

Efficacia del lavoro di gruppo nella informazione sanitaria e prevenzione secondaria in pazienti afferenti alla riabilitazione cardiologica

Efficacy of team work in health promotion and secondary prevention in patients admitted for cardiovascular rehabilitation

Elena Giobergia, Claudia Mento, Elena Pasero, Giuliana Chizzolini, Paola Vallauri¹, Monja De Blasi¹, Marco Peano¹, Luigi Salvatico¹, Mauro Feola

ABSTRACT: *Efficacy of team work in health promotion and secondary prevention in patients admitted for cardiovascular rehabilitation. E. Giobergia, C. Mento, E. Pasero, G. Chizzolini, P. Vallauri, M. De Blasi, M. Peano, L. Salvatico, M. Feola.*

The object of the study was to evaluate the immediate efficacy of periodical educational meetings organized in Cardiovascular Rehabilitation Department aimed to improve knowledge about cardiovascular pathology, risk factors and correct life style.

Methods: from October 2008 a multiprofessional group organized educational meetings for patients and their relatives, using two questionnaires to explore patients' level of knowledge, before and after the meeting.

Results: 124 patients (90 males) answered the questionnaire 1, while questionnaire 2 was completed by 93 subjects (70 males). From the answers to questionnaire 1, a significant improvement of knowledge about coronary anatomy and cardiovascular therapy emerged. Indeed, 99% of patients vs 81% before the meeting ($p=0.001$) understood the coronary artery function, 69% vs 44% ($p=0.0001$) of

participants was familiar with coronary angioplasty, 81% vs. 64% ($p=0.003$) demonstrated to understand the coronary artery bypass and finally 85% vs. 52% ($p=0.0001$) were able to distinguish mechanical from biological prosthesis. From answers to questionnaire 2, a trend in favour to an improvement of knowledge regarding coronary risk factors and correct life style emerged. Younger patients (<70 ys) had a higher baseline level knowledge ($p=0.003$ and $p=0.001$ group 1 and 2, respectively) compared to older subjects, but in the latter a trend in favour of enhanced knowledge ($p=0.06$) after the educational meetings emerged.

Conclusions: educational meetings are significantly correlated with an improvement of patients' knowledge regarding cardiovascular pathology and treatments independently from patients' age.

Keywords: *patient education, secondary cardiovascular prevention, coronary risk factors.*

Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 172-180.

Riabilitazione Cardiologica - Unità Scopenso Cardiaco Ospedale SS Trinità, Via Ospedale 4 12045 Fossano (CN).

¹ Servizio di Psicologia ASL CNI Via Boggio 12 12100 Cuneo.

Corresponding author: Dr. Feola Mauro, FESC Riabilitazione Cardiologica - Unità Scopenso Cardiaco Ospedale SS Trinità, Via Ospedale 4, 12045 Fossano (CN), Italy; E-mail address: m_feola@virgilio.it

Introduzione

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia, essendo responsabili del 44% del totale dei decessi. Analizzando inoltre la distribuzione dei fattori di rischio emerge che il 33% degli uomini e il 31% delle donne è iperteso, il 21% degli uomini e il 25% delle donne presenta ipercolesterolemia, il 34% degli uomini e il 40% delle donne non svolge alcuna attività fisica, il 18% degli uomini e il 22% delle donne è obeso mentre il 9% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico [1].

La finalità della Riabilitazione Cardiovascolare (RCV) include, oltre al recupero fisico del soggetto, anche quello psicologico; pertanto è necessaria anche l'analisi della condizioni emotive, cognitive e sociali del paziente, a cui si deve aggiungere un'adeguata educazione sanitaria per poter correggere e

migliorare quegli aspetti disfunzionali connessi alla presenza di fattori di rischio coronarico [2].

Per ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari è fondamentale eliminare i fattori di rischio modificando le abitudini scorrette e adottando uno stile di vita salutare. In particolare, per gestire correttamente la malattia, i pazienti dovrebbero conoscere la natura e la sua evoluzione, i fattori di rischio che possono condizionarne la progressione e gli stili di vita che ne rallentano il decorso e prevenendo le recidive [3]. Dalla letteratura emerge però che numerose persone assistite vengono dimesse senza possedere le adeguate conoscenze in merito alla patologia e ai possibili trattamenti [4-8].

L'educazione sanitaria diventa quindi una delle componenti fondamentali dell'intervento di riabilitazione cardiologica; diverse esperienze, infatti, hanno dimostrato che gli interventi educativi contri-

buiscono a ridurre la mortalità, il numero di infarti ricorrenti e favoriscono un incremento dell'attività fisica ed un miglioramento della dieta [3, 9-12]. Nelle linee guida della Società Europea di prevenzione cardiovascolare è stato segnalato come un basso tenore di vita ed una ridotta scolarità si associno ad elevata prevalenza di multipli fattori di rischio coronarico con aumento della morbilità cardiovascolare [12]. Inoltre, tra i problemi vissuti dai pazienti cardiopatici, vi è la mancata comprensione del materiale e delle informazioni ricevute dal personale sanitario (30-78%). Lo sforzo teso alla valutazione dell'efficacia di interventi di educazione sanitaria in pazienti cardiopatici, ha portato all'elaborazione di appositi questionari (tipo MICRO-Q), indirizzati ad esplorare le conoscenze su fattori di rischio, stile di vita, dieta e malattia coronaria valutando l'efficacia di un intervento educativo [13].

