



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**I RISULTATI DI UN'INDAGINE OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVA
FINALIZZATA ALLA PROPOSTA DI NUOVE STRATEGIE EDUCATIVE PER
LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA NELL'ULSS N.2 DI FELTRE (BL).**

Relatore: Prof.ssa a c. Marilisa Corso

Correlatore: Dott. Christian Piergentili

Correlatore: Inf. Denise Gasperin

Laureando: Isabella Chiodero

Matricola: 1046823- IFG

Anno Accademico 2014-2015



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**I RISULTATI DI UN'INDAGINE OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVA
FINALIZZATA ALLA PROPOSTA DI NUOVE STRATEGIE EDUCATIVE PER
LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA NELL'ULSS N.2 DI FELTRE (BL).**

Relatore: Prof.ssa a c. Marilisa Corso

Correlatore: Dott. Christian Piergentili

Correlatore: Inf. Denise Gasperin

Laureando: Isabella Chiodero

Matricola: 1046823- IFG

Anno Accademico 2014-2015

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ tel. _____

e-mail _____ matricola _____

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 _____ Data della tesi _____

Titolo della tesi _____

Parole chiave _____

Abstract _____ inserito nel file _____

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore _____ Correlatore _____

Padova, lì _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a _____

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 _____

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

ABSTRACT/RIASSUNTO

CAPITOLO I: INTRODUZIONE ED ANALISI DEL PROBLEMA.....	pag. 1
1.1 Introduzione al problema.....	pag. 1
<i>1.1.1 Epidemiologia del fenomeno in analisi.....</i>	<i>pag. 2</i>
<i>1.1.2 Fattori di rischio cardiovascolare.....</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1.1.3 Definizione di Riabilitazione Cardiologica.....</i>	<i>pag. 3</i>
1.2 Rilevanza del problema per la professione.....	pag. 4
<i>1.2.1 Ruolo dell'infermiere in RC.....</i>	<i>pag. 5</i>
1.3 Revisione ed analisi della letteratura disponibile.....	pag. 7
<i>1.3.1 Revisione quantitativa: sintesi dei risultati.....</i>	<i>pag. 8</i>
<i>1.3.2 Revisione qualitativa: sintesi dei risultati.....</i>	<i>pag. 9</i>
1.4 La Riabilitazione Cardiologica nella realtà di Feltre.....	pag. 9
CAPITOLO II: MATERIALI E METODI.....	pag. 11
2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca.....	pag. 11
2.2 Setting e campionamento.....	pag. 11
2.3 Affidabilità della raccolta dati.....	pag. 12
2.4 Analisi dei dati.....	pag. 12
2.5 Implicazioni etiche.....	pag. 12
2.6 Limiti dello studio.....	pag. 13
CAPITOLO III: RISULTATI.....	pag. 15
3.1 Descrizione del campione.....	pag. 15
3.2 Pazienti con controindicazioni assolute alla Riabilitazione Cardiologica.....	pag. 15
3.3 Pazienti eleggibili alla Riabilitazione Cardiologica.....	pag. 17
<i>3.3.1 Fattori di rischio non modificabili.....</i>	<i>pag. 17</i>
<i>3.3.2 Fattori di rischio modificabili.....</i>	<i>pag. 17</i>
CAPITOLO IV: DISCUSSIONE.....	pag. 21
4.1. Discussione dei risultati.....	pag. 21

4.2 Proposte di interventi e strategie	pag. 21
<i>4.2.1 Implementazione di un programma di prevenzione terziaria</i>	pag. 22
<i>4.2.2 Strategie di miglioramento</i>	pag. 23
<i>4.2.3 Strategie di miglioramento della Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS n.2 di Feltre</i>	pag. 24
<i>4.2.4 Strategie educative per i pazienti non sottoposti a Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS n.2 di Feltre</i>	pag. 28
CAPITOLO V: CONCLUSIONI	pag. 31
5.1 Raccomandazioni	pag. 32

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1: Sintesi della rassegna bibliografica

Allegato 2: Definizione delle variabili analizzate

Allegato 3: Griglia di raccolta dati

Allegato 4: Strutturazione esemplificata di un ciclo standard di Riabilitazione Cardiologica (RC) ad oggi ed implementazione al ciclo standard di attività educative

ABSTRACT

Introduzione al problema: La Riabilitazione Cardiologica è un percorso che favorisce la stabilità clinica, riduce le disabilità conseguenti alla malattia e supporta il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e di migliorare la qualità della vita. Il servizio di RC è presente nella realtà dell'ULSS n°2 di Feltre (BL) dal 2007 ma è necessario, tuttavia, cercare di superare le barriere economico-organizzative al fine di poter offrire un servizio omnicomprensivo, realizzato su misura per il singolo paziente, che si avvii nella fase immediatamente post-acuta della malattia.

Materiali e metodi: È stata effettuata la revisione della letteratura in merito e un'indagine epidemiologica descrittiva, di tipo retrospettivo con lo scopo di: 1) valutare le caratteristiche del campione analizzato e, definiti i criteri di inclusione alla partecipazione alla riabilitazione, quanti dei pazienti dimessi avrebbero indicazione alla riabilitazione cardiologica, 2) Valutare quali siano i bisogni e le strategie di tipo educativo, che permettano di migliorare l'adesione terapeutica e a stili di vita sani, definendo quali pazienti possono partecipare ai cicli di riabilitazione con attività fisica e quanti solo alla parte educativa, 3) Valutare se vi sia la possibilità di aumentare il numero di pazienti che accedono alla riabilitazione cardiologica, proponendo per limiti di spazi e risorse anche solo come parte educativa. Lo studio osservazionale retrospettivo ha indagato 193 pazienti con la finalità di evidenziare le caratteristiche del campione opportunistico degli utenti dimessi in UO di Cardiologica e UTIC dell'ULSS n°2 di Feltre (BL) nel periodo dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

Risultati: Il campione analizzato consta di 193 pazienti. 60 persone presentano controindicazioni assolute alla Riabilitazione Cardiologica. Rimangono 133 pazienti eleggibili al ciclo riabilitativo, 60 hanno effettuato la RC nel 2014 mentre 73, nonostante l'eleggibilità, non hanno potuto intraprendere il ciclo per motivi economico-organizzativi. L'età media dei 60 pazienti che hanno effettuato la RC è di 66,0(DS±10,6) quella dei restanti 73 pazienti è di 70,9(DS±11,3). Dall'analisi dei dati si nota come i pazienti sottoposti a RC presentano fattori di rischio maggiormente modificabili con l'educazione ovvero il fumo, l'ipercolesterolemia, il diabete e il sovrappeso-obesità. La familiarità risulta invece più elevata nei 73 pazienti non sottoposti a RC, 55 pazienti su 73(75,3%).

Discussione: La Riabilitazione Cardiologica, come sostengono le Linee Guida, è funzionale solamente se composta da un'équipe che impegni più operatori sanitari e in

particolar modo il cardiologo, l'infermiere, il terapista della riabilitazione, il dietista, lo psicologo e lo pneumologo. All'interno delle varie competenze, l'infermiere si dimostra un anello fondamentale della catena della continuità assistenziale, sostenendo i pazienti durante tutta la degenza e contribuendo attivamente alla prevenzione attraverso l'attuazione del counseling. Partendo da un'attenta analisi della letteratura si sono cercate strategie migliorative di percorso come ad esempio somministrare il questionario di adesione alla terapia Morisky, utilizzare la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), focalizzare le lezioni teoriche sui rischi maggiormente modificabili attraverso l'educazione da parte del team multidisciplinare, organizzare una cena a fine del ciclo riabilitativo in un ambiente esterno ed effettuare follow-up a lungo termine.

Per quanto riguarda i metodi per ampliare il numero di pazienti eleggibili al ciclo riabilitativo avendo limiti economico-organizzativi la ricerca di strategie educative è stata più complessa. Si è optato per aumentare il numero di pazienti che accedono alle lezioni teoriche sui fattori di rischio, effettuare follow-up telefonici per i pazienti che non possono partecipare alla parte educativa, effettuare visite a domicilio nonostante questa strategia abbia un costo economico notevole e creare dei gruppi di auto-sostegno affinché tra pari il paziente non si senta solo e abbandonato nel post dimissione.

Conclusioni: L'infermiere ha l'opportunità di fare la differenza durante tutto il percorso sanitario gestendo la fase acuta e prevedendo un'assistenza strutturata nel lungo termine, che inizi al momento del ricovero in fase acuta ma che prosegua anche in fase post-acuta, e che si focalizzi sull'aderenza alla terapia e sull'attuazione delle modificazioni comportamentali necessarie alla gestione della patologia cronica e alla prevenzione della recidiva infartuale; pertanto si consiglia l'implementazione di strategie atte a raggiungere con il ciclo riabilitativo quanti più soggetti possibili, per migliorare la prognosi a lungo tempo ed il miglioramento della qualità di vita.

CAPITOLO I: INTRODUZIONE ED ANALISI DEL PROBLEMA

L'interesse per il lavoro nasce dal tirocinio svolto presso l'unità operativa di Cardiologia e UTIC dell'ULSS n.2 di Feltre. L'ospedale dal 2007 offre il servizio di Riabilitazione Cardiologica (RC) ai pazienti dimessi dall'unità operativa di Cardiologia e UTIC; il numero di pazienti che sono sottoposti alla RC è limitato a causa del budget economico e degli spazi messi a disposizione per l'effettuazione del ciclo riabilitativo. Con il lavoro di tesi si è cercato di definire più chiaramente quali sono le caratteristiche di coloro che sono eleggibili per il programma di riabilitazione e capire quanti vengono esclusi da questo programma, ma ne trarrebbero giovamento: inoltre si è cercato di capire se vi siano alternative di tipo organizzativo che permettano di aumentare il numero di pazienti che accedono alla riabilitazione cardiologica, anche solo come parte educativa.

1.1 Introduzione al problema

Le malattie cardiovascolari di natura aterosclerotica sono patologie croniche che possono svilupparsi lungo l'intero arco della vita e che progrediscono generalmente verso stadi più avanzati. Ancora oggi rappresentano la causa principale delle morti premature in Europa, nonostante negli ultimi decenni si sia registrata una considerevole diminuzione della mortalità cardiovascolare in molti paesi europei. Si stima che oltre l'80% della mortalità totale per malattie cardiovascolari si verifichi attualmente nei paesi in via di sviluppo. Le MCV sono strettamente connesse allo stile di vita, in particolare all'uso di tabacco, alle scorrette abitudini alimentari, alla sedentarietà e allo stress psicosociale, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che oltre tre quarti della mortalità cardiovascolare globale può essere prevenuta mediante l'attuazione di adeguate modifiche dello stile di vita.¹⁻³ La riabilitazione cardiologica è definita come “la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che il paziente post-acuto o cronico possa conservare o riprendere il proprio posto nella società”.²

In questi ultimi anni, sulla base di un forte razionale fisiopatologico e dei risultati di studi clinici controllati, si è andata sempre più affermando la pratica della riabilitazione nell'insufficienza cardiaca cronica (ICC) quale trattamento terapeutico efficace per attenuare il grado di disabilità conseguente alla malattia.

Gli obiettivi fondamentali della riabilitazione cardiologica nell'ICC sono:

- a) la stabilizzazione clinica l'ottimizzazione della terapia;

- b) il recupero dell'autonomia funzionale ed il training fisico mediante specifici interventi personalizzati di riabilitazione;
- c) l'educazione alla salute ed il counseling;
- d) l'intervento comportamentale;
- e) un adeguato follow-up.⁴

Tutte le linee guida sono concordi nell'affermare che per il raggiungimento di questi obiettivi è importante un approccio multiprofessionale e che ad esso concorrono diverse figure professionali: il cardiologo, il terapeuta della riabilitazione, l'infermiere, lo psicologo, il dietista.^{4,5}

1.1.1 Epidemiologia del fenomeno in analisi

Dai dati rilevati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di morte nel mondo, con 16,5 milioni di decessi nel 2002, e questo trend sembra essere destinato ad aumentare fino al 2020, raggiungendo i 25 milioni all'anno.^{6,7}

La malattia coronarica è la causa di morte più comune nel mondo.^{6,8-13} In Inghilterra, nel 2004, ha causato 105.000 decessi;¹⁰ in Canada si stima che più di 40.000 pazienti all'anno vengano ricoverati con un IMA, e di questi da un terzo alla metà con diagnosi di STEMI (infarto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST).¹² In Europa, nel 2005, le malattie cardiovascolari hanno causato 4 milioni di decessi all'anno, dei quali 2 milioni causati esclusivamente da malattia coronarica.⁹ Negli Stati Uniti, sulla base delle statistiche dell'American Heart Association (AHA 2012), ogni anno circa 785.000 americani hanno un infarto cardiaco. Le malattie coronariche hanno causato circa 1 morte su 6 negli USA nel 2008, con 405.309 decessi. La mortalità per infarto miocardico è di 133.958 persone: approssimativamente ogni 25 secondi un americano è colpito da un evento coronarico, ogni 34 secondi da un infarto miocardico, e 4 circa ogni minuto uno di loro muore.¹⁴ In Italia la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, e l'infarto acuto l'8%, nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni. Si stima che in un anno, in Italia, oltre 135 000 individui siano colpiti da un evento coronarico e che di questi 45.000 siano eventi fatali. Secondo i dati provenienti dalle SDO relative al periodo 2001-2005 i ricoveri in Italia per infarto miocardico nell'anno 2004 sono stati 125.000. Considerando che la mortalità preospedaliera per IMA è di circa il 30%, si può stimare che circa 44 000 pazienti con infarto siano deceduti prima dell'arrivo in ospedale. Il totale degli infarti nel 2004 è stato, quindi, di circa 147.000 individui.¹³

1.1.2 Fattori di rischio cardiovascolare

Convenzionalmente, i fattori di rischio cardiovascolare sono suddivisi in modificabili e non modificabili. Tra i non modificabili si annoverano: sesso, età e familiarità; i fattori modificabili, invece, sono definiti da studi internazionali estesi su campioni importanti. Da questi si evidenzia come l'ipertensione, il diabete mellito, la dislipidemia, e il fumo di sigaretta siano correlati con la coronaropatia, e come l'incidenza di quest'ultima si riduca significativamente con la riduzione di questi fattori di rischio.^{8,9} In accordo con lo studio caso-controllo di 52 paesi (^{INTERHEART}), l'ottimizzazione di 9 fattori di rischio facilmente misurabili e potenzialmente modificabili potrebbe determinare la riduzione del 90% del rischio di sviluppare un IMA; questi fattori sono: fumo di sigaretta, ipercolesterolemia, ipertensione, diabete mellito, obesità, scarsa attività fisica (sedentarietà), basso consumo di frutta e verdura, abuso di alcol, e indice psicosociale (stress).^{13,14} La prevenzione secondaria, che comprende la modificazione dello stile di vita e l'educazione all'autocura, è significativamente correlata alla qualità della vita a lungo termine del paziente.⁶ La terapia medica ottimale contemporanea include interventi sullo stile di vita (dieta salutare, perdita di peso, esercizio fisico regolare, cessazione del fumo di sigaretta) e una terapia farmacologica che agisca sulla dislipidemia, sull'ipertensione, e sul diabete mellito.^{6,8} In base alle evidenze scientifiche secondo cui il controllo multiplo dei fattori di rischio riduce gli eventi cardiovascolari, sono state strutturate linee guida, distribuite su larga scala, al fine di mettere in atto la migliore e più efficace pratica clinica.⁸

1.1.3 Definizione di Riabilitazione Cardiologica

- Le linee guida analizzate sono concordi nell'affermare che la Riabilitazione Cardiologica (RC) è un intervento integrato multifattoriale che si realizza grazie all'intervento di più operatori sanitari come il medico, l'infermiere, la dietologa e la psicologa, ma si differenziano nel dare una definizione di RC (Tab.I).^{1-3,15}

Tab.I: Definizione di Riabilitazione Cardiologica secondo le Linee Guida italiane ed Europee

Linee guida	Definizione di riabilitazione cardiologica
Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica (1999).	Somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società.
Linee Guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari (2006).	Processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, 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 (OMS).
Linee Guida Europee sulla prevenzione della malattie cardiovascolari nella pratica clinica (2008).	Una strategia basata sul training fisico e un corretto controllo dei fattori di rischio che ha come scopo quello di ridurre significativamente la mortalità e l'incidenza di nuovi eventi coronarici
Linee Guida Europee sulla prevenzione della malattie cardiovascolari nella pratica clinica (2012).	Un intervento costo-efficace successivamente ad un evento coronarico acuto, in quanto migliora la prognosi riducendo le riospedalizzazioni e, quindi, la spesa sanitaria, prolungando al contempo la vita.

