu L., He Y., Jiang B., Zuo F., Liu Q., Zhang L et al. (2015). Impact of intervention on tobacco related knowledge, attitudes and practice of smokers. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.*, 36(2):119-23. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25907718>

Yusuf S., DPhil, Hawken S., MSc, Öunpuu S., PhD, Dans T., MD, Avezum A. , MD, Lanas F., MD et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study) : case-control study. *Lancet*, 364 (9438): 937-52. Retrieved May 30, 2015, from [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17018-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17018-9/abstract)

Sitografia

<http://www.isst.it>

<http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/cardiovascolari.asp>

<http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/StatisticheEuropa.asp>

<http://www.cuore.isst.it> (Il Progetto cuore Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. Istituto Superiore di Sanità)

<http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/pressione.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/colesterolemiaTot.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/colesterolemia.asp>

<http://www.cuore.isst.it/fattori/colesterolemia.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/stili.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/misure.asp>

<http://www.cuore.iss.it/fattori/RischioGlobaleAssoluto.asp>

<http://www.who.int/en/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Accessi 27/5/2015

ALLEGATI

ALLEGATO N. I - Tabella Revisione Bibliografica

| BANCA DATI | DATA | PAROLE CHIAVE | DOC. REPERITI | DOC. INDIVIDUATI | DOCUMENTI SELEZIONATI N. | ARTICOLI |
|--|-----------|--------------------------|---------------|------------------|--------------------------|---|
| EPICENTRO. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute | 27/5/2015 | Malattie cardiovascolari | 1590 | 11 | 11 | <p>Malattie cardiovascolari (2008). Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute – Istituto Superiore di Sanità. http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/cardiovascolari.asp http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/StatisticheEuropa.asp</p> <p>Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto cuore Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. www.cuore.isst.it http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/pressione.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/colesterolemiaTot.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/colesterolemia.asp www.cuore.isst.it/fattori/colesterolemia.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/stili.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/misure.asp http://www.cuore.iss.it/fattori/RischioGlobaleAssoluto.asp</p> |
| WHO, World Health Organization | 27/5/2015 | Cardiovascular Disease | 89 | 3 | 1 | <p>WHO, World Health Organization (2015). Le malattie cardiovascolari, scheda 315. Available http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/</p> |