Sulla base di tali argomentazioni, sono state effettuati degli incontri educazionali/interventi psicologici di gruppo, ai quali hanno partecipato tutti i pazienti e le loro famiglie, avendo come unico criterio di esclusione la presenza di deficit cognitivi gravi.

L'obbiettivo dello studio è stato la valutazione, nei pazienti degenti nella Cardiologia Riabilitativa, dell'efficacia a breve termine degli incontri. Tale efficacia, determinata tramite un questionario auto-somministrato, è stata riferita all'incremento delle conoscenze in merito alla patologia cardiovascolare, ai fattori di rischio coronarico ed allo stile di vita da adottare al fine di ridurre al minimo il rischio di recidive. Abbiamo, dunque, ideato 2 questionari auto-somministrati, in forma sperimentale (per la descrizione si vedano gli Allegati 1 e 2), con l'intento futuro di strutturare un percorso di validazione.

Materiali e metodi

Da ottobre 2008 i pazienti della Riabilitazione Cardiologica dell'Ospedale SS. Trinità di Fossano partecipano a tre incontri di gruppo, svolti nell'arco di due settimane, così strutturati:

- un primo incontro (intervento educativo) gestito da un medico, inerente l'anatomia, la patologia cardiovascolare, la terapia e le indagini diagnostico-terapeutiche;
- un secondo incontro (intervento educativo) gestito da uno psicologo, un fisioterapista ed un infermiere inerente i fattori di rischio e la dieta;
- un terzo incontro (intervento psicologico) sempre gestito dall'equipe multi professionale ed inerente la gestione dello stress e la psicoterapia di gruppo.

Ogni incontro durava circa 60 minuti e si avvaleva dell'utilizzo di materiale didattico costruito appositamente per il gruppo e proiettato su di uno schermo. Attraverso gli incontri educativi si tentava di far emergere nei pazienti: la percezione di un problema di salute; di aumentare le informazioni e le conoscenze; di stimolare le persone ad esaminare i propri comportamenti e a confrontarli con lo stile di vita adeguato da adottare. Nell'incontro gestito dal cardiologo, con l'ausilio di materiale didattico costruito appositamente per facilitare la comprensione dei concetti salienti, venivano approfondite tematiche inerenti l'anatomia del

cuore e delle coronarie, le diverse tipologie di intervento terapeutico, illustrando i principali fattori di rischio cardiovascolare. L'incontro formativo, strutturato come lezione frontale, prevedeva altresì l'eplicitazione a parte dei degenti e dei loro familiari di qualsiasi dubbio o perplessità. Negli incontri gestiti dall'equipe multidisciplinare (psicologo, fisioterapista ed infermiere) l'impostazione informale tende a favorire la discussione e la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari: con l'ausilio di materiale didattico sono state affrontate tematiche miranti all'incoraggiamento verso la sospensione del fumo, il raggiungimento/mantenimento di un peso normale corporeo attraverso un'alimentazione corretta, la gestione dell'ansia e dello stress, il mantenimento di una corretta terapia farmacologica. Durante questi incontri di gruppo (un incontro/sett di durata circa 60min per almeno 2 settimane) vengono fornite al paziente informazioni rispetto alla patologia ed alle complicazioni che essa comporta e lo stesso viene supportato in un lavoro di confronto e condivisione dei vissuti personali seguendo un'impostazione cognitivo-comportamentale [10].

Gli argomenti trattati durante il gruppo sono poi stati riassunti in un libretto informativo intitolato "Ritorno a casa dalla Riabilitazione Cardiologica...", consegnato a tutti i pazienti prima della dimissione. Per valutare l'efficacia dei gruppi nel determinare un incremento delle conoscenze, sono stati elaborati due questionari di performance massima a risposta multipla, inerenti gli argomenti trattati durante gli incontri. I questionari sono stati costruiti ad hoc, in via sperimentale, pur consapevoli dei limiti intrinseci dell'attuale stato degli strumenti, per poter cogliere maggiormente le specificità del percorso educativo impostato dalla nostra équipe e gli specifici argomenti trattati.

Il Questionario 1 (Allegato 1) era costituito da 4 domande strettamente inerenti (anche come ordine cronologico) alla presentazione informativa effettuata dal medico cardiologo nell'incontro denominato Gruppo 1: esplorava le conoscenze cardiovascolari ritenute essenziali inerenti la funzionalità cardiaca e gli interventi cardiovascolari.

Il Questionario 2 (Allegato 2) era composto da 10 domande particolarmente mirate agli argomenti affrontati dall'equipe multiprofessionale durante il secondo ed il terzo incontro, denominati Gruppo 2: indagava le conoscenze circa i fattori di rischio cardiovascolare, l'accettazione della malattia, il corretto stile alimentare, l'attività fisica ed il peso, l'ipertensione arteriosa e la gestione dello stress.