1.2 Rilevanza del problema per la professione

La malattia coronarica rappresenta la principale causa, oltre che di mortalità, anche di morbilità intesa come disabilità, in Europa. Ciò significa che, oltre al prevedere un trattamento per la fase acuta, è indispensabile prevedere una riabilitazione a lungo termine e un programma di prevenzione secondaria efficaci.¹⁵ Il trattamento della fase acuta delle patologie cardiache ha registrato progressi molto significativi che si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti. Analoghi progressi si sono osservati anche nella ricerca clinica per la cura di cardiopatici post-acuti e la prevenzione secondaria a lungo termine dei pazienti cronici.^{2,15}

Le linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari sostengono che la prevenzione sia primaria che secondaria sia una strategia vincente.¹ Nei pazienti con SCA (sindrome coronarica acuta) l'aderenza ai consigli comportamentali (alimentazione, attività fisica, cessazione del fumo) è risultata associata ad un rischio nettamente inferiore di successivi eventi cardiovascolari rispetto alla non aderenza. La riabilitazione cardiaca dopo un evento o un intervento coronarico effettuata presso centri specializzati contribuisce a migliorare l'aderenza a lungo termine al programma terapeutico ottimale istruendo il paziente e sottolineando ripetutamente l'importanza di continuare a seguire la terapia prescritta e lo stile di vita raccomandato.¹

E' importante che il paziente sia seguito da un team multidisciplinare composto da cardiologo, infermiere, psicologo, dietista e terapeuta della riabilitazione, alcuni studi aggiungono anche la presenza di uno pneumologo per la prevenzione del fumo.^{1,4,5,}

1.2.1 Ruolo dell'infermiere in RC

Gli infermieri sono parte integrante di ogni strategia di miglioramento delle prestazioni. L'attività di educazione e counseling infermieristico è fondamentale all'interno del processo di riabilitazione cardiologica; queste attività sono aspetti importanti della gestione del paziente con cardiopatia in quanto capaci di influenzare positivamente l'outcome clinico e funzionale dei pazienti. In questo ambito, l'infermiere opportunamente formato può svolgere un ruolo di particolare rilievo. I programmi di educazione e counseling comprendono:

- La spiegazione della malattia
- Le raccomandazioni per una attività fisica regolare
- Le iniziative finalizzate a promuovere una gestione efficace del regime terapeutico
- Le raccomandazioni dietetiche⁴

Il **counseling** è un intervento infermieristico fondamentale e può essere definito come "intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute."^{1,4} Cirrottola (2003) ha constatato come sia fondamentale, per impostare una corretta attività di counseling, iniziare dall'analisi dei bisogni del paziente e aiutarlo a comprendere la sua situazione attuale e a gestire il problema assumendosi la responsabilità di eventuali scelte.⁴

L'avvio del percorso di counseling dipende dalla qualità della relazione (empatia, capacità di ascolto, presenza, attenzione, assunzione di responsabilità, patto terapeutico, coerenza), dalla qualità della comunicazione, dal numero di contatti con l'utente nel tempo e dall'applicazione di un intervento strutturato di counseling.^{1,4,15} Educando il paziente all'autocontrollo dei sintomi e segni e della terapia lo si prepara ad affrontare con maggior consapevolezza la propria malattia e gli si conferisce anche un certo grado di responsabilità e autonomia. I pazienti educati fin dalla dimissione, aiutati nell'autogestione della terapia, sostenuti attraverso i follow-up da infermieri hanno un 36% in meno di possibilità di riospedalizzazione rispetto ai pazienti non seguiti nel post dimissione.¹⁶ L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nell'educazione al paziente, molti studi dimostrano che una educazione individuale migliora lo stato di ansietà e di depressione e diminuisce il rischio di riospedalizzazione.^{16,17,18}

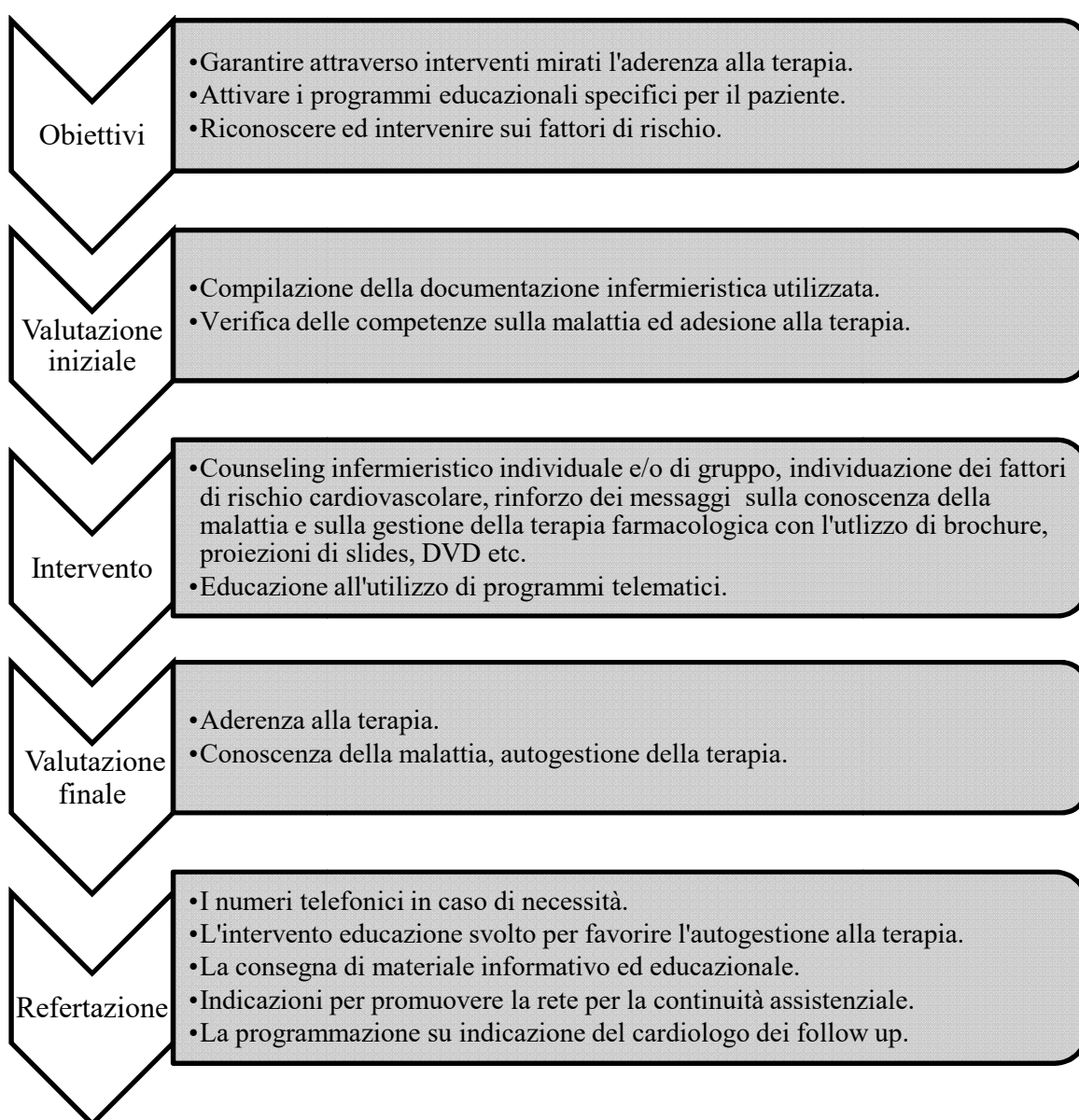
Molti studi dimostrano come i programmi di prevenzione a gestione infermieristica sono efficaci in innumerevoli contesti. I modelli di gestione infermieristica si sono dimostrati

efficaci non solo nel migliorare i fattori di rischio, la tolleranza all'esercizio, il controllo glicemico e l'uso appropriato della terapia ma anche nel ridurre gli eventi coronarici e la mortalità e nel favorire la regressione dell'aterosclerosi e la percezione della propria salute da parte del paziente.¹

L'infermiere può intervenire in tutte le strategie di prevenzione codificate nel 1982 dall'OMS e riportate nelle Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC (1999):

- *strategia di popolazione per modificare gli stili di vita e i fattori ambientali;*
- *strategia sui pazienti ad alto rischio;*
- *strategia di prevenzione secondaria;*

Fig.1: Ruolo dell'infermiere nella Riabilitazione Cardiologica



Secondo Bettinardi (2014) il ruolo dell'infermiere nella RC può essere riassunto così (Fig.1):5

1.3 Revisione ed analisi della letteratura disponibile

Per affrontare il problema di interesse, si è provveduto all'analisi ed alla revisione di articoli e pubblicazioni che avessero per oggetto la RC e il ruolo dell'infermiere nell'assistenza ai pazienti affetti da cardiopatia.

La ricerca della letteratura inerente al tema è stata effettuata nel mese di dicembre 2014 e riconfermata ad giugno 2015. I risultati della ricerca sono raccolti nella Tab. II.

Di seguito sono riportati i criteri di inclusione degli articoli:

- articoli di pertinenza con l'argomento oggetto d'indagine;
- articoli in lingua italiana ed inglese;
- articoli riferiti a pazienti adulti, con età >18 anni;
- articoli che riguardassero il genere umano.

Tab.II: Stringhe di ricerca e risultati della ricerca bibliografica.

Stringhe di ricerca	Motore di ricerca	Limiti	Articoli trovati	Articoli selezionati
("Rehabilitation"[Mesh]) AND "Heart Failure"[Mesh] AND "Nursing Education Research"[Mesh]	PUBMED	No limiti	7	3
("Myocardial Ischemia"[Mesh]) AND "Nursing/education"[Mesh]	PUBMED	No limiti	26	3
("Education, Nursing"[Mesh]) AND "Heart Failure"[Mesh]	PUBMED	Ultimi 10 anni	38	15
"Education, Nursing"[Mesh] AND cardiac rehabilitation	PUBMED	Ultimi 10 anni	22	8
("Infarction"[Mesh] AND "Counseling"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	PUBMED	No limiti	0	0
Totale (doppi esclusi)				20

Dopo attenta lettura dei 93 abstract rilevati, sono stati selezionati gli articoli inerenti al tema, che rispettassero i criteri di inclusione previsti e che dimostrassero di contenere ricadute significative per la professione infermieristica. Gli articoli selezionati sono stati 20, tutti analizzati in full text. Sono stati aggiunti altri 2 articoli inseriti nella rivista scientifica European Journal of Cardiovascular Nursing.

Inoltre sono stati selezionati 2 articoli dal sito ufficiale dell'IPASVI www.ipasvi.it inserendo singolarmente come parole libere di ricerca: "cardiologia" e "follow-up".

Infine sono state lette analizzate le seguenti linee guida:

- Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica (1999)
- Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari (2006)
- Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo (2008)
- Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012)

1.3.1 Revisione quantitativa: sintesi dei risultati

Dall'analisi della letteratura emerge che il ruolo dell'educazione infermieristica ai pazienti affetti da patologie cardiache è fondamentale sia durante la degenza che nel post dimissione, attraverso la riabilitazione cardiaca e i follow-up.¹⁶ La figura dell'infermiere è necessaria per l'assistenza ai pazienti con malattie cardiache poiché aumenta l'aderenza alla terapia, migliora la qualità della vita e riduce le morbilità di questi pazienti.¹⁹ Nello studio condotto da Gazquez (2012) in cui si valuta l'efficacia dell'educazione infermieristica si evince come il 66% di pazienti del gruppo seguito dagli infermieri abbia migliorato la propria autonomia e la propria capacità di autocura mentre sono il 26.6% del gruppo di controllo ha avuto lo stesso risultato.²⁰ L'infermiere, oltre agli obiettivi comuni in qualsiasi setting esso operi (identificazione dei bisogni assistenziali infermieristici, elaborazione e attuazione in modo dinamico del piano assistenziale con l'utilizzo di protocolli gestionali e di standard assistenziali) deve nello specifico dell'intervento riabilitativo:

- Garantire attraverso interventi mirati il massimo recupero dell'autonomia con verifiche periodiche dei processi compiuti;
- Organizzare e gestire le emergenze cardiologiche in collaborazione con il medico;
- Riconoscere e intervenire sui fattori di rischio cardiovascolari modificabili;
- Gestire adeguatamente le eventuali ferite chirurgiche e/o lesioni da decubito;
- Attivare i programmi educazionali coinvolgendo in modo attivo il pazienti e/o il caregiver.⁵

Numerosi studi indagano le conoscenze degli infermieri nella gestione assistenziale dei pazienti cardiopatici.²¹⁻²³ Si è vista l'importanza di una buona conoscenza e preparazione affinché i pazienti vengano assistiti al meglio. Lo studio di Albert et Al. (2002) indaga le conoscenze di 300 infermieri attraverso un questionario di 20 domande, lo studio dimostra

come le conoscenze degli infermieri non fossero adeguate ed avessero bisogno di un ampliamento delle nozioni scientifiche.²³ Lo studio di Mahramus (2014) indaga le conoscenze di base di 150 infermieri e le conoscenze dello stesso campione dopo tre mesi di educazione. Si dimostra come gli infermieri abbiano notevolmente migliorato le proprie conoscenze (66,5% pre-test e 89,5% post-test).²¹ Questo implica il bisogno continuo di aggiornamento per ampliare le conoscenze del personale infermieristico affinché possano svolgere al meglio il loro ruolo educativo. Molti studi dimostrano infatti come infermieri più preparati nel campo della cardiologia e della riabilitazione aumentino il livello di aderenza e di soddisfazione dei pazienti.^{19,24} L'Associazione Americana degli infermieri specializzati in malattie cardiache (AAHFN) sostiene l'importanza della figura dell'infermiere specializzato poiché ciò aumenta l'aderenza alla terapia da parte dei pazienti, incrementa i comportamenti di auto-medicazione, migliora la qualità di vita e riduce la mortalità in questi pazienti.¹⁹

1.3.2 Revisione qualitativa: sintesi dei risultati

Oltre alla vasta letteratura che considera gli aspetti quantitativi del problema, sono presenti studi qualitativi, condotti prevalentemente da infermieri, che si occupano della percezione individuale dell'evento acuto e della qualità della vita dopo di esso. Essi focalizzano l'attenzione sulle sensazioni vissute dai pazienti post dimissione. Depressione, paura, isolamento sociale, perdita di controllo sono emozioni comuni tra le persone affette da patologie cardiache. I gruppi di supporto tra pari sono un beneficio importante per i pazienti che così non si sentono soli ad affrontare questa situazione.²⁵ Essere seguiti dopo la dimissione dagli infermieri aumenta il livello di autogestione, di aderenza e di efficacia del paziente; questo comporta un aumento del benessere psicofisico e funge da protezione contro depressione e senso di impotenza.¹⁷ Il supporto sociale della famiglia è un fattore protettivo e aumenta l'aderenza e il senso di auto efficacia del paziente; pazienti sposati tendono ad avere una maggiore consapevolezza della propria malattia e riescono a gestire meglio le restrizioni dietetiche grazie al supporto familiare che li mantiene motivati.¹⁶

1.4 La Riabilitazione Cardiologica nella realtà di Feltre

La Riabilitazione Cardiologica a Feltre nasce nel 2007 grazie a dei fondi offerti da una società esterna all'ULSS e si concretizza nel febbraio 2008 su volontà del dirigente medico e con il supporto degli infermieri dell'U.O. di Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologica. L'equipe che ha aderito al progetto è composta da infermieri dell'U.O. di

Cardiologia e di Pneumologia, da Medici Cardiologi e Pneumologi, da una dietista e una psicologa esterna all'ULSS.