| | | | | | | |
|--|-----------|--|-----|----|---|---|
| ISTITUTO SUPERIORE SANITA' - SNLG (Sistema Nazionale per le Linee Guida) | 27/5/2015 | Cardiologia riabilitativa prevenzione secondaria | 1 | 1 | 1 | Giannuzzi P., Griffo R., Urbinati S., Tassoni G., Baldi C., Sommaruga M. et al. (2005). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cardiologia_riabilitativa.pdf |
| GOOGLE SCHOLAR | 27/5/2015 | Linee guida riabilitazione cardiologica | 868 | 14 | 7 | <p>Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. (2006). Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle malattie cardiovascolari. <i>Monaldi Arch Chest Dis</i>, 66: 81-116</p> <p>Griffo R., Urbinati S., Giannuzzi P., Jesi AP., Sommaruga M.,Sagliocca L., et al (2008). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. <i>G Ital Cardiol</i>, 9 (4) 286-297.</p> <p>Greco C., Bianchi M., Rasile C., (2010). Criteri di accesso alla riabilitazione cardiologica. <i>G Ital Cardiol</i>, 11 (5 Suppl 3): 121S-123S.</p> <p>Da Vico L., Ciompi M., Schininà F., Sogaro E., Mannelli W., Cortini S., (2014). Multidisciplinarietà in riabilitazione cardiologica ed in prevenzione secondaria, dalla valutazione all'educazione terapeutica: un progetto formativo. <i>Monaldi Arch Chest Dis</i>, 82: 35-42.</p> <p>Biffi A., Colivicchi F., Del Nevo G., Filardi PP., Pirelli S., Riccio C., et al. (2009). La rete per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare. <i>G Ital Cardiol</i>, 10 (Suppl 3-6): 31S-37S.</p> <p>Ceci V., Assennato P., Boncompagni F., Chieffo C., Giannuzzi P., Griffo R. et al. (1999). Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica. <i>G Ital Cardiol</i>, 29: 1057-1091.</p> <p>Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren W.M. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease in clinical practice, the fifth Joint Task Force of the european Society of cardiologyand other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). <i>European Heart journal</i> 33, 1635-1701 doi:10.1093/eurheartj/ehs092</p> |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|--|-----|---|---|---|
| GOOGLE SCHOLAR | 27/5/2015 | Fattori di rischio cardiovascolare epidemiologia | 768 | 9 | 1 | Palmieri L., Lo Noce C., Vanuzzo P., Dima F., Donfrancesco C., Pilotto L., et al. (2010). Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare: andamento temporale dei fattori di rischio cardiovascolare. <i>G Ital Cardiol</i> , 11(5 Suppl 3): 31S-36S. |
| | | Componenti riabilitazione cardiologica | 943 | 3 | 1 | Balady GJ., MD, FAHA, Williams MA., PhD, Ades PA. MD, Bittner V. MD, FAHA; Comoss P. RN; Foody MJ., MD, FAHA et al. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/ secondary prevention programs: 2007 update. A scientific statement from American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. <i>Circulation</i> 2007; 115:2675-82. |
| PUB MED | | Components cardiac rehabilitation | 229 | 2 | 1 | Corrà U., Piepoli MF., Carrè F., Heuschmann P., Hoffmann V., Verschuren M. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. <i>Eur Cuore J.</i> , 31 (16): 1967-1974. doi: 10.1093 / eurheartj / ehq236. Epub 2010 19 lug. |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|--|-------|----|---|--|
| GOOGLE SCHOLAR | 30/5/2015 | Studio interheart fattori di rischio cardiovascolare | 47 | 2 | 1 | Ferrari R., Guardigli G., Ceconi C. (2011). Ferrara: città della prevenzione. Rel. 05/2011 27-01-2011 16:17 p.39 http://39-203.bluehost.com/atti/anno/2011/pdf/Ferrari%202011.pdf |
| | | Heart disease statistics American Heart Association | 10000 | 23 | 2 | Jones DL., MD, ScM, FAHA; Adams R., MD, FAHA; Carnethon M., PhD, FAHA; De Simone G., MD; Ferguson TB., MD; Flegal K., PhD* et al. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update. A report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. <i>Circulation, 119: e21-e181</i> |
| | | Riabilitazione cardiologica infermiere | 720 | 3 | 1 | Wayne R., Flegal K., Furie K., Go A., Greenlund K., Haase N., et al. (2008). Heart Disease and Stroke Statistics 2008 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. <i>Circulation 117: e25-e146</i> |
| PUB MED | 27/8/2015 | Standard outcomes riabilitazione cardiologica | 93 | 2 | 1 | Riccio C., Sommaruga M., Vaghi P., Cassella A., Celardo S., Cocco E., et al. (2004). Il ruolo nursing nella prevenzione cardiovascolare. <i>Monaldi Arch Chest Dis; 62: 2, 105-113</i> |
| | 30/5/2015 | Interheart study risk factors myocardial infarct | 60 | 6 | 1 | Griffo R., Ambrosetti M., Furgi G., Carlon R., Chieffo C., Favretto G., et al. (2012). Standards and outcome measures in Cardiovascular Rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. <i>Monaldi Arch Chest Dis, 78:168-192</i> |
| | | Smoke cardiovascular disease | 944 | 7 | 1 | Yusuf S., DPhil, Hawken S., MSc, Öunpuu S., PhD, Dans T., MD, Avezum A., MD, Lanas F., MD et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study) : case-control study. <i>Lancet,364 (9438): 937-52</i> |
| | | | | | | Leone A. Landini L. Jr, Biadi O., Balbarini A. (2008). Smoking and cardiovascular system: cellular features of the damage. <i>Curr Pharm Des. 2008;14(18):1771-7</i> |