Dunque, la scelta delle domande da inserire nei questionari è stata strettamente mirata ad esplorare i contenuti emersi negli incontri, al fine di verificare la quantità di messaggio ritenuto dai pazienti (a breve termine) e dunque settare l'intervento educativo rendendolo più efficace ed esplicativo.

Il questionario 1 veniva somministrato prima dell'incontro educativo ed al termine dell'incontro, mentre il questionario 2 era consegnato prima dell'incontro e alla dimissione; per poter compilare questo questionario era necessario che il paziente avesse partecipato ad entrambi gli incontri del gruppo 2.

Analisi statistica

Per le variabili di tipo continuo sono stati calcolati i valori medi \pm la deviazione standard, mentre per le variabili categoriche è stato indicato il valore percentuale.

Per verificare la significatività dello studio sono stati eseguiti il test di McNemar con correzione di Yates e il test del Chi Quadro per le variabili non parametriche; sono state considerate significative le differenze con $p < 0,05$. È stato utilizzata la versione 7.5 del programma di statistica SPSS software per Windows, release 12.0, SPSS Inc. Chicago USA.

Risultati

Nell'arco di tempo compreso tra ottobre 2008 e luglio 2009 hanno partecipato al Gruppo 1 un totale di 133 pazienti, di cui 124 hanno compilato il questionario pre e post-partecipazione al gruppo. Al Gruppo 2 hanno invece partecipato 119 pazienti, di cui 93 hanno compilato il questionario sia prima del gruppo sia alla dimissione. Le principali caratteristiche dei pazienti sono illustrate nelle Tabelle 1 e 2.

Analisi dei dati emersi dal questionario 1

Dai questionari somministrati prima dell'incontro emerge una buona percentuale di pazienti che conosce l'anatomia cardiaca, mentre risultano esserci scarse conoscenze in merito alla patologia e ai trattamenti diagnostico terapeutici. Dopo l'incontro la quasi totalità dei pazienti conosceva la funzione delle arterie coronarie (99% dopo l'incontro vs 81% prima dell'incontro, $p=0,0001$).

Il 69% verso il 44% dei partecipanti alla riunione ($p=0,0001$) conosceva il significato dell'angioplastica

coronarica, l'81% verso il 64% ($p=0,003$) sapeva spiegare a cosa serve il bypass aorto-coronarico mentre l'85% verso il 52% ($p=0,0001$) ha saputo individuare i tipi di protesi valvolare (biologico e meccanico). Il maggior incremento conoscitivo risulta esserci stato in merito alla domanda 4 sui tipi di protesi valvolare con un +33% mentre si è registrato il minor incremento in merito alla domanda 3 sul bypass aorto-coronarico con un +17%.

La domanda che presenta la minor percentuale di risposte corrette, sia prima che dopo l'incontro, è la domanda 2 inerente l'angioplastica coronarica, ciò nonostante anche in questo caso l'incremento percentuale risulta positivo con un +25% (Tabella 3 e Figura 1).

Analisi dei dati emersi dal questionario 2

Dai dati raccolti prima del gruppo è emerso che meno della metà dei pazienti conosce l'importanza che i fattori di rischio cardiovascolari rivestono nell'insorgenza e recidiva della malattia, mentre una maggior consapevolezza risulta esserci in merito allo stile di vita da adottare e alla gestione dei singoli fattori di rischio. Il fattore di rischio in merito al quale esistono maggiori conoscenze è l'ipercolesterolemia, mentre i risultati meno soddisfacenti si sono ottenuti sull'alimentazione.

Tra prima e dopo l'incontro risulta esserci un evidente trend di apprendimento senza però la dimostrazione di una vera significatività statistica, dovuta alla numerosità del campione.

Il maggior incremento percentuale è avvenuto in merito alla domanda 1 inerente il concetto di "fattore di rischio" che ha presentato tra prima e dopo il gruppo un +19%. La domanda che invece ha ri-

Tabella 1. - Caratteristiche demografiche della popolazione studiata nel Gruppo 1

Gruppo 1 Campione (n = 124) (%)	
Genere	
- Maschi	90 (73%)
- Femmine	34 (27%)
Età (anni)	
- Media \pm DS	70 \pm 9
- Range	40 - 88
- Fascia 40-50	8 (6%)
- Fascia 51-60	11 (9%)
- Fascia 61-70	41 (33%)
- Fascia 71-80	51 (41%)
- Fascia 81-88	13 (10%)
Scolarità	
- Scuola Elementare	89 (72%)
- Scuola Media	26 (21%)
- Scuola Superiore	7 (6%)
- Università	2 (2%)
Motivo del ricovero	
- Cardiopatia Ischemica	44 (35%)
- Scompenso Cardiaco	48 (39%)
- Plastica/Sostituzione Valvolare	32 (26%)

Tabella 2. - Caratteristiche demografiche della popolazione studiata nel Gruppo 2