La struttura adibita per effettuare la riabilitazione si trova all'esterno dell'Ospedale ed è composta da un ambulatorio per effettuare le visite, una stanza riservata al personale, una palestra con 5 cyclette e un tapis roulant, una sala dove vengono effettuati gli esercizi a corpo libero e di respirazione e dove al termine dell'esercizio fisico viene effettuata la parte di educazione, uno spogliatoio per i pazienti con docce e bagni e una sala per effettuare la merenda.

I pazienti vengono scelti previa prova da sforzo e in base a dei specifici criteri:

- Pazienti con IMA sottoposti a rivascolarizzazione
- Pazienti post intervento cardiocirurgico
- Angina instabile trattata con PTCA
- Scompenso cardiaco
- Pazienti con sindrome Tako Tsubo

Il ciclo di riabilitazione cardiologica completo si articola in 4 settimane con 2 o 3 incontri alla settimana, per un totale di 10 incontri complessivi, della durata di circa 4 ore ognuno; 2 ore vengono dedicate generalmente all'attività fisica; è prevista una pausa di 15 minuti in cui si dà la possibilità di fruire di una "merenda" (yogurt, frutta, fette biscottate integrali) e le restanti 2 ore sono impegnate dalla attività educativa.

Nel primo anno è stata svolta solo la parte di attività fisica per problemi di organizzazione, ma dal 2009 si è deciso di introdurre anche la parte educativa data la grande affluenza di pazienti, creando così un vero e proprio ciclo di riabilitazione.

CAPITOLO II: MATERIALI E METODI

2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca

Lo studio consiste in un'indagine retrospettiva che ha la finalità di evidenziare le caratteristiche del campione opportunistico degli utenti dimessi in UO di Cardiologica e UTIC dell'ULSS n°2 di Feltre (BL) nel periodo dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

Lo scopo dello studio è quello di analizzare tutte le cartelle dei ricoverati cardiopatici nell'anno 2014, per valutare quanti soggetti avessero le caratteristiche per poter partecipare al ciclo di Riabilitazione Cardiologica, secondo le linee guida di riferimento.

Le domande di ricerca sono:

- Quali sono le caratteristiche del campione analizzato e, definiti i criteri di inclusione alla partecipazione alla riabilitazione, quanti dei pazienti dimessi avrebbero indicazione alla riabilitazione cardiologica?
- Valutare quali siano i bisogni e le strategie di tipo educativo, che permettano di migliorare l'adesione terapeutica e a stili di vita sani, definendo quali pazienti possono partecipare ai cicli di riabilitazione con attività fisica e quanti solo alla parte educativa?
- Valutare se vi sia la possibilità di aumentare il numero di pazienti che accedono alla riabilitazione cardiologica, proponendo per limiti di spazi e risorse anche solo come parte educativa.

2.2 Setting e campionamento

L'indagine retrospettiva è stata effettuata nel periodo dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014. Il campione opportunistico di analisi comprende tutti i dimessi facenti riferimento UO di Cardiologica e UTIC dell'ULSS n°2 di Feltre (BL). L'ULSS n°2 comprende 17 comuni¹ che ricevono un bacino di utenza da un ampio territorio denuclearizzato con una popolazione di circa 90.000 cittadini, della bassa provincia bellunese e dal territorio del Primiero (provincia di Trento), per motivi di tipo geografico.

Il campionamento è stato effettuato sui dimessi utilizzando il sistema di Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG):

- Angina (DRG 413) e Angina instabile (DRG 411)
- Infarto miocardico acuto (IMA DRG 410)

¹ I 17 comuni dell'Ulss n.2 di Feltre sono: Alano di Piave, Arsiè, Cesiomaggiore, Feltre, Fonzaso, Lamon, Lentiai, Mel, Pedavena, San Gregorio nelle Alpi, Santa Giustina, Sedico, Seren del Grappa, Sospirolo, Sovramonte, Trichiana, Quero-Vas.

- Arteriografia coronarica (DRG 8856) e Angioplastica coronarica (DRG 0066)
- Sindrome di Tako-Tsubo (DRG 429)

Variabili analizzate: le variabili prese in considerazione nel lavoro di tesi comprendono i principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili e non modificabili rilevati in letteratura, e sono:

- Caratteristiche non modificabili: età, sesso, familiarità per evento ischemico, pregresso IMA, pregresso PPCI, mortalità intraospedaliera;
- Caratteristiche modificabili: BMI (Body Mass Index, o Indice di Massa Corporea), fumo di sigaretta, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia (allegato 3).

2.3 Affidabilità della raccolta dati

La raccolta dati è stata condotta attraverso un'accurata analisi delle cartelle cliniche e della documentazione inerente l'UO di Cardiologica e UTIC dell'ULSS n°2 di Feltre (BL). Tutti i dati reperiti sono stati visionati e confermati dal responsabile della Riabilitazione Cardiologica il dottor Christian Piergentili.

2.4 Analisi dei dati

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata attraverso l'utilizzo del software Excel del pacchetto Office 2007. I principali indici utilizzati sono stati: media, mediana, moda, deviazione standard.

2.5 Implicazioni etiche

Con l'analisi dei dati è garantito l'anonimato e la riservatezza delle informazioni raccolte in modo da non essere ricondotti al singolo, nel rispetto delle norme di garanzia della privacy. Lo studente si impegna inoltre a trasmettere i risultati dell'indagine al Responsabile dell'UO/Servizio presso cui i dati sono stati raccolti e alla Direzione Medica.

La raccolta dati è stata approvata dalla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Feltre e dal Direttore di Unità Operativa di Terapia Intensiva Coronarica. I risultati ottenuti verranno poi messi a disposizione della Direzione medica ed allo staff del reparto UTIC.

I dati sono stati analizzati e conservati in un computer dotato di password e reso accessibile solo al Relatore della tesi e allo Statistico di riferimento.

2.6 Limiti dello studio

Lo studio condotto presenta alcuni limiti importanti, che devono essere tenuti in considerazione al momento dell'interpretazione dei risultati.

In primo luogo, l'analisi condotta è di tipo osservazionale retrospettivo, rispecchia l'esperienza di un singolo Centro, e tratta un campione ristretto di pazienti. In secondo luogo, i dati clinici di ogni soggetto sono stati raccolti in un registro sottoposto alla compilazione da parte di più persone, con conseguenti possibili bias nell'inserimento dei dati. In secondo luogo, lo studio presenta limiti relativi alla selezione del campione che include le patologie di dimissione sopraelencate e tralascia altri pazienti eventualmente eleggibili al ciclo di riabilitazione (visite ambulatoriali senza ricovero e con impianti di dispositivo elettrico PM e ICD) .

CAPITOLO III: RISULTATI

3.1 Descrizione del campione

Nel 2014 nell'Ospedale di Feltre sono stati dimessi dall'U.O. di Cardiologia 691 pazienti e dall'Unità Coronarica 116 pazienti questi sul totale di 807 pazienti, sono stati dimessi con la diagnosi di dimissione di Angina, Angina instabile, IMA (STEMI E NON STEMI), SCA, Sindrome di Tako-Tsubo, e quindi analizzate le cartelle di 193 pazienti (le diagnosi sono quelle di inclusione al campione secondo i DRG dichiarati sopra).

Sono state reperite tutte le 193 cartelle ed analizzate: gli uomini sono 137 (71,0%), 56 (29,0%) donne. L'età media è di 71 anni (DS±11,8). Il campione di pazienti considerato comprende un intervallo d'età esteso, infatti l'età minima è 32 anni, quella massima 95.

Tab. III: Variabili demografiche: campione completo preso in esame.

Variabili	Valore
Demografiche	
Totale pazienti	193
Sesso	Maschi 137 (71,0%)/ Femmine 56 (29,0%)
Età e classi	
Età (media in anni)	71,1 ± 11,8 (min 32–max95)
Età ≤ 39	1 (0,5%)
Età 40-59	30 (15,5%)
Età 60-79	108 (56,0%)
Età ≥ 80	54 (28,0)

3.2 Pazienti con controindicazioni assolute alla Riabilitazione Cardiologica

Nell'analisi effettuata sono state considerate, seguendo le Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC del 1999, queste controindicazioni assolute:

- Angina instabile
- Scompenso cardiaco cronico in fase di instabilità clinica
- Aritmie ventricolari severe
- Ipertensione polmonare (> 60 mmHg)
- Ipertensione arteriosa non controllata dai farmaci
- Versamento pericardico di media-grande entità
- Recenti episodi di tromboflebite con o senza embolia polmonare
- Miocardiopatia ostruttiva severa
- Stenosi aortica serrata o sintomatica
- Presenza di patologie evolutive limitanti il training fisico
- Afezioni infiammatorie o infettive in atto

Oltre a queste controindicazioni impediscono l'accesso alla riabilitazione cardiologica anche la non conclusione del quadro clinico medico e il decesso, che sono stati considerati come controindicazioni.

I pazienti con controindicazioni assolute e quindi esclusi dal ciclo di Riabilitazione Cardiologica sono 60, 37(61,7%) maschi e 23(38,3%) femmine. L'età media dei partecipanti è di 76,5 anni (Tab. IV).

Tab. IV: Variabili demografiche: caratteristiche dei pazienti esclusi dalla riabilitazione.

Variabili	Valore
Demografiche	
Totale pazienti	60
Sesso	Maschi 37 (61,7%)/ Femmine 23 (38,3%)
Età e classi	
Età (media in anni)	76,5 ± 11,5 (min 42–max 95)
Età ≤ 39	0 (0,0%)
Età 40-59	5 (8,3%)
Età 60-79	25 (41,7%)
Età ≥ 80	30 (50,0%)

La controindicazione al ciclo riabilitativo più frequente è il quadro clinico non concluso, con una importante incidenza di 29 casi (15%). Seguono le patologie limitanti il training fisico (15 casi; 7,8%), recente tromboflebite (3 casi; 1,6%), ipertensione arteriosa non controllata (2 casi; 1%). Con 1 caso e lo 0,5% di incidenza segue la stenosi aortica serrata o sintomatica e l'ipertensione polmonare (1 caso, 0,5%). Ai pazienti con controindicazioni vanno aggiunti anche i pazienti deceduti (5 pazienti, 2,6%)(Tab.V).

Tab. V: Controindicazioni assolute e al training fisico.

Variabili	Valore
Quadro non concluso	29 (15,0%)
Patologia limitante il training	15 (7,8%)
Deceduti	5 (2,6%)
Recente episodio di tromboflebite	3 (1,6%)
IPA non controllata	2 (1,0%)
Ipertensione polmonare	1 (0,5%)
Stenosi aortica serrata o sintomatica	1 (0,5%)
Trasferiti	1 (0,5%)
Altro	3 (1,6)
Totale pazienti controindicati	60 (31,1%)

3.3 Pazienti eleggibili alla Riabilitazione Cardiologica

Sottraendo al totale del campione dei 193 pazienti dimessi con diagnosi che ha indicazione per la riabilitazione cardiologica (RC), i 60 pazienti con controindicazioni assolute, rimangono 133 pazienti eleggibili al ciclo di riabilitazione cardiologica.

Di questi 133, hanno a tutti gli effetti partecipato alla RC 60 pazienti dimessi nell'anno 2014, più 2 pazienti arruolati durante visite ambulatoriali; i restanti 73 pur essendo eleggibili non hanno partecipato alla Riabilitazione Cardiologica (Tab.VI).

Di questi 133 pazienti eleggibili al ciclo di riabilitazione cardiologica i maschi sono 100 (75,2%) e le femmine 33 (24,8%). L'età media è di $68,7 \pm 11,2$. L'età minima è di 32 anni e la massima è di 90 (Tab.VI).

Tab. VI: Variabili demografiche: caratteristiche dei pazienti eleggibili alla riabilitazione.

Variabili	Valore
Demografiche	
Totale pazienti	133
Sesso	Maschi 100 (75,2%) / Femmine 33 (24,8%)
Età e classi	
Età (media in anni)	$68,7 \pm 11,2$ (min 32–max 90)
Età ≤ 39	1 (0,8%)
Età 40-59	25 (18,8%)
Età 60-79	83 (62,4%)
Età ≥ 80	24 (18,0%)

3.3.1 Fattori di rischio non modificabili.

Tra i fattori di rischio non modificabili troviamo il sesso, l'età e la familiarità.

Del gruppo dei 60 che hanno effettuato la RC 54 (90,0%) sono maschi mentre 6 (10,0%) sono femmine. L'età media è di $66,0 \pm 10,6$.

Del gruppo dei 73 che non hanno effettuato la RC 46 (63,0%) sono maschi e 27 (37,0%) sono femmine. L'età media è di $70,9 \pm 11,3$.

La familiarità risulta più alta nel gruppo dei pazienti che non hanno effettuato la RC con 55 pazienti su 73, il 75,3% mentre nel gruppo di quelli che hanno svolto la RC solo 35 pazienti su 60 hanno familiarità, il 58,3%.