| | | | | | | |
|--|-----------|--|-------|----|---|--|
| | 2/6/2015 | Smoke cessation cardiac rehabilitation | 108 | 23 | 6 | <p>Sochor O., Lennon RJ., Rodriguez-Escudero JP., Bresnahan JF., Croghan io., Somers VK., et al. (2015). Trends and predictors of smoking cessation after percutaneous coronary intervention (from Olmsted County, Minnesota, 1999 to 2010). <i>Am J Cardiol.</i>, 2015 Feb 15;115(4):405-10. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.11.020. Epub 2014 Nov 28.</p> <p>Prugger C., Wellmann J., Heidrich J., De Bacquer D., De Backer G., Périer MC., et al. (2015). Readiness for smoking cardiac rehabilitation in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. <i>Eur J Prev Cardiol.</i> 2015 Sep;22(9):1212-9. doi: 10.1177/2047487314564728. Epub 2014 Dec 16.</p> <p>Wu L., He Y., Jiang B., Zuo F., Liu Q., Zhang L et al. (2015). Impact of intervention on tobacco related knowledge, attitudes and practice of smokers. <i>Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.</i> 2015 Feb;36(2):119-23.</p> <p>Bakker EC., Nijkamp MD., Sloot C., Berndt NC., Bolman CA. (2015). Intention to abstain from smoking among cardiac rehabilitation patients: the role of attitude, self-efficacy, and craving. <i>J Cardiovasc Nurs</i>, 2015 Mar-Apr;30(2):172-9. doi: 10.1097/JCN.0000000000000156.</p> <p>Colivicchi F., Mocin D., UgucioniM., Strano S., Imperoli G., Santini M. (2012). Smoking cessation interventions after acute coronary syndromes. Results of a cross-sectional survey in the Lazio Region of Italy. <i>Monaldi Arch Chest Dis.</i>,78(2):85-8</p> <p>Brewer LC, Kaihoi B, Zarling KK, Squires RW, Thomas R, Kopecky S. (2015). The use of virtual world-based cardiac rehabilitation to encourage healthy lifestyle choices among cardiac patients: intervention development and pilot study protocol. <i>JMIR Res ProtoC</i> 2015 8 aprile, 4 (2): E39. doi: 10,2196 / resprot.4285</p> |
| | 28/6/2015 | Fagerstrom nicotine | 17000 | 2 | 1 | <p>Fagerstrom KO, Schneider NG. (1989) Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. <i>J Behav Med</i> 1989; 12: 159–82.</p> |
| | | Nutrition education cardiac rehabilitation | 59 | 2 | 1 | <p>Luisi ML., Biffi B., Gheri CF., Sarli E., Rafanelli E., Graziano E. et al. (2015). Efficacy of a nutritional education program to improve diet in patients attending a cardiac rehabilitation program: outcomes of a one-year follow-up. <i>Intern Emerg Med.</i> 2015 Sep;10(6):671-6. doi: 10.1007/s11739-015-1211-y. Epub 2015 Feb 28</p> |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|--|------|---|---|---|
| GOOGLE SCHOLAR | 28/6/2015 | Obesità colloquio motivazionale | 159 | 3 | 1 | Laura Letizia & Paola Gremigni (2011). Il problema dell'obesità. Manuale per tutti i professionisti sanitari. Maggioli editore (pp 186-188). |
| | | Obesity cardiovascular disease Circulation | 2100 | 7 | 2 | Klein S., MD; Burke LE., RN, MPH, PhD ; Bray GA., MD; Blair S., PED ; Allison DB., PhD ; Pi-Sunyer X., MD et al. (2004). . Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. <i>Circulation</i> 2004; 110: 2952-67 |
| | | | | | | Poirier P. MD, PhD, FCRPC, Giles TD. MD, Bray GA. MD, Hong Y. MD, PhD, Stern JS. ScD, Pi-Sunyer FX., MD, MPH, et al. (2006). Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss An Update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. <i>Circulation</i> . 2006; 113: 898-918 |
| GOOGLE SCHOLAR | 2/6/2015 | Fumo patologie cardiovascolari trattamento | 2000 | 2 | 2 | Staffiere E., Vattimi F., Musumeci G., Rossini R., Fiocca L., Mihalcsik L. (2010). Il fumo come fattore di rischio cardiovascolare e nuove strategie di trattamento. <i>G Ital Cardiol</i> , 11 (11 Suppl 1): 15-17S |
| | | | | | | U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service □ Office of the Surgeon General □ Rockville, MD. (2010). <i>How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General: Cardiovascular disease</i> . Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US).Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. |
| GOOGLE SCHOLAR | 28/6/2015 | Shuttle Walking Test riabilitazione cardiologica | 7 | 2 | 1 | Parreira VF. PhD, Janaudis-Ferreira T. PhD, Evans RA. PhD, Mathur S. PhD, Goldstein RS. PhD, FCCP, Brooks D. PhD (2014). Measurement Properties of the Incremental Shuttle Walk Test:A Systematic Review. <i>Chest Journal</i> , 145, 6. Doi: 10.1378/chest.13-2017 |