Gruppo 2 Campione (n = 93) (%)	
Genere	
- Maschi	70 (75%)
- Femmine	23 (25%)
Età (anni)	
- Media \pm DS	68 \pm 10
- Range	31 - 89
- Fascia 31-40	1 (1%)
- Fascia 41-50	5 (5%)
- Fascia 51-60	13 (14%)
- Fascia 61-70	32 (34%)
- Fascia 71-80	35 (38%)
- Fascia 81-88	7 (7%)
Scolarità	
- Scuola Elementare	57 (61%)
- Scuola Media	25 (27%)
- Scuola Superiore	9 (10%)
- Università	2 (2%)
Motivo del ricovero	
- Cardiopatia Ischemica	19 (21%)
- AICD	2 (2%)
- Scompenso Cardiaco	41 (44%)
- Plastica/Sostituzione Valvolare	31 (33%)

Tabella 3. - Risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario al Gruppo 1 (n=124)

Risposte	Prima del gruppo		Dopo il gruppo		Test di McNemar Significatività per $X^2 > 3,841$	p
	Corrette	Errate	Corrette	Errate		
DOMANDA 1	100 (81%)	24 (19%)	123 (99%)	1 (1%)	25,04	0,0001
DOMANDA 2	54 (44%)	70 (56%)	85 (69%)	39 (31%)	23,81	0,0001
DOMANDA 3	79 (64%)	45 (36%)	101 (81%)	23 (19%)	16,53	0,003
DOMANDA 4	64 (52%)	60 (48%)	105 (85%)	19 (15%)	14,02	0,0001

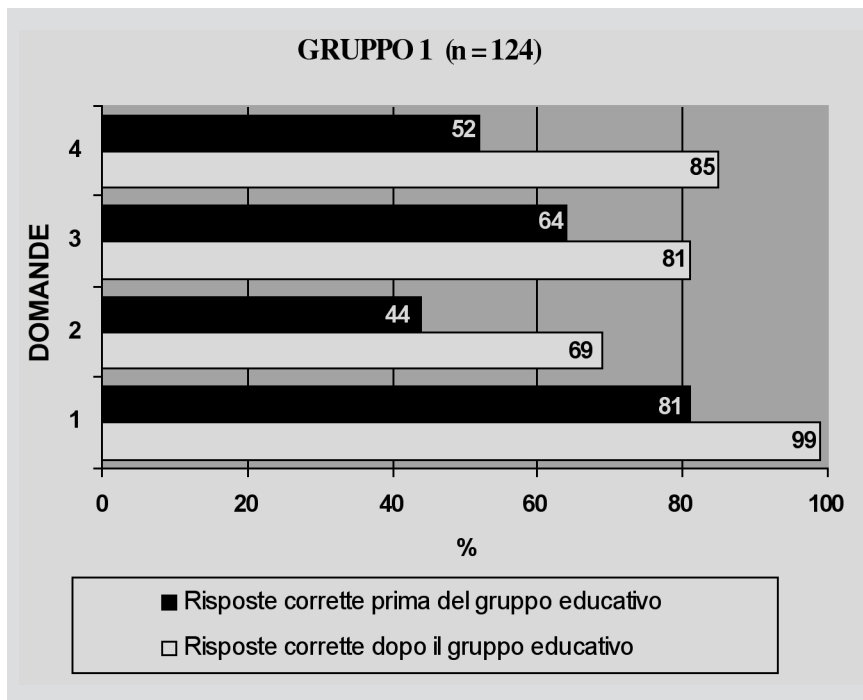


Figura 1. Grafico relativo ai dati riportati nella Tabella 3.

scosso il minor incremento è la domanda 8 inerente la dieta da assumere in caso di ipertensione con un +6% (Tabella 4 e Figura 2).

Suddivisione in sottogruppi in base all'età

Sia il campione del gruppo 1 che il campione del gruppo 2 sono stati suddivisi in due sottogruppi in base all'età (≤ 70 anni e > 70 anni), per valutare se l'incremento delle conoscenze correli con l'invecchiamento. Dall'analisi dei risultati ottenuti è emerso che per il gruppo 1 risulta esserci un incremento significativo delle conoscenze in entrambi i sottogruppi, mentre per il gruppo 2 c'è un evidente trend di incremento delle conoscenze che non raggiungere la significatività statistica, in quanto suddividendo la popolazione in due sottogruppi, il campione al quale si applica il test risulta notevolmente ridotto. Contribuisce inoltre alla non significatività del test l'elevata percentuale di risposte corrette ottenute prima dell'incontro educativo nei due sottogruppi.

In entrambi i gruppi, i pazienti < 70 anni, possiedono, prima dell'incontro, maggiori conoscenze rispetto alle persone più anziane ($p=0.0001$ e $p=0.0001$ per gruppo 1 e 2 rispettivamente); il gap di

conoscenza iniziale permaneva nei soggetti più anziani, pur riducendosi, si riduceva nella verifica post-incontro ($p=0.002$ e $p=0.0001$ per gruppo 1 e 2 rispettivamente). Per il gruppo 1 abbiamo ottenuto un incremento del 22,5% nel sottogruppo dei minori di 70 anni contro il 24,25% di coloro che hanno più di 70 anni. Per il gruppo 2 risulta esserci stato un incremento del 9,1% nel sottogruppo ≤ 70 aa contro il 13,2% del sottogruppo degli anziani ($p=0.06$). Dunque, nella nostra esperienza, i pazienti più anziani partono con uno svantaggio conoscitivo iniziale, ma è stato registrato un trend positivo all'incremento delle conoscenze al termine del percorso (Tabella 5 e 6).