3.3.2 Fattori di rischio modificabili.

Rientrano tra i fattori di rischio modificabili l'ipertensione, il fumo di sigaretta, l'ipercolesterolemia, il diabete mellito e il sovrappeso – obesità. Gli altri fattori di rischio,

stress psicosociale e sedentarietà non possibile sono stati raccolti perché non presenti come dato all'interno delle cartella clinica.

Nelle tabelle VII e VIII sono riportati relativi analizzati i fattori di rischio modificabili. L'**ipertensione** risulta con valori più elevati nel gruppo dei pazienti che non hanno effettuato la RC mentre **ipercolesterolemia, fumo, diabete e sovrappeso-obesità** sono valori più alti nei pazienti che hanno svolto il ciclo di riabilitazione.

Da una prima analisi si nota come siano stati scelti per il ciclo riabilitativo i pazienti con un'età media inferiore e con fattori di rischio maggiormente modificabili con l'educazione ovvero il fumo, l'ipercolesterolemia, il diabete e il sovrappeso-obesità. Nel gruppo di pazienti che hanno effettuato la RC il 61,7% soffre di ipercolesterolemia, il 63,3% è un tabagista (o ex tabagista) e il 35,0% è affetto da diabete.

Tab. VII: Variabili dei pazienti eleggibili differenziando tra quelli che hanno effettuato la RC e di coloro che non hanno effettuato la RC.

Variabili	Effettuata RC	Non effettuata RC	Totale
Sesso	M 54(90,0 %) F 6(10,0%)	M 46(63,0%) F 27(37,0%)	133(100%)
Età	66,0(DS±10,6)	70,9(DS±11,3)	
Familiarità	35(58,3%)	55(75,3%)	90(67,7%)
Fattori di rischio modificabili			
Iperensione	35(58,3%)	52(71,2%)	87(65,4%)
Ipercolesterolemia	37(61,7%)	40(54,8%)	77(57,9%)
Fumo	38(63,3%)	34(46,6%)	72(54,1%)
Diabete	21(35,0%)	14(19,2%)	35(26,3%)
Pregressa patologia cardiaca			
Pregresso IMA	17(28,3%)	22(30,1%)	39(29,3%)
Pregresso PTCA	15(25,0%)	21(28,8%)	36(27,1%)

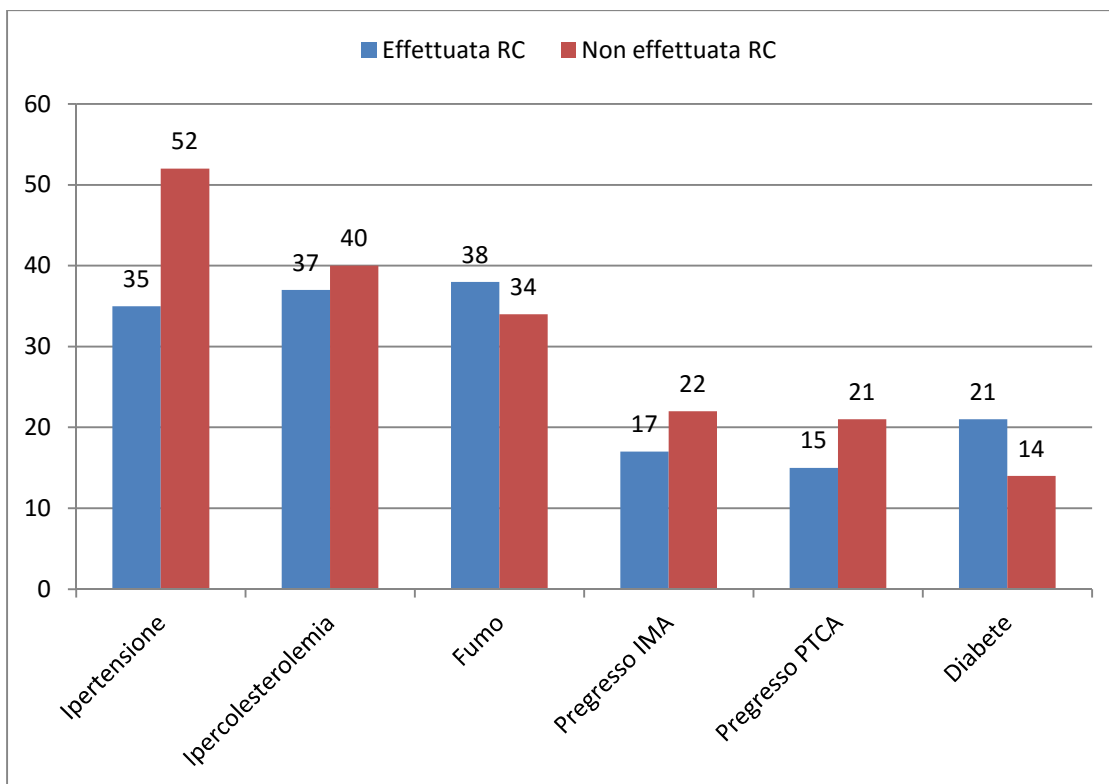


Fig. 2: Fattori di rischio dei pazienti eleggibili differenziando tra quelli che hanno effettuato la RC e di coloro che non hanno effettuato la RC.

Tab. VIII: Body Mass Index (BMI) dei pazienti che hanno effettuato la RC e di quelli che non hanno effettuato la RC.

Variabili	Effettuata RC	Non effettuata RC	Totale
Obesità			
BMI < 18,5	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (0,8%)
BMI 18,5-24,99	12 (20,0%)	32 (43,8%)	44 (33,1%)
BMI 25-29,99	29 (48,3%)	22 (30,2%)	51 (38,3%)
BMI ≥ 30	18 (30,0%)	13 (17,8%)	31 (23,3%)
Dati mancanti	1 (1,7%)	5 (6,8%)	6 (4,5%)

Sul totale del campione dei pazienti eleggibili alla riabilitazione (133 pazienti) risultano in sovrappeso-obesi 82 pazienti (61,1%).

Il ciclo di Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS n.2 di Feltre è stato proposto a 75 pazienti (di cui uno solo alla parte educativa). Hanno accettato di frequentare il ciclo 60 pazienti (16 pazienti post IMA STEMI, 15 pazienti post IMA NSTEMI, 8 pazienti post Angina, 8 pazienti post bypass, 4 pazienti post intervento valvolare, 4 pazienti post Angina instabile, 2 pazienti post scompenso cardiaco, 2 pazienti post rivascolarizzazione

programmata). Durante il ciclo riabilitativo del 2014 un paziente ha abbandonato la riabilitazione e due pazienti sono stati arruolati durante delle visite ambulatoriali (Tab. IX).

Tab. IX: Indicazioni alla Riabilitazione Cardiologica.

Riabilitazione Cardiologica	Totale
Campione pazienti	193
Pazienti controindicati	60
Pazienti non controindicati	133
Proposto ciclo	75
Solo educazionale	1
Ciclo completo	74
Non proposto perché già effettuato ciclo	1
Pazienti che hanno rifiutato	6

L'analisi dei dati del campione ci mostra che solo 73 pazienti non hanno potuto accedere al percorso di riabilitazione mentre 60 pazienti hanno effettuato la RC. Analizzando i fattori di rischio modificabili di ciascun gruppo si nota come l'**ipertensione** risulti con valori più elevati nel gruppo dei pazienti che non hanno effettuato la RC mentre **ipercolesterolemia, fumo, diabete e sovrappeso-obesità** sono valori più alti nei pazienti che hanno svolto il ciclo di riabilitazione. Per il ciclo riabilitativo sono stati scelti i pazienti con un età media inferiore e con fattori di rischio maggiormente modificabili con l'educazione ovvero il fumo, l'ipercolesterolemia, il diabete e il sovrappeso-obesità. La Riabilitazione cardiologica annovera, infatti, tra i suoi obiettivi il miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare.² La RC svolge un ruolo fondamentale nel prevenire patologie coronariche attraverso modificazioni dello stile e della qualità della vita dato che le malattie cardiovascolari sono strettamente connesse allo stile di vita, in particolar modo all'uso di tabacco, alle scorrette abitudini alimentari, alla sedentarietà e allo stress psicosociale.¹

CAPITOLO IV: DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei risultati.

Dall'analisi dei dati del campione analizzato per il lavoro di tesi è emerso che le malattie cardiovascolari colpiscono maggiormente soggetti di sesso maschile 137 (71,0%) rispetto alle donne 56 (29,0%) in linea con i dati forniti dalla letteratura.¹

Dal campione analizzato dei 133 pazienti candidabili alla riabilitazione cardiologica (RC) i fattori di rischio maggiormente presenti sono l'ipertensione arteriosa (87;65,4%), la dislipidemia (77;57,9%), il fumo (72;54,1%), la familiarità (90;67,7) e il sovrappeso-obesità (51 pazienti sovrappeso,38,3% e 31 pazienti obesi,23,3% sul campione dei 133 pazienti). Un dato da tenere in considerazione è la familiarità, in quanto è un fattore molto presente nel campione analizzato ed è un dato che non si può modificare attraverso programmi di prevenzione o riabilitazione.

Analizzando le caratteristiche del campione dei pazienti sottoposti al ciclo di RC si nota come siano stati scelti i pazienti più giovani, età media 66,0 (DS±10,6) e con fattori di rischio maggiormente modificabili attraverso l'educazione ovvero il fumo, l'ipercolesterolemia, il diabete e il sovrappeso-obesità.

Il ciclo di Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS n.2 di Feltre è stato proposto a 75 pazienti (di cui uno solo alla parte educativa, senza training fisico). Hanno accettato di frequentare il ciclo 60 pazienti. Durante il ciclo riabilitativo del 2014 un paziente ha abbandonato la riabilitazione e due pazienti sono stati arruolati durante delle visite ambulatoriali. La Riabilitazione cardiologica è composta da programmi educativi strutturati dedicati e finalizzati ad un effettivo cambiamento dello stile di vita e da un programma di attività fisica finalizzata a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, il programma educativo e quello di attività fisica sono interventi terapeutici finalizzati alla riduzione del rischio.¹⁵ Tuttavia è possibile effettuare solo la parte dei programmi educativi finalizzati ad una riduzione del rischio; gli interventi educativi comprendono incontri individuali e di gruppo sugli aspetti della malattia coronarica, dell'alimentazione, cessazione del fumo, ipertensione, attività fisica.¹⁵

4.2 Proposte di interventi e strategie.

I pazienti sopravvissuti ad uno STEMI o NSTEMI continuano a permanere ad alto rischio di nuovi eventi ischemici e di decesso prematuro, condizione che rafforza la necessità di una modificazione dei fattori di rischio riconosciuti. L'8-10% di questi pazienti, infatti, va

incontro a recidiva infartuale entro un anno e la mortalità post-dimissione rimane più elevata di quella della popolazione generale.²⁶

È indispensabile prevedere all'interno del ciclo di Riabilitazione Cardiologica, pertanto, dei momenti educativi indirizzati al paziente e ai familiari, che promuovano l'adozione di stili di vita sani ed educino alla corretta gestione della patologia; inoltre è importante aumentare il numero di pazienti che possono accedere alla RC anche solo alla parte educativa.

Nel campione di riferimento si è evidenziato che su 133 pazienti eleggibili al ciclo di riabilitazione cardiologica ambulatoriale, solo 60 vi hanno partecipato: risultata pertanto importante cercare delle strategie per impedire che vi sia un numero considerevole, 73 pazienti su 133, che non possono accedere al percorso di continuità delle cure a causa dei limiti strutturali ed economici della struttura stessa.

4.2.1 Implementazione di un programma di prevenzione terziaria

Affrontando il tema della prevenzione terziaria, non si deve dimenticare come l'efficienza della procedura dell'angioplastica primaria, attraverso la rapida risoluzione della sintomatologia infartuale, contribuisca al raggiungimento di elevati livelli di soddisfazione del paziente. La diretta conseguenza di ciò risulta essere la scarsa comprensione da parte del paziente di essere stato vittima di un infarto cardiaco e, soprattutto, che questo sia stato solamente una manifestazione acuta di una patologia cronica sottostante, che deve essere monitorata e trattata.

Si può capire, dunque, come ciò si ripercuota negativamente sulla riabilitazione cardiologica, sull'attività educativa condotta dagli infermieri, e soprattutto sulla salute del paziente, il quale non si considera malato e non comprende la necessità di assumere farmaci per il trattamento di una patologia della quale non percepisce manifestazioni o sintomi evidenti. Pertanto, il primo passo all'interno della prevenzione terziaria deve essere condotto in direzione del paziente, coinvolgendolo nei suoi bisogni di salute: solo successivamente si può indirizzare l'educazione verso la modificazione dei fattori di rischio e la prevenzione del loro sviluppo. È indispensabile quindi che il ciclo di riabilitazione cardiologica venga avviato subito dopo la dimissione del paziente affinché si possano raggiungere risultati positivi e concreti.

4.2.2 Strategie di miglioramento.

Nell'ambito della prevenzione terziaria, si avverte sempre più l'importanza di un approccio multidisciplinare ad una patologia complessa e multifattoriale quale quella cardiovascolare, dove solamente un lavoro di équipe che impegni più operatori sanitari e in particolar modo il cardiologo, l'infermiere, il terapista della riabilitazione, il dietista, lo psicologo e lo pneumologo, può ottenere risultati apprezzabili.^{4,5}

Per ottimizzare gli interventi, infatti, tutte le linee guida sono concordi nell'affermare che si rende necessario strutturare un percorso omnicomprensivo, realizzato su misura per il singolo paziente, che si avvii nella fase immediatamente post-acuta della malattia.^{1-3,15} La discussione intorno alla presenza del rischio di un evento secondario, infatti, deve essere avviata già in ambiente ospedaliero, affrontando le problematiche dell'adesione alla terapia e della necessità di mettere in atto un cambiamento comportamentale importante. All'interno delle varie competenze, la letteratura afferma che l'infermiere si dimostra un anello fondamentale della catena della continuità assistenziale, sostenendo i pazienti durante tutta la degenza e contribuendo attivamente alla prevenzione attraverso l'attuazione del counseling. Il **counseling** è un intervento infermieristico fondamentale e può essere definito come "intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute."^{4,15} Mediante questa strategia, l'infermiere supporta il paziente nella cessazione del fumo, nella gestione di un corretto comportamento alimentare, nell'adesione alle prescrizioni terapeutiche, nell'implementazione dell'attività fisica, nel ritorno al lavoro, e nella ripresa dell'attività sessuale.