| | | | | | | |
|---------|-----------|---|-----|---|---|---|
| PUB MED | 27/8/2015 | Cardiac rehabilitation result risk factor | 74 | 6 | 3 | <p>Clark AM, McAlister FA, Hartling L, Vandermeer B. (2005). Randomized Trials of Secondary Prevention Programs in Coronary Artery Disease: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), AHRQ Technology Assessments.</p> <p>Völler H., Gitt A., Jannowitz C., Karoff M., Karmann B., Pittrow D. et al. (2014). Treatment patterns, risk factor control and functional capacity in patients with cardiovascular and chronic kidney disease in the cardiac rehabilitation setting. <i>Eur J Prev Cardiol.</i>, 21(9):1125-33. doi: 10.1177/2047487313482285. Epub 2013 Mar 18.</p> <p>Piepoli MF., Corrà U., Benzer W., Bjarnason-Wehrens B., Dendale P. Gaita D. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, <i>European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation</i> 2010 17:1.</p> |
| PUB MED | | Change lifestyle dufficulty adult | 114 | 3 | 1 | <p>Sofi F., Fabbri A., Marcucci R. Gori AM., Balzi D., Barchelli A. et al. (2011). . Lifestyle modifications after acute coronary syndromes in a subset of the AMI-Florence 2 Registry. <i>Acta Cardiol.</i>,66(6):791-6.</p> |

| | | | | | | |
|---------|-----------|---|------|---|---|--|
| PUB MED | 28/6/2015 | Anxiety depression risk factor myocardial infarct | 167 | 8 | 6 | <p>Strik JJ., Denollet J., Lousber R., Honig A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. <i>J Am Coll Cardiol.</i>,19;42(10):1801-7.</p> <p>Rozanski A., Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. (2005).The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. <i>J Am Coll Cardiol.</i>,1;45(5):637-51</p> <p>Larsen KK, Christensen B, Nielsen TJ, Vestergaard M. (2014). Post-myocardial infarction anxiety or depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death: a population-based longitudinal study. <i>Psychosom Med.</i> ,76(9):739-46. doi: 10.1097/PSY.000000000000115.</p> <p>Lett HS., Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C., et al.(2004). Depression as a risk factor for coronary disease: evidence, mechanisms, and treatment. <i>Psychosom Med.</i>, 66(3):305-15.</p> <p>Rafael B· Konkoly Thege B., Kovács P., Balog P. (2015). Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease. <i>Orv Hetil.</i>,17;156(20):813-22. doi: 10.1556/650.2015.30158.</p> <p>Tully PJ., Winefield HR., Baker RA., Denollet J., Pedersen SS., Wittert GA. Et al. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. <i>Biopsychosoc Med.</i>, 26;9:14. doi: 10.1186/s13030-015-0041-5. eCollection 2015.</p> |
| | | Physical activity cardiovascular rehabilitation | 1484 | 5 | 1 | <p>Oliveira NL., Ribeiro F., Teixeira M., Campos L., Alves AJ., Silva G., et al. (2014). Effect of 8-week exercise-based cardiac rehabilitation on cardiac autonomic function: A randomized controlled trial in myocardial infarction patients. <i>Am Heart J.</i>,167(5):753-61.e3. doi: 10.1016/j.ahj.2014.02.001. Epub 2014 Feb 17.</p> |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|---|------|----|---|---|
| PUB MED | 27/8/2015 | Group counselling infarct | 35 | 5 | 1 | Bagheri H., Memarian R., Alhani F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. <i>J Clin Nurs.</i> ,16(2):402-6. |
| | | Social ties cardiac rehabilitation | 3 | 2 | 1 | Re KB. (1997). Psychologic and social aspects of cardiovascular disease.. <i>Ann Behav Med.</i> ,19(3):264-70. |
| | | Anxiety Exercise Support cardiac rehabilitation | 131 | 7 | 1 | Simoný CP., Pedersen BD., Dreyer P1., Birkelund R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. <i>J Clin Nurs.</i> , 24(17-18):2581-90. doi: 10.1111/jocn.12867. Epub 2015 May 19. |
| GOOGLE SCHOLAR | 2/9/2015 | York Angina Beliefs Questionnaire | 3740 | 5 | 1 | Furze G., Bull P. Lewin RJP., Thompson DR. (2003). Development of the York Angina Beliefs Questionnaire. <i>J Health Psychol</i> , 8, 307-315. doi: 10.1177/13591053030083002 |
| PUB MED | 2/9/2015 | Change lifestyle nurse | 708 | 16 | 7 | Berra K. (2011). Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? <i>J Cardiovasc Nurs.</i> 26(2):145-67. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181ec1337. Miller NH. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. <i>J Cardiovasc Nurs.</i> , 25(3):247-51. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181cec6e7. Paez KA, Allen JK (2006). Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. <i>J Am Acad Nurse Pract.</i> , 18(9):436-44 Popkess-Vawter S. (1982). Reducing cardiac risk factors in the obese patient. <i>Nurs Clin North Am.</i> , 7(2):233-44. Weibel L, Massarotto P, Hediger H, Mahrer-Imhof R. (2014). Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. <i>Eur J Cardiovasc Nurs.</i> Oct 23. pii: 1474515114556713. [Epub ahead of print] |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----|----|--|--|
| | | | | | <p>Sol BG , van der Bijl JJ, Banga JD, Visseren FL. (2005). Vascular risk management through nurse-led self-management programs. <i>J Vasc Nurs</i>, 23 (1): 20-4.</p> <p>Joanna Briggs Institute, (2009). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. <i>Bestt Practice</i> 13(5). http://www.evidencebasednursing.it/traduzioniJB/JBI_13_5_09_Nurse_Led.pdf</p> | |
| | | Cardiac patient rehabilitation education nurse | 216 | 13 | 1 | <p>Mok VK , Sit JW, Tsang AS, Sedia SY, Cheng TL, Chiang CS. (2013). A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. <i>J Cardiovasc Nurs.</i>,28 (3): 256-66. doi: 10,1097 / JCN.0b013e31824a37b7.</p> |
| | | Scale had screening anxiety depression cardiac patient | 259 | 19 | 3 | <p>Norris CM, Ljubsa A, Hegadoren KM. (2009). Gender as a determinant of responses to a self-screening questionnaire on anxiety and depression by patientswith coronary artery disease. <i>Gend Med.</i>,6(3):479-87. doi: 10.1016/j.genm.2009.09.001.</p> <p>Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, De Bacquer D; EUROASPIRE Study Group. (2013). Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. <i>Eur J Prev Cardiol.</i>, 20(2):331-40. doi: 10.1177/2047487312441724. Epub 2012 Mar 6.</p> <p>Spinhoven PH., Ormel J., Sloekers PPA., Kempen GIJM, Speckens AEM, Van Hemert A.M. (1997). Uno studio di validazione del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in diversi gruppi di soggetti olandesi. <i>Psychological Medicine</i>, 27, 02</p> |
| | | GMS scale screening mood cardiac patient | 3 | 2 | 2 | <p>Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patientswith cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. <i>J Psychosom Res.</i>67(1):57-65. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.11.003. Epub 2009 Mar 4.</p> <p>Denollet J. (1993). Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: the Global Mood Scale (GMS). <i>Psychol Med.</i> 23(1):111-21.</p> |