Discussione

È documentato come la conoscenza dei fattori di rischio coronarico correli significativamente con l'aderenza ad uno stile di vita migliore, garantendo una migliore compliance da parte del paziente ad apportare modifiche positive in merito al peso corporeo, all'attività fisica, allo stress, all'alimentazione e alla gestione della terapia antipertensiva [14].

L'esigenza di ricevere informazioni sanitarie da parte di operatori qualificati è emersa in cardiopatici dopo un infarto miocardico acuto e pare essere maggiore nelle persone anziani rispetto ai giovani e ai lavoratori [4]. Lo strumento degli incontri educativi ha dimostrato di incrementare efficacemente le conoscenze sulla patologia cardiovascolare e sui fattori di rischio coronarico [15-19].

Tali risultati non sono appannaggio solo dell'ambito riabilitativo, essendo efficacemente impiegati anche nel paziente cardiopatico nel post-acuzie [15].

Gli interventi educativi devono comprendere incontri individuali e di gruppo riguardanti gli aspetti della malattia coronarica, l'alimentazione, la cessazione del fumo, l'ipertensione e l'attività fisica [20]. Gli interventi psicologici, invece, includono consulenze individuali e di gruppo, essendo mirati alla gestione dello stress, rilassamento e psi-

Tabella 4. - Risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario al Gruppo 2 (n = 93)

Risposte	Prima del gruppo		Dopo il Gruppo		Test di McNemar Significatività per $X^2 > 3,841$	p
	Corrette	Errate	Corrette	Errate		
DOMANDA 1	43 (46%)	50 (54%)	60 (65%)	33 (35%)	9,26	0,02
DOMANDA 2	72 (77%)	21 (13%)	83 (89%)	10 (11%)	6,26	0,05
DOMANDA 3	75 (81%)	18 (19%)	83 (89%)	10 (11%)	4,05	0,1
DOMANDA 4	63 (68%)	30 (32%)	76 (82%)	17 (18%)	6,32	0,04
DOMANDA 5	70 (75%)	23 (25%)	82 (88%)	11 (12%)	8,45	0,04
DOMANDA 6	67 (72%)	26 (27%)	76 (82%)	17 (18%)	3,12	0,1
DOMANDA 7	79 (85%)	14 (13%)	88 (95%)	5 (5%)	6,67	0,05
DOMANDA 8	66 (71%)	27 (29%)	72 (77%)	21 (23%)	1,75	0,4
DOMANDA 9	70 (75%)	23 (25%)	80 (86%)	13 (14%)	6,05	0,09
DOMANDA 10	68 (73%)	25 (27%)	75 (81%)	18 (19%)	2,06	0,3

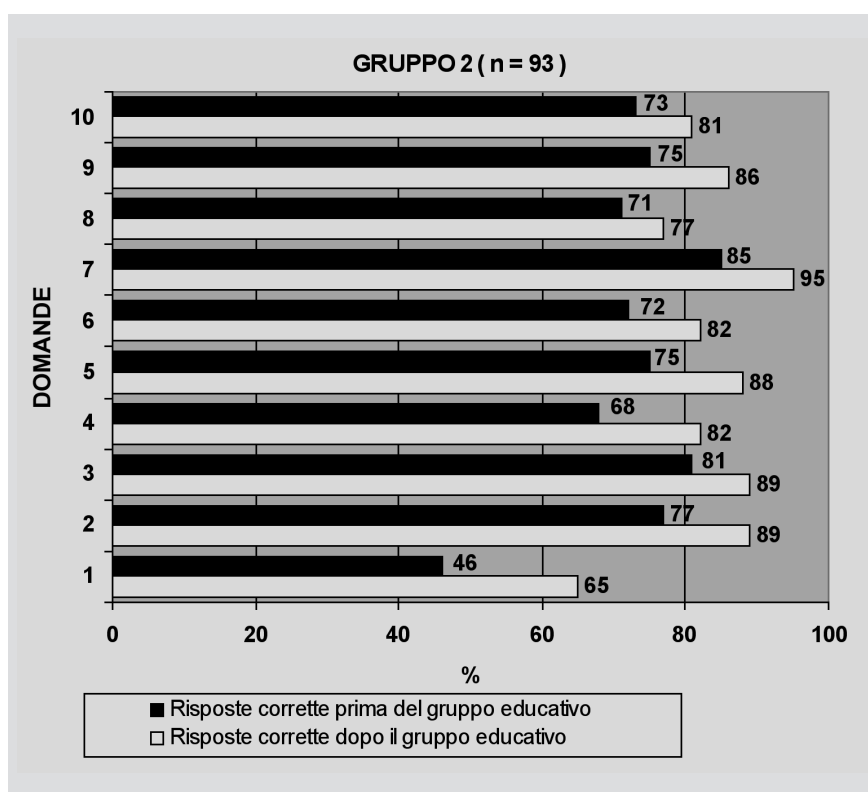


Figura 2. Grafico relativo ai dati riportati nella Tabella 4.

coterapia di gruppo, approcci cognitivo e comportamentali [21-22].