Gli infermieri risultano essere efficaci nell'individuare i bisogni assistenziali dei pazienti: sono capaci, infatti, di fornire un aiuto esperto e un sostegno sia nell'ambito della consulenza che in quello della riabilitazione, avvalendosi di un approccio alla cura di tipo olistico. Il counseling sulla cessazione del fumo di sigaretta, sulle tecniche di rilassamento e sulla gestione dello stress deve essere effettuato con il paziente e i caregiver in modo rilassato e informale, favorendo l'instaurarsi della relazione di fiducia tra assistito e operatore sanitario necessaria al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il processo educativo deve essere caratterizzato dalla semplicità di contenuti e supportato da risorse scritte come volantini o opuscoli, con l'obiettivo di favorire l'autogestione della patologia e permettere al paziente di condurre una vita normale ed attiva. Educando il paziente all'autocontrollo del peso, della pressione arteriosa, e del glucosio nel sangue lo si prepara ad affrontare con maggior consapevolezza la propria malattia e gli si conferisce un

certo grado di autonomia responsabile. Per questi pazienti il personale infermieristico, adeguatamente formato e nell'ambito di protocolli condivisi, potrebbe svolgere un'attività ambulatoriale di supporto alla figura professionale del medico, finalizzata a rendere il paziente autonomo nella cura di se stesso, a mantenere la stabilità emodinamica ottenuta, e a riconoscere precocemente eventuali segni e/o sintomi di instabilità, al fine di ridurre le re-ospedalizzazioni, migliorare la qualità della vita del paziente, e ridurre la spesa complessiva a carico del Sistema Sanitario Nazionale. A tale scopo, è necessario che il personale ospedaliero infermieristico e medico, al momento della dimissione, oltre a prevedere un'educazione terapeutica personalizzata, spingano il paziente a partecipare ad un programma di riabilitazione cardiologica, evidenziando l'efficacia di tale servizio e l'importanza di aderirvi con continuità e costanza.

È di fondamentale importanza, infine, ricordare quanto sia indispensabile la comunicazione costruttiva tra infermieri e medici cardiologi e il resto dei professionisti che operano in RC in un'ottica di collaborazione multiprofessionale, che incoraggi un approccio coerente alla cura del paziente, e quanto sia necessario che tutto il personale coinvolto nel trattamento dei soggetti sottoposti a PTCA sia addestrato ad un livello sufficiente. Per espletare un ruolo efficace nel campo della prevenzione, pertanto, l'infermiere deve acquisire conoscenze e competenze specifiche nel campo della prevenzione delle malattie cardiovascolari, nonché deve sviluppare capacità di comunicazione, attitudine al colloquio con i pazienti e i loro familiari, sensibilità nel trovare le parole adatte per informare sulle cause della malattia, sul decorso della stessa, e sulle terapie intraprese, il tutto adeguandosi al livello culturale del paziente e imparando ad ascoltare i suoi bisogni d'assistenza.^{1,4,5}

4.2.3 Strategie di miglioramento della Riabilitazione cardiologica nell'ULSS N.2 di Feltre.

Dei 133 pazienti candidabili alla RC, solo 60 pazienti (dimessi nel 2014 dalle U.O. di Cardiologia e UCTI), più 2 pazienti (arruolati durante le visita ambulatoriali), hanno effettuato il ciclo di Riabilitazione Cardiologica completo nel 2014, con il training fisico.

Il ciclo di riabilitazione cardiologica completo si articola in 4 settimane con 2 o 3 incontri alla settimana, per un totale di 10 incontri complessivi, della durata di circa 4 ore ognuno; 2 ore vengono dedicate generalmente all'attività fisica; è prevista una pausa di 15 minuti in cui si dà la possibilità di fruire di uno spuntino e le restanti 2 ore sono impegnate dalla attività educativa.

Consultando la letteratura e tenendo conto degli ostacoli organizzativi (carenza di strutture e spazi ampi dedicati alla RC, costi e difficoltà dell'organizzazione multidisciplinare) e ostacoli economici si propongono alcune possibili soluzioni di miglioramento che permettano anche a coloro che non possono accedere al training fisico di partecipare alla parte educativa, alla quale non possono partecipare per motivi di limitazioni fisiche del soggetto o limiti della struttura stessa.

Si propongono pertanto alcune variazioni suggerite dall'analisi della letteratura, che si sono state dimostrate efficaci ed introducibili ad implementazione del ciclo attuale:

1. Somministrare il questionario di adesione alla terapia Morisky per analizzare l'andamento della compliance del paziente prima di iniziare il ciclo di RC e a fine ciclo. Il questionario è composto da 4 domande a cui viene dato un punteggio di 0 ad ogni risposta positiva e 1 ad ogni risposta negativa. I pazienti con punteggio 0-2 sono considerati non aderenti; quelli con punteggio 3-4 sono considerati aderenti. (vedi tabella X).²⁷

Tabella X. La scala di Morisky.

1. Si è mai dimenticato di assumere i farmaci?
2. È occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci?
3. Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?
4. Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?

2. Utilizzo della Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) per analizzare il livello di ansia e di depressione del paziente alla dimissione e durante il ciclo di RC. Nei pazienti cardiopatici la depressione, l'ansia e il senso di isolamento sono sentimenti comuni che portano ad un peggioramento del quadro clinico generale.^{15,18,25} Il test è composto da 7 domande inerenti lo stato d'ansia e 7 sullo stato depressivo, ad ogni risposta viene dato un valore da 0 a 3 (da 0 assenza del sintomo a 3 massima gravità). Il range dei punteggi totali va da 0 (stress assente) a 42 (massimo stress).

Un esempio di item è: "Mi sento teso come una corda":

- 0- mai
- 1- qualche volta
- 2- molte volte
- 3- la maggior parte del tempo.

3. Focalizzare le lezioni teoriche sui rischi maggiormente modificabili attraverso l'educazione da parte del team multidisciplinare.

Sovrappeso-obesità: gli effetti “disadattivi” del peso corporeo eccessivo sui vari fattori di rischio cardiovascolare, associati alle conseguenze negative che questo determina sulla patologia coronarica stessa, determinano una riduzione della sopravvivenza globale. Gli interventi per la riduzione del peso corporeo comportano scelte di vita come l’adozione di una dieta salutare ed una maggiore attività fisica. Il mantenimento a lungo termine della riduzione del peso è complesso e necessita di una forte e sostenuta motivazione personale e familiare, ed il supporto professionale di lunga durata. L’attività fisica si rivela essere un fattore che influisce favorevolmente sull’aspetto lipidico, sull’adiposità, sulla pressione arteriosa, sulla tolleranza glucidica e sulla capacità cardio-polmonare. Il ruolo della dietista è importante poiché mediante colloqui con i pazienti riesce a creare diete personalizzate in base ai fattori di rischio, alle esigenze specifiche e ai gusti e alle preferenze di ogni persona affinché vi sia una maggior aderenza alla terapia dietetica.⁵ All’infermiere è richiesto di incoraggiare lo svolgimento di un’attività fisica regolare, suggerendo di eseguire un test da sforzo per indirizzare la prescrizione. Sono consigliabili attività aerobiche (passeggiate, jogging, bicicletta) integrate ad un incremento delle attività fisiche quotidiane.^{1,4} Invitare alle lezioni teoriche sul sovrappeso-obesità anche la moglie, se si tratta di un paziente maschio, o del caregiver che si occupa di cucina può aumentare l’aderenza alla dieta poiché il paziente, se sostenuto dalla famiglia, aumenta il proprio grado di compliance.¹⁶

Fumo: la promozione della cessazione del fumo di sigaretta è importante a livello della popolazione generale come a livello individuale. L’entità dell’incremento del rischio cardiovascolare nei fumatori è strettamente correlato, in modo lineare, al numero di sigarette fumate. L’obiettivo da perseguire è quello della cessazione completa, raggiungibile attraverso attività di incoraggiamento da parte dell’infermiere, consulenze e programmi formali di interruzione.¹ E’ possibile inoltre rivolgersi ai centri antifumo presenti nel territorio per avere un supporto costante anche nel post dimissione inoltre si prevede un incontro con il Pneumologo di riferimento per migliorare le conoscenze e la motivazione alla cessazione del fumo.

Iperensione arteriosa: il rischio di incorrere in eventi coronarici fatali e non fatali risulta essere maggiore nei pazienti che presentano ipertensione arteriosa. L’obiettivo è quello di trattare l’ipertensione in modo adeguato per prevenire ulteriori complicanze cardiovascolari ad esse associata. L’infermiere, pertanto, deve raccomandare al paziente l’auto-misurazione della pressione arteriosa, e promuovere le modificazioni dello stile di vita: controllo del peso corporeo, esecuzione di attività fisica regolare, e riduzione dell’introito di alcool e sale. L’utilizzo di un diario di controllo può essere un ausilio utile

non solo per il paziente, che così riesce a monitorare il suo andamento clinico ed annotare problemi o difficoltà rilevate, ma anche per i sanitari che possono avere una chiara testimonianza del percorso terapeutico del paziente e dell'andamento dei valori pressori.²⁸

È necessario, inoltre, raccomandare l'importanza dell'assunzione costante dei farmaci antiipertensivi prescritti e informare il paziente su eventuali effetti collaterali degli stessi.^{1,4}

Ipercolesterolemia: la riduzione dei livelli sierici di colesterolo si associa ad un minor rischio di eventi coronarici fatali e non fatali. L'infermiere deve suggerire al paziente una dieta a basso contenuto di grassi, ed insistere sul controllo del peso corporeo e sull'incremento dell'attività fisica. Nei pazienti con valori particolarmente elevati, l'infermiere valuta la presenza di ulteriori fattori di rischio cardiovascolare e invita il soggetto ad eseguire un controllo con il medico curante. È di fondamentale importanza raccomandare l'assunzione delle terapie prescritte.¹⁵

Attività sessuale: la funzione sessuale è una componente importante della qualità della vita e del benessere soggettivo. Dopo un evento cardiaco circa il 50% dei pazienti riferisce riduzione o completa cessazione di ogni attività sessuale, con conseguente ansia, depressione e perdita di autostima. L'infermiere attraverso l'attività di counseling deve monitorare e spiegare gli effetti indesiderati dei farmaci cardiovascolari, valutare insieme al medico i sintomi che insorgono durante l'attività sessuale e deve incoraggiare la comunicazione del problema.¹⁵

Stress: lo stress è un fattore che incide notevolmente sulla qualità di vita dei pazienti ed è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. L'infermiere attraverso attività quali tecniche di rilassamento e musicoterapia può insegnare ai pazienti a rilassarsi e a percepire i benefici di queste attività. Un recente studio dimostra che ascoltare musica diminuisce i battiti del cuore, la pressione sanguigna e i livelli di ansia nei cardiopatici.^{1,29} È possibile coinvolgere la psicologa per quei pazienti che necessitano di una analisi mirata nel trattare sindromi da stress in modo da seguirli in sedute individuali e mirate ai loro problemi specifici.

4. Effettuare follow-up a lungo termine. L'obiettivo generale è un'assistenza globale al cardiopatico per una migliore qualità della vita ed una efficace prevenzione di nuovi eventi cardiovascolari. Sebbene molti pazienti raggiungano un buon recupero funzionale ed un'adeguata qualità di vita, altri continuano ad avere uno stato di salute sostanzialmente compromesso. Pazienti con eventi coronarici richiedono continui ricoveri in ospedale ed hanno un'alta frequenza di infarti o re-infarti. Uno stile di vita

sano può ridurre sostanzialmente il rischio di ulteriori eventi ma è difficile da raggiungere e da mantenere, se non attraverso un intervento integrato.¹⁵

5. Effettuare follow-up telefonici per i pazienti che abitano da soli e che non hanno figure di sostegno sempre presenti. Attraverso le telefonate si garantisce una continuità delle cure e si monitora la situazione clinica del pazienti che se presenta problemi nella gestione della terapia medica o nel riconoscimento di segni e sintomi di peggioramento clinico può comunicarlo ai sanitari che lo indirizzeranno verso la soluzione migliore per la sua situazione. Il follow-up telefonico è un eccellente metodo per garantire una continuità nella presa in carico e non lasciare il pazienti ad una autogestione che può portare ad una riospedalizzazione.^{28,30,31}
6. Ampliare la rete dei servizi includendo nella continuità delle cure il medico di medicina generale o l'assistenza domiciliare. La figura del medico di medicina generale o degli infermieri dell'assistenza domiciliare, effettuando una visita al mese, possono monitorare l'aderenza alla terapia del paziente e lo stato generale di salute.¹⁶
7. Organizzare una cena a fine del ciclo riabilitativo in un ambiente esterno affinché i pazienti possano consolidare il legame al di fuori del contesto sanitario. Consolidare il legame tra i pazienti aumenta il loro grado di benessere e di aderenza alla terapia poiché la condivisione di vissuti di vita simili tra le persone porta ad un miglioramento del quadro clinico generale.²⁵

4.2.4 Strategie educative per i pazienti non sottoposti a Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS N.2 di Feltre.

Dei 133 pazienti candidabili alla RC solo 60 sono potuti accedere al ciclo di RC nel 2014; rimangono quindi 73 pazienti che non hanno ricevuto un'adeguata continuità delle cure. La letteratura mostra come i pazienti seguiti sin dal post dimissione abbiano un aumento del livello di autogestione e di aderenza rispetto ai pazienti non seguiti.¹⁷ Le strategie di ampliamento del numero di pazienti da sottoporre a RC sono state ricercate nella letteratura:

1. Poiché tra i problemi maggiori della RC dell'ULSS N.2 di Feltre ci sono ostacoli organizzativi e ostacoli economici, una soluzione efficace e poco esosa è quella di ampliare il numero di pazienti che accedono alle lezioni teoriche sui fattori di rischio, sulla dieta, sullo stress e sull'aderenza alla terapia. E' fondamentale invitare alle lezioni anche il consorte e/o il caregiver poiché la letteratura dimostra come i pazienti supportati e aiutati dalla famiglia hanno migliore aderenza alle restrizioni dietetiche e

migliori capacità di autocura e di aderenza alla terapia.¹⁶ Durante queste lezioni verrà trattata anche la parte di educazione all'attività fisica (tipi di attività che si possono svolgere, frequenza delle attività) in modo che i pazienti che accedono solo al ciclo educativo conoscano le modalità in cui poter svolgere in autonomia ed efficacia l'attività fisica; verrà inoltre insegnato ai pazienti come auto misurarsi la frequenza cardiaca, dato fondamentale da monitorare durante l'attività fisica. Argomenti quali altitudine e possibilità di prendere un aereo verranno sempre spiegati durante le lezioni teoriche.(Allegato 4)

2. Effettuare follow-up telefonici per i pazienti che non possono partecipare alla parte educativa. La letteratura dimostra che i pazienti seguiti nel post dimissione anche solo telefonicamente dagli infermieri hanno una percentuale di riospedalizzazione più bassa di quelli non seguiti e una migliore aderenza alla terapia.^{16,30}
3. Visite domiciliari ai pazienti dimessi post evento coronarico acuto. I pazienti seguiti nel post dimissione hanno un tasso di riospedalizzazione minore rispetto ai pazienti non seguiti.³¹ Visite saltuarie degli infermieri aumentano il grado di aderenza alla terapia ed inoltre la consapevolezza di essere in contatto con un team sanitario aumenta il grado di sicurezza dei pazienti che non si sentono abbandonati a loro stessi.^{28,32}
4. Creazione di gruppi di auto-sostegno. Creare momenti di confronto tra gruppi di pari aumenta l'aderenza alla terapia e diminuisce il senso di solitudine, depressione e inadeguatezza dei pazienti poiché le persone hanno l'opportunità di condividere le proprie esperienze. I gruppi di auto-assistenza dovrebbero essere incoraggiati e dovrebbe essere loro consentito di usare lo stesso approccio basato sulle prove alla cardiologia riabilitativa che è utilizzato nei programmi da personale specializzato.¹⁵

Tutti questi suggerimenti sono stati proposti alla struttura di riferimento, e prevedono una spesa minima iniziale, soprattutto per quanto riguarda l'inserimento dei pazienti alla parte educativa: ciò permetterebbe un accesso finalizzato all'educazione dei pazienti che altrimenti non avrebbero accesso ad alcuna continuità delle cure post ricovero.