| | | | | | | |
|-------------------|-----------|------------------------------------|------|---|---|--|
| GOOGLE SCHOLAR | | Scala analogica visiva validità | 3610 | 5 | 1 | McCormack, David J. de L. Horne, Sheater S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: a critical review, Psychological Medicine, 18, 1007-1019. |
| IPASVI | 28/6/2015 | | | 2 | 2 | Federazione Nazionali Collegio IPASVI (2009). Codice Deontologico, Articoli 4, 20 |

ALLEGATO N. II – Tabella Dati Utenti “Cardio Action” Excel

| Tabella Raccolta Dati | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------|------------------|-------------|----------|-------------|-----------|-----------|------|----------|--------------|
| Sesso | Età | Stato Civile | Titolo di studio | Professione | Diagnosi | Comorbidità | Procedure | CareGiver | Fumo | Peso(kg) | GiroVita(cm) |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| ... | PA(mmHg) | Cole TOT(mg/dl) | LDL(mg/dl) | HDL(mg/dl) | Scala Ansia | Scala Depressione | Scala GMS | Scala VAS | Attività Fisica | ISWT (metri) | ... |
|-----|----------|-----------------|------------|------------|-------------|-------------------|-----------|-----------|-----------------|--------------|-----|
| ... | | | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | | | ... |

ALLEGATO N. III – Questionari “Convinzioni Ed Esperienze”