La nostra esperienza, riguardante sia un aspetto educativo sia un intervento psicologico, conferma i dati positivi sull'apprendimento a breve termine da parte dei pazienti coinvolti nei gruppi pluridisciplinari. Il confronto tra le risposte ai questionari compilati dai pazienti prima e dopo gli incontri educativi ha evidenziato un aumento significativo delle conoscenze inerenti l'anatomia e i trattamenti diagnostico terapeutici ed un incremento percentuale delle conoscenze inerenti i fattori di rischio e il corretto stile di vita da adottare, anche se in modo sta-

tisticamente significativo solo per l'alimentazione, il sovrappeso e l'obesità. L'importanza dell'attività di tipo educativa/psicologica effettuata nei programmi di Cardiologia Riabilitativa è sottolineata dai risultati della meta-analisi di Dusseldorp *et al* [22] effettuata su circa 9000 pazienti affetti da cardiopatia ischemica dalla quale si evince una riduzione di mortalità cardiaca del 34% e di ricorrenza di infarto miocardico del 29% (in un follow-up di 1-10 anni) ottenuta con questo approccio. Più controversa, invece, appare l'efficacia di un intervento cognitivo comportamentale sulla mortalità e morbilità nel paziente nel post-infarto miocardico. L'ENRICH trial [23] ha incluso 2481 pazienti post-infarto miocardico con depressione e/o isolamento sociale, non evidenziando un beneficio sulla morbilità e mortalità di una strategia di intervento psicologico comparata con una terapia tradizionale. Una re-

cente revisione sistematica [24] ha dimostrato come gli interventi psicologici non farmacologici (36 trial, 12841 soggetti) siano in grado di ridurre significativamente la incidenza del re-infarto non fatale, senza incidere sulla mortalità né sul tasso di rivascolarizzazione. D'altra parte anche il trattamento della depressione nel paziente cardiopatico, effettuato con terapia farmacologica o con supporto psicologico, sembra in grado di ridurre lievemente la sintomatologia depressiva senza avere nessuna influenza sulla prognosi [25].

Si possono considerare "punti di forza" del progetto educativo: a) la presenza ad ogni gruppo

Tabella 5. - Risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario al Gruppo 1 in relazione con l'età

RISPOSTE CORRETTE	ETÀ ≤ 70 ANNI n = 60			ETÀ > 70 ANNI n = 64		
	PRIMA	DOPO	P < 0,05	PRIMA	DOPO	p
DOMANDA 1	52 (87%)	60 (100%)	0,01	48 (76%)	63 (98%)	0,0001
DOMANDA 2	32 (53%)	48 (80%)	0,004	22 (34%)	37 (58%)	0,01
DOMANDA 3	45 (75%)	54 (90%)	0,005	34 (53%)	47 (73%)	0,03
DOMANDA 4	36 (60%)	57 (95%)	0,0001	28 (44%)	48 (75%)	0,0001

Tabella 6. - Risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario al Gruppo 2 in relazione con l'età

RISPOSTE CORRETTE	ETÀ ≤ 70 ANNI n = 51			ETÀ > 70 ANNI n = 42		
	PRIMA	DOPO	P < 0,05	PRIMA	DOPO	p
DOMANDA 1	29 (57%)	26 (71%)	0,6	14 (33%)	24 (57%)	0,05
DOMANDA 2	40 (78%)	46 (90%)	0,1	32 (76%)	37 (88%)	0,2
DOMANDA 3	47 (92%)	47 (92%)	0,9	28 (67%)	36 (86%)	0,07
DOMANDA 4	38 (75%)	46 (90%)	0,07	25 (60%)	30 (71%)	0,3
DOMANDA 5	42 (82%)	46 (90%)	0,4	28 (67%)	36 (86%)	0,07
DOMANDA 6	40 (78%)	49 (96%)	0,02	27 (64%)	27 (64%)	0,9
DOMANDA 7	48 (94%)	51 (100%)	0,2	31 (74%)	37 (88%)	0,4
DOMANDA 8	42 (82%)	45 (88%)	0,5	24 (57%)	27 (64%)	0,6
DOMANDA 9	45 (88%)	49 (96%)	0,2	25 (60%)	31 (74%)	0,2
DOMANDA 10	41 (80%)	43 (84%)	0,7	27 (64%)	32 (76%)	0,3

di un numero non eccessivo di utenti; b) la presenza agli incontri di figure professionali che quotidianamente il paziente incontra in reparto e con le quali ha stretto un rapporto di fiducia; c) l'utilizzo di un linguaggio semplice ed adattato al livello culturale dei partecipanti al gruppo; d) la possibilità da parte degenti di porre domande ed esprimere dubbi; e) l'utilizzo di materiale appositamente preparato per l'incontro e riadattato in base alle richieste dei pazienti; f) l'attenzione alla specifica storia di ciascun paziente ed agli aspetti emotivi. L'utilizzo di un questionario costruito ad hoc ha consentito di mantenere le domande strettamente inerenti (anche come consequenzialità) agli argomenti trattati durante gli incontri educativi. Inoltre, la particolare semplicità degli item ha permesso ad una popolazione più anziana ed a minore tasso di scolarità rispetto a quella esaminata nel MICRO-Q (età media 61 aa vs 70 aa nella nostra casistica, scolarità ≤8 anni 73.2% vs 93% nella nostra popolazione) di ottenere una adeguata facilità di compilazione [13].