Tutta la letteratura^{1-5,15,16,18,20,25,27,28,31} è concorde nell'affermare che l'educazione gioca un ruolo predominante nella variazione degli stili di vita nella prevenzione della mortalità e riospedalizzazioni.

CAPITOLO V: CONCLUSIONI

Il lavoro di tesi si prefiggeva di analizzare le caratteristiche dei pazienti sottoposti al ciclo di Riabilitazione Cardiologica nell'ULSS N.2 di Feltre e di compararli con i pazienti candidabili alla riabilitazione cardiologica (RC) ma che per motivi economico-organizzativi non hanno potuto accedervi. Dall'analisi dei dati sono state proposte delle strategie educative per ampliare il numero di pazienti reclutabili alla RC nella realtà di Feltre e per migliorare in generale il percorso di RC. Dall'analisi dei dati è emerso che il campione di pazienti sottoposti alla RC nel 2014 presenta un'età media più bassa 66,0 (DS±10,6) rispetto ai pazienti candidabili alla RC (età media 70,9, DS±11,3), ma che per motivi economico-organizzativi della Struttura non hanno potuto partecipare al ciclo. Inoltre i pazienti sottoposti a RC presentano fattori di rischio maggiormente modificabili con l'educazione ovvero il fumo, l'ipercolesterolemia, il diabete e il sovrappeso-obesità (Tab. VII e Tab.VIII).

La Riabilitazione Cardiologica, come sostengono le Linee Guida, è funzionale solamente se composta da un'équipe che impegni più operatori sanitari e in particolar modo il cardiologo, l'infermiere, il terapeuta della riabilitazione, il dietista, lo psicologo e lo pneumologo. All'interno delle varie competenze, l'infermiere si dimostra un anello fondamentale della catena della continuità assistenziale, sostenendo i pazienti durante tutta la degenza e contribuendo attivamente alla prevenzione attraverso l'attuazione del counseling. Mediante questa strategia, l'infermiere supporta il paziente nella cessazione del fumo, nella gestione di un corretto comportamento alimentare, nell'adesione alle prescrizioni terapeutiche, nell'implementazione dell'attività fisica, nel ritorno al lavoro, e nella ripresa dell'attività sessuale. Gli infermieri risultano essere efficaci nell'individuare i bisogni assistenziali dei pazienti: sono capaci, infatti, di fornire un aiuto professionale e un sostegno sia nell'ambito della consulenza che in quello della riabilitazione, avvalendosi di un approccio alla cura di tipo olistico. Partendo da un'attenta analisi della letteratura si sono cercate strategie migliorative di percorso come ad esempio:

- Somministrare il questionario di adesione alla terapia Morisky.
- Utilizzo della Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
- Focalizzare le lezioni teoriche sui rischi maggiormente modificabili attraverso l'educazione da parte del team multidisciplinare.
- Organizzare una cena a fine del ciclo riabilitativo in un ambiente esterno.
- Effettuare follow-up a lungo termine.

Per quanto riguarda i metodi per ampliare il numero di pazienti eleggibili al ciclo riabilitativo avendo limiti economico-organizzativi la ricerca di strategie educative è stata più complessa. Si è optato per aumentare il numero di pazienti che accedono alle lezioni teoriche sui fattori di rischio, effettuare follow-up telefonici per i pazienti che non possono partecipare alla parte educativa, effettuare visite a domicilio nonostante questa strategia abbia un costo economico notevole e creare dei gruppi di auto-sostegno affinché tra pari il paziente non si senta solo e abbandonato nel post dimissione. L'infermiere ha l'opportunità di fare la differenza durante tutto il percorso sanitario gestendo la fase acuta e prevedendo un'assistenza strutturata nel lungo termine, che inizi al momento del ricovero in fase acuta ma che prosegua anche in fase post-acuta, e che si focalizzi sull'aderenza alla terapia e sull'attuazione delle modificazioni comportamentali necessarie alla gestione della patologia cronica e alla prevenzione della recidiva infartuale.

5.1 Raccomandazioni.

La Riabilitazione Cardiologica è un percorso ottimale e funzionale per 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 e di migliorare la qualità della vita. È necessario, tuttavia, cercare di superare le barriere economico-organizzative al fine di poter offrire un servizio omnicomprensivo, realizzato su misura per il singolo paziente, che si avvii nella fase immediatamente post-acuta della malattia. Maggiori energie dovrebbero essere spese nella programmazione di un percorso educativo-assistenziale strutturato, a supporto del paziente e dei suoi familiari, che integri follow-up telefonici ed educazione terapeutica mirata al singolo paziente. È necessario prevedere l'organizzazione di lezioni e seminari indirizzati a tutti i membri costituenti l'équipe multiprofessionale, che approfondiscano le problematiche tipiche della casistica presa in considerazione, e che sappiano colmare le lacune conoscitive ed assistenziali dei professionisti sanitari, con lo scopo finale di perseguire il miglior risultato di salute. Una revisione periodica del servizio assistenziale offerto permetterebbe agli infermieri di osservare l'andamento del progetto nonché di individuare eventuali limiti o criticità presenti, al fine di guidare la pratica clinica verso uno sviluppo futuro.

In quest'ottica, la ricerca infermieristica ricopre un ruolo fondamentale nel miglioramento dell'assistenza e della cura del paziente con patologia coronarica; ulteriori e più forti legami dovrebbero essere sviluppati tra la pratica clinica e la ricerca teorico-accademica,

perseguendo l'obiettivo comune dell'erogazione della miglior pratica clinica fondata sulle più aggiornate evidenze scientifiche.

Con queste finalità si è cercato di proporre uno schema riabilitativo che permetta la partecipazione di tutti coloro che abbiano indicazioni alla riabilitazione cardiologica e la proposta di miglioramento organizzativo (Allegato 4) verrà sperimentata già a partire dal prossimo ciclo per un periodo sperimentale di 3 mesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM, et al. Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012). *G Ital Cardiol* 2013; 14(5): 328-92.
2. Ceci V, Assennato P, Boncompagni F, Chieffo C, Giannuzzi P, Griffo R, et al. Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol* 1999;29: 1057-91.
3. Griffo R, Urbinati S, Giannuzzi P, Jesi AP, Sommaruga M, Saggiocca L, et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *G Ital Cardiol* 2008; 9(4):286-97.
4. Cirrottola F, Scrutinio D. Ruolo dell'infermiere professionale nella gestione del paziente con insufficienza cardiaca cronica in riabilitazione cardiologica. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60(2):161-5.
5. Bettinardi O, da Vico L, Pierobon A, Iannucci M, Maffezzoni B, Borghi S, et al. First definition of Minimal Care model: the role of nurses, physiotherapists, dietitians and psychologists in preventive and rehabilitative cardiology. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2015; 82(3).
6. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res.* 2006;55(1):26-33.
7. Young LE, Murray J. Patients' Perception of their experience of primary percutaneous intervention for ST segment elevation myocardial infarction. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2011;21(1):20-30.
8. Farkouh ME, Boden WE, Bittner V, Muratov V, Hartigan P, Ogdie M, et. al. Risk factor control for coronary artery disease secondary prevention in large randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(15):1607-15.
9. Vranckx P, Boersma E, Garg S, Valgimigli M, Van Es GA, Goedhart D, et. al. Cardiovascular risk profile of patients included in stent trials; a pooled analysis of individual patient data from randomized clinical trials: insights from 33 prospective stent trials in Europe. *EuroIntervention.* 2011;7(7):859-71.
10. Leahy M. Primary angioplasty for acute ST-elevation myocardial infarction. *Nursing Standard.* 2006;21(12):48-56.
11. Rasoul S, Ottervanger JP, De Boer MJ, Dambrink JH, Hoorntje JC, Marcel Gosselink AT, et. al. Predictors of 30-day and 1-year mortality after primary

- percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *Coron Artery Dis.* 2009;20(6):415-21.
12. Ko DT, Donovan LR, Huynh T, Rinfret S, So DY, Love MP, et. al. A survey of primary percutaneous coronary intervention for patients with ST segment elevation myocardial infarction in Canadian hospitals. *Can J Cardiol.* 2008;24(11):839-43.
 13. Perugini E, Maggioni AP, Boccanelli A, Di Pasquale G. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. *G Ital Cardiol* 2010;11(10):718-29.
 14. Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, et. al. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;125:e2-220.
 15. Giannuzzi P, Griffo R, Urbinati S, Tassoni G, Baldi C, Sommaruga M, et Al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. *G Ital Cardiol* 2006; 11(1):1-144.
 16. Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence? *Critical Care Nurse* 2008; 28(2):66-82.
 17. Duncan K, Pozehl B, Hertzog M, Norman JF. Psychological responses and adherence to exercise in heart failure. *Rehabilitation Nursing* 2014; 39(3):130-9.
 18. Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014, Vol. 13(1): 22-31.
 19. Lee CS, Greenberg BH, Laramee AS, Ammon SE, Prasun M, Galvao M, et al. HFSA and AAHFN joint position statement: Advocating for a full scope of nursing practice and leadership in heart failure. *Journal of cardiac failure* 2012; 18(11):811-2.
 20. Rodriguez-Gazquez M, Arredondo-Holguin E, Herrera-Cortes R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Revista latino-americana de enfermagem* 2012; 20(2):296-306.
 21. Mahramus T, Penoyer DA, Frewin S, Chamberlain L, Wilson D, Sole ML. Assessment of an educational intervention on nurses' knowledge and retention of heart failure self-care principles and the Teach Back method. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2014; 43(3):204-12.
 22. Willette EW, Surrells D, Davis LL, Bush CT. Nurses' Knowledge of Heart Failure Self-Management. *Progress in cardiovascular nursing* 2007; 22(4):190-5.

23. Albert NM, Collier S, Sumodi V, Wilkinson S, Hammel JP, Vopat L, et al. Nurses's knowledge of heart failure education principles. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2002; 31(2):102-12.
24. Rosteghin E, Boscolo Anzoletti A, Barro S. Ambulatorio per lo scompenso infermieristico e gestione infermieristica. *Rivista l'Infermiere* 2014, N.3.
25. Lockhart E, Foreman J, Mase R, Heisler M. Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2014; 43(4):292-8.
26. Addala S, Grines CL, Dixon SR, Stone GW, Boura JA, Ochoa AB, et. al. Predicting mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention (PAMI risk score). *Am J Cardiol.* 2004;93(5):629-32.
27. Greco C, Bovenzi FM, Berti S, Abrignani M, Bedogni F, Ceravolo R, et Al. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. *G Ital Cardiol* 2014;15(1 Suppl 1):3S-27S.
28. Ferrato S, Bilora F. Il valore del servizio di follow-up dopo la degenza in terapia intensiva. *Rivista l'Infermiere* 2013, N.4.
29. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary disease patients. *Cochrane database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 12.
30. Wheeler EC, Waterhouse JK. Telephone interventions by nursing students: improving outcomes for heart failure patients in the community. *Journal of community health nursing* 2006; 23(3):137-46.
31. McHugh MD, Ma C. Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia. *Medical care* 2013; 51(1):52.
32. Bowler M, Blake A. Specialist cardiology nurses audit post-MI community aftercare. *British journal of community nursing* 2007; 12(5):194-202.

ALLEGATI

Allegato 1: Analisi degli articoli della revisione bibliografica

Titolo articolo e autore anno	Setting	Tipologia di studio	Campione ed intervento	Risultati	Conclusioni
<p>Reflections on the role of nursing in primary care to transmit their knowledge of the principles of self-care in cases of heart failure. A. Dalfò-Pibernat et F. J. P. Rodriguez, 2015.</p>	Spagna.	Lettera all'editore.	Questa lettera parte dall'analisi e dall'apprezzamento dello studio di Tara Mahramus e Al's; gli autori sottolineano quanto sia importante analizzare le conoscenze degli infermieri e cercare di prepararli al meglio affinché non abbiano deficit formativi. In questo scritto si evidenzia l'importanza della gestione dei pazienti con infarto da parte di un team multidisciplinare affinché il paziente abbia un'assistenza di tipo olistico. Inoltre si pone l'attenzione sui numerosi casi di mal gestione della terapia a domicilio in particolare dei pazienti in terapia con la digossina. Infine sostengono l'aggiornamento continuo infermieristico		
<p>Assessment of an educational intervention on nurse's knowledge and retention of heart failure self-care principles and the Teach Back method. T. Mahramus et al. 2014.</p>	USA.	Studio quasi sperimentale.	Molti studi hanno evidenziato come in molteplici casi vi siano poche conoscenze sull'assistenza delle persone con infarto. Lo studio è stato effettuato su 150 infermieri: indaga le conoscenze di base (pre-test), le conoscenze subito dopo essere stati formati (post-test) e a 3 mesi dall'educazione (follow-up test). Nei follow-up a 3 mesi viene utilizzato il "teach back method".	Gli infermieri devono avere ottime conoscenze dell'assistenza ai pazienti con infarto affinché possano poi educare gli stessi pazienti a prendersi cura di loro stessi. Lo studio dimostra come gli infermieri adeguatamente educati abbiano notevolmente migliorato le proprie conoscenze (66.5% pre-test, 89.5% follow-up post test). Questo implica il bisogno continuo di aggiornamento per ampliare le conoscenze del personale infermieristico affinché possano svolgere al meglio il loro ruolo educativo.	
<p>Heart failure patient's experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. E.Lockhart et al, 2014.</p>	USA.	Studio qualitativo.	Lo studio qualitativo indaga le esperienze dei pazienti cardiopatici unendoli in gruppi con caratteristiche simili affinché "empatizzino" tra di loro. Lo studio è stato condotto su 28 pazienti di età media di 72 anni.	Lo studio mostra come i pazienti affetti da cardiopatia necessitano di supporto familiare e sociale e mette in luce gli effetti benefici della condivisione delle proprie vite con soggetti che hanno avuto esperienze simili.	I pazienti cardiopatici hanno bisogno di essere seguiti dopo il periodo di acuzia della malattia; i gruppi di ascolto tra pari possono aiutarli nell'esprimere le proprie emozioni evitando depressione ed isolamento sociale.