QUESTIONARIO DI BASE

- 1) **Ha mai sentito parlare di fattori di rischio per le malattie cardiovascolari prima di avere problemi di cuore?**
 - SI
 - NO
- 2) **Pensa di svolgere una attività fisica quotidiana sufficiente:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 3) **Secondo lei fare attività fisica regolare 4/5 volte alla settimana è importante:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 4) **Pensa che essere stressato sia dannoso alla sua salute:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 5) **Pensa che essere in sovrappeso sia dannoso alla sua salute:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 6) **Pensa che la sua dieta prima dell'evento cardiovascolare fosse corretta:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 7) **Ha ricevuto durante il ricovero informazioni sulla sua malattia:**
 - SI
 - NO
 - Se si da chi:**
 - Medico
 - Infermiere
 - Altro
 - Le informazioni che ha ricevute sono state:**
 - Insufficienti
 - Sufficienti
 - Buone
- 8) **Ha ricevuto informazioni su come comportarsi a casa dopo la dimissione dal reparto:**
 - SI
 - NO
 - Se si da chi:**
 - Medico
 - Infermiere
 - Altro
 - Le informazioni che ha ricevute sono state:**
 - Insufficienti
 - Sufficienti
 - Buone
- 9) **Dopo la dimissione dal reparto ha avuto indicazioni da parte del suo medico di famiglia su come comportarsi a casa:**
 - SI
 - NO
- 10) **Ha ricevuto notizie in merito ai farmaci che sta usando (utilità, controindicazioni, effetti collaterali, ecc...):**
 - SI
 - NO
 - Se si da chi:**

- Medico
- Medico di famiglia
- Infermiere
- Altro

QUESTIONARIO DOPO 1 ANNO

- 1) **Pensa di svolgere un'attività fisica quotidiana sufficiente:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 2) **Secondo lei fare attività fisica regolare 4/5 volte alla settimana è importante:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 3) **Pensa che essere stressato sia dannoso alla salute:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 4) **Pensa che essere in sovrappeso sia dannoso alla salute:**
 - SI
 - NO
 - NON SO
- 5) **Ha cambiato qualche cosa nel suo stile di vita dopo avere partecipato al servizio di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare:**
 - a. SI
 - b. NO
 - c. NON SO

Se si cosa ha cambiato:

 - d. Attività fisica
 - e. Alimentazione
 - f. Maggiore attenzione ai propri fattori di rischio: pressione arteriosa, colesterolo, diabete, ecc.....
 - g. Altro:.....
- 6) **Pensa che attualmente la sua dieta sia sufficientemente corretta:**
 - a. SI
 - b. NO
 - c. NON SO
- 7) **Pensa che assumere i farmaci possa tenere sotto controllo la malattia cardiovascolare:**
 - a. SI
 - b. NO
 - c. NON SO
- 8) **Pensa che fumare sia dannoso alla salute:**
 - a. SI
 - b. NO
 - c. NON SO

ALLEGATO N. IV – Scala HAD

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

STATO EMOTIVO

| | |
|---|--|
| Queste domande hanno la funzione di aiutarci a sapere come si sente. Legga ogni voce e faccia un segno sulla risposta più vicina a come si è sentito la settimana scorsa. | |
| 1. Mi sento teso o contratto: <ul style="list-style-type: none">▪ Quasi sempre▪ Spesso▪ Di tanto in tanto, occasionalmente▪ Mai | 8. Mi sento come rallentato: <ul style="list-style-type: none">▪ Quasi sempre▪ Molto spesso▪ Talvolta▪ Mai |
| 2. Le cose che mi piacevano mi piacciono ancora: <ul style="list-style-type: none">▪ Proprio allo stesso modo▪ Non come prima▪ Solo un po'▪ Quasi per nulla | 9. Provo sensazioni d'angoscia, avverto un nodo alla gola ed allo stomaco: <ul style="list-style-type: none">▪ Mai▪ Qualche volta▪ Abbastanza spesso▪ Molto spesso |
| 3. Ho una specie di sensazione spiacevole come se qualcosa di terribile stesse per accadere: <ul style="list-style-type: none">▪ Nettamente e intensamente▪ Molto spesso▪ Ogni tanto, occasionalmente▪ Mai | 10. Ho perso interesse per il mio aspetto: <ul style="list-style-type: none">▪ Nettamente▪ Non me ne occupo come dovrei▪ Forse non me ne occupo come prima▪ Me ne occupo come ho sempre fatto |
| 4. Sono in grado di ridere e vedere il lato buffo delle cose: <ul style="list-style-type: none">▪ Come ho sempre fatto▪ Non così tanto ora▪ Nettamente meno di prima▪ Per niente | 11. Mi sento agitato come se dovessi fare chissachè: <ul style="list-style-type: none">▪ Davvero molto▪ Abbastanza▪ Non molto▪ Per nulla |
| 5. Pensieri preoccupanti attraversano la mia mente: <ul style="list-style-type: none">▪ Quasi sempre▪ Molto spesso▪ Qualche volta, ma non troppo spesso▪ Solo qualche volta | 12. Pregusto le cose con gioia: <ul style="list-style-type: none">▪ Come ho sempre fatto▪ Meno spesso di prima▪ Molto meno di prima▪ Quasi mai |
| 6. Mi sento allegro: <ul style="list-style-type: none">▪ Mai▪ Di rado▪ Qualche volta▪ Quasi sempre | 13. Ho improvvise sensazioni di panico: <ul style="list-style-type: none">▪ davvero molto spesso▪ abbastanza spesso▪ non molto spesso▪ mai |
| 7. Mi siedo rilassato e mi sento a mio agio: <ul style="list-style-type: none">▪ Il più delle volte▪ Spesso▪ Di rado▪ Mai | 14. Mi godo un buon libro, un programma alla radio o alla TV: <ul style="list-style-type: none">▪ Spesso▪ Qualche volta▪ Non spesso▪ Di rado |