In conclusione possiamo sottolineare come che il lavoro di educazione sanitaria rivolto alla prevenzione secondaria può essere efficacemente effettuato dall'equipe multidisciplinare in modo tale da

affrontare le problematiche inerenti al periodo di acuzie e che il sensibile miglioramento delle conoscenze dirette in merito alla propria patologia, ai fattori di rischio e allo stile di vita, è la dimostrazione che il messaggio educativo è stato recepito. Infine appare chiaro come non esista un limite di età all'educazione sanitaria, come dimostrato dai risultati ottenuti dal sottogruppo dei soggetti anziani (vedi Tabella 5 e 6).

Limitazioni dello studio

I principali limiti di questo studio hanno riguardato la verifica dell'efficacia degli incontri educativi, eseguita subito al termine del gruppo o appena prima della dimissione e che non preveda una rivalutazione delle conoscenze a distanza nel tempo. Questo potrebbe determinare una sovrastima delle conoscenze, in quanto con il passare del tempo il ricordo delle informazioni fornite si riduce. Inoltre il progetto educativo non prevedeva, a distanza di tempo, un rinforzo delle informazioni fornite, in modo da contribuire a mantenere elevato il livello di conoscenze acquisito [6-8].

I questionari costruiti ad hoc, infine, necessitano di validazione; auspichiamo che questo possa essere uno stimolante obiettivo futuro.

Riassunto

L'obiettivo dello studio è stato la valutazione, nei pazienti degenti nella Cardiologia Riabilitativa, dell'efficacia immediata ottenuta con periodici incontri educazionali, in termini di incremento di conoscenze anatomiche e fisiopatologiche, sui fattori di rischio ed sullo stile di vita in relazione alla patologia cardiovascolare.

Materiali e metodi: Dall'Ottobre 2008 un'equipe multiprofessionale ha organizzato degli incontri educativi per i pazienti e i loro familiari, somministrando due questionari per testare la variazione di conoscenze dei pazienti.

Risultati: 124 pazienti (90 maschi) hanno risposto al questionario 1, mentre il questionario 2 è stato compilato da 93 pazienti (70 maschi). Dalle risposte al questionario 1 è emerso un significativo incremento inerente le conoscenze dell'anatomia cardiocircolatoria e della terapia cardiovascolare. Il 99% dopo l'incontro vs l'81% prima dell'incontro ($p=0,0001$), conosce la funzione delle arterie coronariche, il 69% vs il 44% ($p=0,0001$) definisce correttamente un'angioplastica coronarica, l'81% vs il 64% ($p=0,003$) il bypass aorto-coronarico mentre l'85% vs il 52% ($p=0,0001$) ha saputo individuare i diversi tipi di protesi valvolare. Dal questionario 2 è emerso un trend di incremento delle conoscenze in merito ai fattori di rischio e allo stile di vita. Nei pazienti <70 anni vi sono maggiori conoscenze di base rispetto ai più anziani ($p=0,003$ e $p=0,001$, rispettivamente per gruppo 1 e 2), ma questi ultimi tendono ad incrementare maggiormente le conoscenze ($p=0,006$).

Conclusioni: Gli incontri di educazione sanitaria effettuati durante la degenza ospedaliera sono risultati efficaci nel migliorare le conoscenze sulla patologia ed sui trattamenti diagnostico- terapeutici indipendentemente dall'età dei partecipanti.

Parole chiave: educazione del paziente, prevenzione secondaria, fattori di rischio coronarico.

Bibliografia

1. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore della Sanità. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. CEPI - Aim Group, Roma 2004.
2. Ceci V, Assennato P, Boncompagni F, et al. Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologia. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1057-91.
3. Ketola E, Sibila R, Makela M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Ann Med* 2000; 32: 239-51.
4. Smith J, Lilies C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *J Clin Nurs* 2007; 16: 662-71.
5. Celentano A, Palmieri V, Arezzi E. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. *Italian Heart J* 2004; 5: 767-73.
6. Rushford N, Murphy BM, Worcester MU. Recall of information received in hospital by female cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 463-9.
7. De Ponti A, Sorbara L, Amedeo R. Le conoscenze e gli stili di vita dei pazienti: indagine sui pazienti ricoverati per sindrome coronaria acuta nell'Unità Coronaria dell'Ospedale di Desio. *Assist Inferm Ric* 2006; 25: 163-9.
8. Scott JT, Thompson DR. Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 167-77.
9. Riabilitazione cardiologica. Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1057-91.
10. Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S. A meta-analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18: 506-19.
11. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trial of cardiac patient education. *Patient Educ Couns* 1992; 19: 143-62.
12. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K for the Fourth Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J* 2007; 28: 2375-414.
13. Sommaruga M, Vidotto G, Bertolotti G, Pedretti R, Tramarin R. A self administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 7-15.
14. Roijer CA, Stagmo M, Udén G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovascular Nursing* 2004; 3: 321-30.
15. Amedeo R, De Ponti A, Sorbara L, Avanzini F, Di Giulio P, De Martini M. Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia? Utilità di un incontro educativo tenuto da infermieri. *G Ital Cardiol* 2009; 10: 249-255.
16. Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung* 1991; 20: 654-60.
17. Baberg HT, Uzun D, Sinclair R, Bojara W, Mugge A, Schubmann R. Heath Promotion and Inpatient Rehabilitation. Long term effects of education in patients with coronary heart disease. *Herz* 2005; 30: 754-60.
18. Van Elderen T, Maes S, Seegers G, Kragten H, Van Wely R. Effect of a post-hospitalization group health education programme for patients with coronary heart disease. *Psychology & Health* 1994; 9: 317-30.
19. Plach S, Wierenga ME, Heidrich SM. Effects of post-discharge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health promoting behaviors. *Heart & Lung* 1996; 25: 367-72.
20. Linee guida nazionali su Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. www.gicr.it 2005; pag 57-66.
21. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996; 156: 745-52.
22. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, et al. A meta-analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18: 506-19.
23. Writing Committee for the ENRICHD Investigators. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289: 3106-16.
24. Rees K, Bennet P, West R, et al. Psychological interventions for coronary artery disease (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2004.
25. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, et al. Depression screening and patients outcomes in cardiovascular care. A systematic review. *JAMA*; 2008; 300: 2161-71.