<p>Ambulatorio per lo scompenso cardiaco e gestione infermieristica. E.Rosteghin et al, 2014.</p>	<p>Italia.</p>	<p>Studio retrospettivo di 423 cartelle di 170 pazienti affetti da scompenso cardiaco seguiti nel reparto di cardiologia dell'Ospedale "Madonna della Navicella" di Chioggia.</p>	<p>Questo studio retrospettivo ha analizzato le condizioni cliniche di 170 pazienti affetti da scompenso cardiaco. I pazienti sono stati divisi in stabili o instabili in base alla classe Nyha di appartenenza, ai segni e sintomi riferiti, al valore della Bia e al dosaggio del BNP. Dall'analisi è risultato che il 66% del pazienti era stabile.</p>	<p>Lo studio suggerisce, dopo una revisione bibliografica, che i pazienti stabili vengano seguiti periodicamente e ambulatorialmente da infermieri che educano e forniscono indicazioni per la gestione della patologia. In caso di variazioni dei valori il paziente verrà inviato dall'infermiere al cardiologo per accertamenti. In Svezia, Usa e Regno Unito sono già presenti ambulatori a conduzione esclusivamente infermieristica, chiamate Nurse-led clinic.</p>	<p>Il paziente considerato stabile potrebbe essere seguito periodicamente dagli infermieri avvalendosi del medico solo in caso di alterazione significativa dei parametri, come avviene nelle nurse-led clinic all'estero.</p>
<p>Psychological responses and adherence to exercise in heart failure. K.Duncan et al, 2014.</p>	<p>USA.</p>	<p>Studio trasversale. Il campione include 39 pazienti, 19 nel gruppo di attività fisica e 20 nel gruppo di controllo.</p>	<p>Lo studio descrive gli effetti psicologici e il livello di aderenza all'attività fisica durante un periodo di educazione fisica. Lo studio compara l'aderenza all'attività fisica tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. I pazienti vengono allenati per 24 settimane e viene valutato l'aspetto psicologico attraverso il POMS (profile of mood states).</p>	<p>Lo studio evidenzia che il gruppo sperimentale, che è stato costantemente seguito durante gli allenamenti per tutte le 24 settimane, ha aumentato il livello di autogestione e di aderenza rispetto al gruppo di controllo. Non si evidenziano differenze per quanto riguarda lo stato psicologico dei pazienti tra i due gruppi.</p>	<p>L'attività fisica è quindi un ottimo strumento per migliorare l'autogestione, il senso di efficacia del paziente e per allontanare depressione e senso di impotenza.</p>
<p>The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for Heart Failure Patients. A.McBride et Al, 2013.</p>	<p>Regno Unito. Studio pilota condotto su 119 pazienti cardiopatici per dodici mesi.</p>	<p>Studio pilota. Il campione include 119 pazienti affetti da cardiopatie seguiti da un gruppo di infermieri specialisti in cardiologia.</p>	<p>Ai 119 pazienti viene data una carta informativa sullo stato di salute cardiologico di ognuno; questa carta riporta la data dell'ultima ecografica cardiaca, della frazione di eiezione, della funzionalità del ventricolo sinistro e il numero</p>	<p>In dodici mesi 38 pazienti hanno avuto un episodio di riospedalizzazione e grazie alla carta informativa sullo stato di salute gli infermieri specialisti in cardiologia sono stati informati dell'80% delle ospedalizzazioni.</p>	<p>Lo studio dimostra come l'utilizzo della carta di avviso sulla salute del paziente migliora la continuità assistenziale attraverso la trasmissione di informazioni sanitarie.</p>

			di telefono e il nome dell'infermiere specializzato in cardiologia da cui è seguito il paziente.		
Hospital Nursing and 30-Day Readmissions among Medicare Patients with Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, and Pneumonia. M.D.McHugh, C.Ma 2013.	USA.	Studio osservazionale.	Questo studio analizza il tasso di riospedalizzazione di pazienti dimessi da 412 ospedali tra California, New Jersey e Pennsylvania con diagnosi di insufficienza cardiaca o infarto o polmonite nel periodo tra 2005-2006. Lo studio mette in correlazione il tasso di riospedalizzazione con l'ospedale, la preparazione infermieristica, le caratteristiche dello staff e l'ambiente di lavoro degli infermieri dei tre stati.	Il 46 % dei pazienti con insufficienza cardiaca, il 16% dei pazienti con infarto e il 38% dei pazienti con la polmonite ebbero una riospedalizzazione entro 30 giorni dalla prima dimissione. L'insufficienza cardiaca è tra le cause più comuni di riospedalizzazione sia nei pazienti affetti da insufficienza cardiaca che in quelli colpiti da infarto. La causa più frequente di riospedalizzazione per i pazienti con polmonite è un'altra polmonite.	Lo studio dopo l'analisi dell'ambiente ospedaliero e del reparto sostiene che un miglioramento dell'ambiente di lavoro delle infermiere e dello staff sia un elemento di prevenzione per la riospedalizzazione dei pazienti. Infermieri che lavorano in un ambiente che rafforza la loro autonomia e il loro ruolo attraverso risorse adeguate migliora anche il servizio offerto ai pazienti.
Il valore del servizio di follow up dopo la degenza in terapia intensiva (uti). S.Ferrato, F. Bilora, 2013.	Italia.	Revisione di letteratura.	In questa revisione si analizzano numerosi studi che testano l'efficacia del follow-up post dimissione dall'uti. I paesi nordici già dal 1990, avendo compreso l'importanza della continuità delle cure post dimissione, avevano iniziato un percorso di dimissione adottando un diario come strumento di aiuto ai pazienti. Nella revisione vengono confrontati 4 modelli di follow-up danesi, svedesi e norvegesi, analizzando poi alcune strategie emerse dai diversi programmi di follow-up. Nello studio emerge come il follow-up telefonico sia un metodo per garantire una continuità nella presa in carico se non vi è la possibilità di adottare altri modelli più completi.		
Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review. N.R.Veronovici et Al, 2013.	Canada. La revisione è stata effettuata su 8 studi.	Revisione di letteratura.	Questa revisione composta da 8 studi si pone l'obiettivo di analizzare il ruolo dell'educazione alla dimissione nei pazienti sottoposti a bypass coronarico, angioplastica coronarica e a riparazione o sostituzione valvolare. Dalla revisione emerge che la migliore educazione è composta da una educazione standard e una educazione personalizzata ed effettuata singolarmente. L'educazione standard fornisce nozioni di base al paziente mentre quella individuale e personalizzata migliora le capacità singole di aderenza ai cambiamenti post evento acuto. L'educazione individuale migliora lo stato di ansia e di depressione, diminuisce il rischio di riospedalizzazione e diminuisce le complicanze post intervento chirurgico.		

<p>Leadership: The responsibility of all heart failure nurses. L.S.Bass, 2013.</p>	USA.	Editoriale.	L'autrice analizza i miglioramenti ottenuti nel campo della formazione degli infermieri dell'American association of heart failure nell'anno 2012 / 2013. Sottolinea come un infermiere preparato e capace di educare i pazienti porti ad una diminuzione del rischio di riospedalizzazione degli stessi. Ogni infermiere attraverso l'aggiornamento continuo può essere un buon leader per i pazienti.		
<p>HFSA and AAHFN joint position statement: Advocating for a full scope of nursing practice and leadership in heart failure. C.S.Lee et Al, 2012.</p>	USA.	Editoriale: Articolo clinico.	In questo articolo clinico si parla dell'importanza del ruolo dell'infermiere nell'assistenza ai pazienti con patologie cardiache. L'associazione americana delle malattie cardiache HFSA e l'associazione americana degli infermieri specializzati in malattie cardiache AAHFN hanno come obiettivo quello di migliorare gli outcomes con i pazienti cardiopatici. La figura dell'infermiere è fondamentale nell'assistenza ai pazienti con malattie cardiache poiché aumenta l'aderenza alla terapia, incrementa i comportamenti di auto-medicazione, migliora la qualità della vita e riduce le morbilità e la mortalità di questi pazienti.		
<p>Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart-failure: randomized controlled trial. M.R.Gazquez et al, 2012.</p>	Colombia.	Trial clinico.	In questo trial si valuta l'effettiva efficacia dell'educazione infermieristica nei pazienti affetti da patologie cardiache; 33 pazienti hanno partecipato nel gruppo di intervento mentre 30 pazienti nel gruppo di controllo. E' stata usata la scala Nancy Artinian's heart failure self-care behaviors scale per valutare il grado di autonomia acquisito post educazione.	Il 66% di pazienti del gruppo di intervento ha migliorato la propria autonomia e la propria capacità di autocura mentre solo il 26.6% del gruppo di controllo ha avuto lo stesso risultato. I risultati dimostrano come gli interventi educativi abbiano benefici nei comportamenti di autocura dei pazienti cardiopatici.	
<p>A study of the relationship of nursing interventions and cognitions to the physiologic outcomes of care in a simulated task environment. J.Whyte et Al, 2010.</p>	USA.	Studio quasi sperimentale.	Studio quasi sperimentale in cui 15 partecipanti, ragazzi al terzo anno di infermieristica, vengono introdotti in un ambiente di lavoro simulato in cui devono fare assistenza a dei pazienti come se fosse una situazione reale.	I partecipanti allo studio lavorano con un paziente umano simulato. Si nota che vi è una stretta correlazione tra azioni effettuate dai partecipanti e le variabili fisiche del paziente.	Lo studio dimostra la stretta correlazione tra azioni compiute e modificazioni fisiologiche dei pazienti.
<p>The Connected Learning Model for disseminating evidence-based care</p>	USA.	Studio osservazionale.	Il "connected learning model" è stato sviluppato per aumentare la capacità dello staff infermieristico per	L'educazione allo staff affinché sia svolta sulle evidences è un percorso complesso che spesso fallisce. Affinché questo modello di conoscenze funzioni bisogna cercare multiple strategie di successo.	

<p>practices in clinical settings. Deborah Lekan et Al, 2010.</p>			<p>riconoscere i sintomi di insufficienza cardiaca. E' stato testato su 114 infermieri per un periodo di 6 mesi suddiviso in 26 sessioni educative.</p>	
<p>Reconceptualizing the core of nurse practitioner education and practice. M.E.Burman et Al, 2008.</p>	<p>USA.</p>	<p>Revisione di letteratura.</p>	<p>Questa revisione analizza gli ultimi cambiamenti nell'educazione nella pratica infermieristica incentrata soprattutto sulla valutazione infermieristica, sulla farmacologia e sulla fisiopatologia. La preparazione dell'infermiere dovrebbe incentrare il suo sapere sulla promozione della salute sia alle persone sane che alle persone con malattie croniche. I programmi di studio attuali non preparano gli infermieri adeguatamente nel focalizzare la pratica infermieristica sulla promozione della salute e il trattamento delle malattie stando al passo con i continui cambiamenti della medicina. Il nucleo dell'infermieristica è composto dalla promozione della salute e dalla prevenzione delle malattie e gli infermieri dovrebbero lavorare in funzione di questo.</p>	
<p>Hospital discharge education for patients with heart failure: What really works and what is the evidence? S.Paul, 2008.</p>	<p>Carolina del Nord: 61 patients age 50 years or older who had heart failure.</p>	<p>Editoriale: Articolo clinico.</p>	<p>L'articolo analizza l'importanza dell'educazione al paziente e alla famiglia per prevenire la riospedalizzazione post evento ischemico. Sono citati dall'autore numerosi studi che dimostrano come un'efficace educazione alla dimissione seguita dal follow-up gestito da personale infermieristico specializzato in cardiologia diminuisca il numero di riospedalizzazioni e aumenti l'aderenza del paziente alle terapie. Sono esplicitati i fattori che possono ostacolare l'apprendimento (mancanza di motivazione, barriere linguistiche, età avanzata, avere mancanza di supporto sociale) e si analizzano metodi risolutivi per ovviare a queste difficoltà. Si è visto che colloqui singoli aumentano l'aderenza rispetto a lezioni di gruppo. L' utilizzo di materiale cartaceo di supporto aumenta la sicurezza del paziente che non si deve affidare solo alle nozioni orali. Lo studio dimostra attraverso trials e studi clinici che i pazienti preparati alla dimissione e seguiti anche a domicilio, sia ambulatorialmente che attraverso follow-up telefonici, hanno un tasso minore di riospedalizzazione.</p>	
<p>Educational setting on the management of patients with heart failure. G.B.Aliti et Al, 2007.</p>	<p>Brasile.</p>	<p>Revisione di letteratura.</p>	<p>In questa revisione si analizzano i luoghi in cui sia possibile svolgere l'educazione ai pazienti con malattie cardiache. Molti studi riportano l'importanza dell'educazione ai pazienti cardiopatici affinché vi sia una riduzione della possibilità di riospedalizzazione. L'educazione deve iniziare durante il periodo di degenza ospedaliera, qui gli infermieri specializzati devono iniziare un percorso educativo che continuerà poi al domicilio. Molti studi dimostrano che i pazienti seguiti dopo la dimissione a domicilio hanno una aderenza alla terapia e al cambiamento dello stile di vita maggiore di quelli non seguiti. Anche il follow-up telefonico è un metodo educativo che mantiene in contatto infermieri e paziente che non si sente abbandonato a sé stesso. E' fondamentale quindi che il paziente sia seguito da un team multidisciplinare che lo segua nella sua educazione dal momento del ricovero al ritorno al proprio domicilio.</p>	

<p>Specialist cardiology nurses audit post-MI community aftercare. M.Bowler et A.Blake,2007.</p>	<p>USA. One hundred patients with heart failure participated in the study.</p>	<p>Studio retrospettivo.</p>	<p>In questo studio è stato somministrato un questionario a 100 pazienti cardiopatici (64 uomini e 36 donne). 50 pazienti hanno partecipato ad un programma di riabilitazione di sei settimane; 50 pazienti invece hanno ricevuto visite domiciliari post dimissione.</p>	<p>Entrambi i gruppi mostrano un alto livello di soddisfazione. Dichiarano di aver compreso le informazioni date e di essere stati coinvolti nella riabilitazione. Lo studio mette in luce alcune differenze tra il primo e il secondo gruppo; nel primo i pazienti avevano più possibilità di essere seguiti anche con contatti telefonici. Il 75 % di tutti i pazienti dichiara di aver compreso quanto le informazioni ricevute siano utili per il loro stato di benessere.</p>	<p>I risultati dello studio dimostrano come sia fondamentale la presenza di infermieri specializzati in cardiologia nell'assistenza ai pazienti affetti da patologie cardiache. I pazienti di entrambi i gruppi sono stati aiutati a modificare le precedenti abitudini in campo alimentare e per quanto riguarda l'attività fisica; inoltre sono stati educati alla cessazione del fumo e all'importanza delle tecniche di rilassamento.</p>
<p>Development and evaluation of the “Advance Heart Failure Clinical Competence Survey” a tool assess knowledge of heart failure care and self-assessed competence. S.J.Goodlin et al, 2007.</p>	<p>USA. The study surveyed 36 HF “expert” nurses and 85 hospice “novice” nurses.</p>	<p>Studio osservazionale.</p>	<p>Questo studio vuole indagare le conoscenze degli infermieri che assistono i pazienti affetti da patologie cardiache. Sottolinea infatti l'importanza di conoscenze precise e aggiornate per poter offrire la miglior assistenza. Nello studio vengono messi a confronto due gruppi di infermieri: 36 infermieri esperti nella gestione dei pazienti cardiopatici e 85 nuovi infermieri dell'hospice. Viene utilizzato come questionario l'Advanced Heart Failure Clinical Competence Survey.</p>	<p>Il confronto ci mostra come gli infermieri specializzati nell'assistenza a pazienti affetti da patologie cardiologiche fossero più preparati dei nuovi infermieri; si è visto infatti che i “novice” sovrastimavano le loro conoscenze. Lo studio mostra come il tempo passato a lavorare in un determinato ambito aumenti notevolmente le conoscenze in quel settore.</p>	<p>Gli infermieri che lavorano da più tempo con pazienti cardiopatici hanno migliori conoscenze e abilità, mentre gli infermieri dell'hospice hanno buone abilità di counseling con il paziente e la sua famiglia nel fine vita.</p>