Questa scala è rappresentata da un questionario che contiene 14 items suddivisi equamente tra voci relative alla depressione e voci relative all'ansia, presentati tuttavia in ordine casuale all'interno del questionario. L'utente appone un segno di spunta in corrispondenza della risposta desiderata. Si sommano separatamente i punteggi di ansia e depressione. Un punteggio di 0-7 indica un livello di ansia e depressione definito "normale"; un punteggio 8-10 indica ansia e depressione definiti come "limite" o "lieve" mentre un punteggio di 11-21 indica uno stato patologico.

ALLEGATO N. V – Scala GMS

Scala sullo Stato generale dell'umore GMS (Global Mood Scale) modificata □

Stato generale dell'umore

Le parole qui sotto descrivono sentimenti ed emozioni. Per favore legga attentamente **ogni voce** e poi **segna con una croce (X) il riquadro appropriato** a lato della parola.

| COME SI E' SENTITO ULTIMAMANTE | | | | | |
|--------------------------------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Per niente | Un pochino | Moderatamente | Abbastanza | Moltissimo |
| Attivo | | | | | |
| Dinamico | | | | | |
| Brillante | | | | | |
| Impegnato | | | | | |
| Vivace | | | | | |
| Intraprendent e | | | | | |
| Rilassato | | | | | |
| Socievole | | | | | |
| Allegro | | | | | |
| Sicuro di sè | | | | | |

La versione modificata della scala GSM prevede l'utilizzo dei 10 items positivi che descrivono sentimenti ed emozioni e permettono di rilevare il fattore del "sentirsi bene". L'utente deve leggere attentamente ogni voce e poi segnare il riquadro appropriato a lato della parola. Deve indicare, su una scala Likert da 0 a 4, in che misura si è sentito così nell'ultimo periodo. Il punteggio massimo possibile è 40, cioè un valore di 4 per ogni voce.

**ALLEGATO N. VI - Scala sullo Stato di salute percepito VAS
(Visual Analogue Scale)**

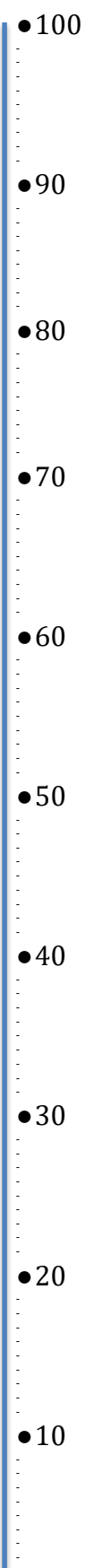
SEGNI CON UNA CROCETTA

X

**IL SUO STATO DI SALUTE
OGGI**

Il migliore stato di salute è
rappresentato
dal 100 ed il peggiore dallo 0.

È una scala graduata sulla quale il miglior
stato di salute immaginabile è
contrassegnato dal numero 100 ed il
peggiore dallo 0. L'utente mette una
crocetta dove ritiene opportuno.



ALLEGATO N.VII – Grafici dei Risultati