Allegato 1

DOMANDE QUESTIONARIO 1

1. LE ARTERIE CHE FORNISCONO SANGUE AL CUORE SI CHIAMANO:

- Arterie femorali
- Arterie coronarie
- Arterie radiali

2. COS'È L'ANGIOPLASTICA CORONARICA?

- La dilatazione di una stenosi coronarica
- La visualizzazione della coronarica
- La sostituzione della coronarica

3. IL BY-PASS AORTO-CORONARICO È:

- Un ponte arterioso o venoso per superare una stenosi coronarica
- Un filo che conduce un impulso elettrico nel cuore
- L'asportazione di parte del cuore

4. UNA PROTESI VALVOLARE PUÒ ESSERE:

- Costruita di materiale meccanico
- Costruita in materiale biologico
- Sia meccanica, sia biologica

Allegato 2

DOMANDE QUESTIONARIO 2

1. I FATTORI DI RISCHIO CARDIO VASCOLARI SONO:

- Le cause dei problemi al cuore
- Quei fattori che, se presenti, aumentano la probabilità di avere problemi al cuore
- Solo il sovrappeso e il fumo

2. SECONDO LEI ALLA LUCE DI QUANTO LE È SUCCESSO DEVE:

- Cambiare completamente la sua vita, cercando di stare il più possibile a riposo
- Continuare la vita di prima come se non fosse accaduto niente di particolare
- Riprendere le consuete attività compatibilmente con le proprie condizioni fisiche cercando di curare l'alimentazione, abolire il fumo, fare attività fisica

3. SE SI SENTE PARTICOLARMENTE STRESSATO:

- Non può fare niente per cambiare la situazione
- Può imparare ad affrontare lo stress attraverso varie strategie
- Lo stress non influisce sul cuore

4. MANGIARE SANO SIGNIFICA:

- Variare il più possibile l'alimentazione, evitando o riducendo al minimo i grassi e gli zuccheri, privilegiando alcuni tipi di cottura (vapore, bollito) e condimenti
- Variare il più possibile l'alimentazione, introducendo le verdure fritte
- Eliminare molti alimenti (pasta, pane) e prediligere il pesce e le verdure

5. CHI DEVE DIMAGRIRE DEVE:

- Saltare alcuni pasti o mangiare poco ai pasti
- Affidarsi ad uno specialista che imponga un regime alimentare adeguato associato ad un'attività fisica
- Seguire diete che prevedono l'introduzione solo di determinati alimenti

6. BERE UN BICCHIERE DI VINO DURANTE I PASTI:

- È un fattore di rischio coronarico maggiore ed è da evitare
- È un fattore di rischio coronarico minore
- Non è un fattore di rischio coronarico

7. PER RIDURRE IL COLESTEROLO OCCORRE:

- Assumere solo farmaci
- Fare attività fisica, curare l'alimentazione ed assumere eventuali farmaci
- Non si può ridurre perché è un fattore di rischio non modificabile

8. UNA PERSONA CON PROBLEMI DI PRESSIONE ALTA DEVE ASSUMERE UNA DIETA:

- Povera di zuccheri
- Povera di sodio/sale
- Ricca di liquidi

9. L'ATTIVITÀ FISICA NON DEVE ESSERE SVOLTA IN CASO DI:

- Febbre, pressione alta o bassa
- Cattivo umore e pigrizia
- Febbre, pressione alta o bassa, capogiri e stanchezza

10. PER EVITARE UNO STILE DI VITA SEDENTARIO BISOGNA:

- Rinunciare a prendere la macchina quando si può, camminare con regolarità, sfruttare le occasioni in cui si possono svolgere attività leggere
- Camminare con regolarità, sollevare pesi più volte al giorno e praticare sport intensi
- Rinunciare a prendere ogni tanto l'ascensore, muovere le gambe mentre si guarda la TV, fare ogni tanto qualche esercizio