<p>Nurse's knowledge of heart failure self-management. E. W. Willette; D. Surrells; L. L. Davis; C. T. Bush, 2007.</p>	<p>USA. The study surveyed 49 nurses who regularly provided care to patients with HF at a hospital in the southeastern United States.</p>	<p>Studio osservazionale prospettico con l'utilizzo di A 20-item, true/false survey was administered to participants.</p>	<p>Poiché l'educazione del paziente cardiopatico è fondamentale e spesso è eseguita dagli infermieri questo studio indaga le conoscenze di base di un gruppo di 49 infermieri sulla gestione/educazione di pazienti con patologie cardiache somministrando loro un test con 20 domande con risposta vero/falso.</p>	<p>Il punteggio è stato 79.85% di risposte corrette ma si è visto come gli infermieri fossero impreparati sull'argomento vertigini (16,3% risposta giusta), sul controllo giornaliero del peso (36,2%) e sulla ipotensione asintomatica (58,3%).</p>	<p>Comparando lo studio con altri lavori si è visto come gli infermieri non fossero adeguatamente preparati per educare i pazienti con patologie cardiache.</p>
<p>Developing a Web-Based Education and Counseling Program for Heart Failure Patients. L. S.Evangelista et Al, 2006.</p>	<p>USA.</p>	<p>Studio osservazionale.</p>	<p>Lo studio si propone di ideare un sito web educativo per i pazienti cardiopatici e di valutare il loro grado di soddisfazione. Nella prima fase di ideazione del software sono stati invitati 69 pazienti affinché identificassero delle aree in cui avevano più interesse ad approfondire le proprie conoscenze. Nella seconda fase in cui è stato testato il sito hanno partecipato 12 pazienti sopra i 65 anni.</p>	<p>I pazienti si sono mostrati soddisfatti del sito. Dichiarano che è facile da utilizzare, le informazioni sono facili da trovare e sono esaustive e spiegate ad un livello comprensibile; inoltre sostengono che il sito li ha aiutati a comprendere la loro condizione di salute e a riconoscere segni e sintomi di peggioramento.</p>	<p>Il sito web educativo può essere un buon metodo educativo, esaustivo e semplice per i pazienti affetti da cardiopatie.</p>
<p>Telephone interventions by nursing students: improving outcomes for heart failure patients in the community. E.C.Wheeler and J. K. Waterhouse, 2006.</p>	<p>USA.</p>	<p>Studio trasversale.</p>	<p>Lo studio si propone di verificare l'efficacia del follow-up telefonico tramite attribuzione di 2 pazienti cardiopatici ad ogni studente di infermieristica partecipe allo studio.</p>	<p>Si evidenzia che il gruppo di pazienti sottoposti a follow-up telefonico ha avuto un tasso di riospedalizzazione del 13% contro il 35% del gruppo di controllo. Il follow-up telefonico è un buon metodo di continuità delle cure.</p>	
<p>Nurse's knowledge of heart failure education topics as reported in a small midwestern</p>	<p>USA.</p>	<p>Studio osservazionale prospettico con l'utilizzo di A 20-item, true/false survey was</p>	<p>Lo scopo di questo studio è verificare le conoscenze di un gruppo di 51 infermieri somministrando un</p>	<p>Il risultato ottenuto è simile a quello del precedente studio di Albert et Al. Entrambi gli studi</p>	<p>Lo studio dimostra che gli infermieri hanno bisogno di una maggiore preparazione scientifica</p>

<p>community hospital. S.Washburn et al,2005.</p>		<p>administered to participants.</p>	<p>questionario di 20 domande con risposta vero/falso sull'assistenza ai pazienti cardiopatici. 14 infermieri lavorano in UCIC, 37 in unità di medicina generale. Il questionario utilizzato è quello dello studio di Albert et Al. del 2002.</p>	<p>dimostrano come la preparazione degli infermieri non sia sufficientemente elevata.</p>	<p>nell'assistenza ai pazienti cardiopatici.</p>
<p>Ruolo dell'infermiere professionale nella gestione del paziente con insufficienza cardiaca cronica in riabilitazione cardiologica. F.Cirrottola, D.Scrutinio, 2003.</p>	<p>Italia.</p>	<p>Revisione bibliografica.</p>	<p>Questa revisione della letteratura analizza il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione cardiologica, sostiene infatti che l'infermiere possa fare una specifica diagnosi infermieristica in ambito riabilitativo poiché i pazienti manifestano intolleranza all'attività fisica secondaria all'alterata funzionalità cardiaca. L'infermiere svolge un ruolo essenziale nell'educazione e nel counseling poiché si occupa prima di tutto dei bisogni del paziente. I bisogni sono di due tipi: non farmacologici e farmacologici. L'infermiere attraverso l'educazione e il counseling può influenzare positivamente l'outcome clinico dei pazienti. Attività come spiegare la malattia,dare raccomandazioni sull'attività fisica, promuovere iniziative finalizzate a una gestione efficace del regime terapeutico e le raccomandazioni dietetiche sono tutte attività di tipo infermieristico.</p>		
<p>Nurses'knowledge of heart failure education principles. N.M.Albert at al, 2002.</p>	<p>USA. Subjects included 300 nurses who provided care to patients with HF.</p>	<p>Studio osservazionale prospettico con l'utilizzo di A 20-item, true/false survey was administered to participants.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è indagare le conoscenze di un gruppo di 300 infermieri specializzati nell'assistenza ai pazienti affetti da patologie cardiache. Viene somministrato un questionario di 20 domande vero/falso su vari argomenti quali: la dieta, il peso, i liquidi assunti, i segni e sintomi di peggioramento del quadro clinico, i farmaci e gli esercizi. Di questi 300 infermieri il 92% sono infermiere laureati,l'8% infermieri licensed practical nurses.</p>	<p>I risultati mostrano come gli infermieri non fossero propriamente educati sulle patologie cardiache; per poter dare una ottima assistenza c'è bisogno di un ampliamento delle conoscenze. Gli infermieri ben preparati nell'assistenza a pazienti cardiopatici hanno maggiori possibilità di svolgere bene il proprio ruolo di infermiere.</p>	

<p>Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case. J. Nolan et al, 2001.</p>	<p>Regno Unito.</p>	<p>Revisione di letteratura.</p>	<p>Questa revisione di letteratura analizza il ruolo dell'infermiere nel campo della riabilitazione in particolare nella riabilitazione di pazienti affetti da una di queste 5 condizioni patologiche: sclerosi multipla, artrite, infarto, lesione midollare e ictus. Dall'analisi della letteratura si evidenziano plurimi ruoli dell'infermiere riabilitativo: ruolo coordinativo, ruolo educativo, ruolo di sostegno, ruolo di ricerca. Inoltre si evidenzia come l'infermiere debba essere preparato adeguatamente per poter educare il paziente nella riabilitazione.</p>	
<p>Educational and training towards competency for cardiac rehabilitation in the United Kingdom. H. C. Stokes, 2000.</p>	<p>Regno Unito.</p>	<p>Studio osservazionale.</p>	<p>Questo studio mette in comparazione il ruolo infermieristico nella riabilitazione cardiaca in America e in Gran Bretagna.</p>	<p>Mettendo a confronto le competenze specifiche e le conoscenze degli infermieri si nota come gli infermieri inglesi siano meno preparati ed abbiano una mancanza di un ruolo ben definito e delineato. In America invece le competenze sono chiare e gli infermieri sono degli specialisti in questo campo.</p>

Allegato 2: Definizione delle variabili analizzate

CARATTERISTICHE NON MODIFICABILI

Età Espressa in anni. Sono inclusi nello studio tutti i soggetti di età ≥ 18 anni.
Sesso Maschile o femminile. Sono inclusi nello studio entrambi i generi.
Familiarità per evento ischemico Evento ischemico nel padre con età < 55 anni, nella madre con età < 50 anni.
Pregresso IMA Storia clinica documentata di pregresso infarto miocardico acuto o altra malattia coronarica.
Pregresso PPCI Storia clinica documentata di pregresso intervento coronarico percutaneo primario.
Diagnosi alla dimissione Diagnosi assegnata alla fine del ciclo di cura.
Strategia terapeutica Strategia clinica a cui viene sottoposto il paziente.
Data dimissione Intesa come la data di dimissione dal ricovero ospedaliero in U.O. di Cardiologia - UTIC. Funge da criterio di inclusione del campione e va dal 01/01/2014 al 31/12/2014.
Data Coronarografia Intesa come la data di effettuazione della procedura.

CARATTERISTICHE MODIFICABILI

BMI (Body Mass Index o Indice di Massa Corporea) Rapporto tra il peso espresso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza espressa in metri, di un individuo. È indicatore dello stato nutrizionale negli adulti: $\leq 18,4$ sottopeso; 18,5-24,9 normopeso; 25-29,9 sovrappeso; ≥ 30 obeso.
Fumo di sigaretta Pazienti fumatori o ex-fumatori. La variabile del fumo passivo non viene presa in considerazione per mancanza di uno strumento oggettivo di quantificazione.
Diabete mellito Livelli di glucosio nel sangue ≥ 126 mg/dl a digiuno, o ≥ 200 mg/dl nella fase postprandiale; pazienti con diagnosi di diabete mellito; pazienti che assumono terapia ipoglicemizzante orale o terapia insulinica.
Ipertensione arteriosa Valore sistolico ≥ 140 mmHg e diastolico ≥ 90 mmHg, o terapia con antiipertensivi in corso.
Dislipidemia Valore di colesterolo totale ≥ 235 mg/dl, o terapia con statine in corso.

Allegato 4

Strutturazione esemplificata di un ciclo standard di Riabilitazione Cardiologica (RC) ad oggi

1° SETTIMANA DEL MESE	Lunedì	Ore 15.00 Accoglienza, raccolta dati infermieristica, ECG, Test di Borg. Visita medica. Presentazione del programma.
	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sul CUORE:cenni di anatomia del cuore e fisiopatologia della placca ateromasica.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sui FATTORI DI RISCHIO della cardiopatia ischemica.
2° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla CARDIOPATIA ISCHEMICA e modalità di manifestazione.
	Mercoledì	Ore 14.30 Incontro con la dietista.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla GESTIONE DELLO STRESS con la psicologa.
3° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla TERAPIA ORALE E LA SUA IMPORTANZA.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sui FATTORI DI RISCHIO (seconda parte).
4° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sugli ESAMI STRUMENTALI a cui è sottoposto il paziente cardiopatico e sul DOLORE TORACICO e la CHIAMATA AL 118.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Consegna lettere di dimissione e chiusura lavori.

*Per tutti i pazienti la pausa è finalizzata alla “merenda”: il tempo è dedicato all’educazione ai 5 pasti giornalieri con yogurt e frutta fresca, nonché per dare un momento di condivisione a tutti i partecipanti del percorso affinché possano conoscersi e consolidare un legame che può migliorare l’aderenza al ciclo riabilitativo. Inoltre durante la pausa i pazienti possono interagire con tutte le figure professionali presenti (infermiera, medico, psicologa, dietista).

Proposta di implementazione al ciclo standard di attività educative

1° SETTIMANA DEL MESE	Lunedì	Ore 15.00 Accoglienza, raccolta dati infermieristica, ECG, Test di Borg. Visita medica. Presentazione del programma.
	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sul CUORE:cenni di anatomia del cuore e fisiopatologia della placca ateromastica (aperta anche ai pazienti che non effettuano il training fisico)
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sui FATTORI DI RISCHIO della cardiopatia ischemica.
2° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza, rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla CARDIOPATIA ISCHEMICA e modalità di manifestazione.
	Mercoledì	Ore 14.30 Incontro con la dietista. (prevedere eventuale incontro con caregiver qualora non fosse il paziente che prepara i pasti o provvede alla spesa)
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla GESTIONE DELLO STRESS con la psicologa.
3° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sulla TERAPIA ORALE E LA SUA IMPORTANZA e sull'EDUCAZIONE ALL'ATTIVITÀ FISICA.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Lezione sui FATTORI DI RISCHIO (seconda parte).
	Venerdì	Effettuare follow up telefonici ai pazienti che non possono partecipare al ciclo di Riabilitazione Cardiologica.**
4° SETTIMANA DEL MESE	Martedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*: Ore 16.15 Lezione sugli ESAMI STRUMENTALI a cui è sottoposto il paziente cardiopatico e sul DOLORE TORACICO e la CHIAMATA AL 118.
	Giovedì	Ore 14.30 Accoglienza , rilevazione dei parametri vitali, applicazione telemetria. Effettuazione attività fisica. Ore 16.00 pausa*. Ore 16.15 Consegna lettere di dimissione e chiusura lavori.

	Venerdì	Organizzare cena a fine ciclo educativo in ambiente esterno.
--	---------	--

*Per tutti i pazienti la pausa è finalizzata alla “merenda”: il tempo è dedicato all’educazione ai 5 pasti giornalieri con yogurt e frutta fresca, nonché per dare un momento di condivisione a tutti i partecipanti del percorso affinché possano conoscersi e consolidare un legame che può migliorare l’aderenza al ciclo riabilitativo. Inoltre durante la pausa i pazienti possono interagire con tutte le figure professionali presenti (infermiera, medico, psicologa, dietista).

Elementi per la proposta di implementazione	
	Aggiungere alle lezioni teoriche 7/8 pazienti in modo da ampliare il numero di pazienti che svolgono la parte educativa.
	Effettuare follow up telefonici ai pazienti che non possono partecipare al ciclo di Riabilitazione Cardiologica.**
	Durante la lezione sull’importanza della terapia orale i pazienti verranno educati all’attività fisica (tipi di attività che si possono svolgere, frequenza delle attività) in modo che i pazienti che accedono solo al ciclo educativo conoscano le modalità in cui poter svolgere in autonomia ed efficacia l’attività fisica; verrà inoltre insegnato ai pazienti come auto misurarsi la frequenza cardiaca, dato fondamentale da monitorare durante l’attività fisica.
	Organizzare cena a fine ciclo educativo in ambiente esterno.

** Molti pazienti sono impossibilitati anche alla partecipazione agli incontri educativi, per questo motivo, uno dei pomeriggi della Riabilitazione Cardiologica viene dedicato al raggiungere almeno telefonicamente coloro che non sono in grado di spostarsi o di avere qualcuno che li accompagni.