

**Le vicissitudini dell'ansia per il paziente cardiopatico.
La riabilitazione cardiologica come ponte verso
una maggiore consapevolezza di sé**

**The vicissitudes of anxiety for the cardiopathic patient.
Cardiological rehabilitation as a bridge towards
greater self-awareness**

Floriana Caccamo*, Cristina Marogna*, Camilla Turchet*,
Vito Sava**, Roberto Carlon**, Alessandro Pinton**

*Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata,
Università di Padova, Italia; via Venezia 12 Padova,
e-mail: florianacaccamo@virgilio.it, tel: 3207244375;
e-mail: cristina.marogna@unipd.it, tel: 3488520932;
e-mail: camibuch@gmail.com, tel: 3397797976;

** UOC di Cardiologia, Riabilitazione Cardiologica, ASSL 6 Euganea,
Ospedale di Cittadella, Padova, Italia,
e-mail: vit.sava@gmail.com, tel: 3495398446;
e-mail: carlon.roberto@gmail.com, tel: 3392398426;
e-mail: al_pintux@hotmail.it, tel: 3331425773;

Ricevuto: 04.11.2019 - **Accettato:** 20.09.2020

Pubblicato online: 31.05.2021

Riassunto

Comprendere i fattori che influenzano la riabilitazione dei pazienti dopo un evento coronarico acuto è importante per ridurre il rischio di complicanze o il verificarsi di nuovi episodi. Il percorso riabilitativo successivo all'evento acuto è influenzato da fattori fisiologici e psicologici; tra questi, l'ansia è implicata sia nell'esordio della malattia che nel percorso di guarigione. La letteratura fornisce risultati contrastanti rispetto al ruolo giocato dall'ansia nelle malattie cardiache. Sono necessarie quindi ulteriori indagini per comprendere se sia un fattore di rischio o un fattore protettivo. L'obiettivo di questo studio è quello di determinare

Caccamo et al. / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44,
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip2021oa11897

come cambiano i livelli di ansia in pazienti che hanno aderito a un programma di Riabilitazione Cardiologica in relazione alla consapevolezza sulla propria condizione di salute. La ricerca si propone in particolare di studiare il cambiamento dei due fattori dall'inizio del programma riabilitativo (pre-test) e alla sua conclusione (post-test). I risultati delle analisi statistiche mostrano che i pazienti al post-test risultano più ansiosi e stressati rispetto al pre-test ma anche più consapevoli rispetto alla durata della malattia. Questi risultati suggeriscono che il fattore ansia dopo il percorso riabilitativo può essere considerato generativo alla luce di un effettivo aumento della consapevolezza della malattia.

Parole chiave: ansia, consapevolezza, riabilitazione cardiologica, fattore di rischio, fattore di protezione.

Abstract

Understanding the factors that influence the rehabilitation of patients after an acute coronary event is important to reduce the risk of complications or the occurrence of new episodes. The rehabilitative path following the acute event is influenced by physiological and psychological factors; Among these, anxiety is implicated both in the onset of the disease and in the path of healing. The literature provides contrasting results compared to the role played by anxiety in heart disease. Further investigation is needed to understand whether it is a risk factor or a protective factor. The goal of this study is to determine how anxiety levels change in patients who have joined a Cardiac Rehabilitation program, in relation to their awareness of their health condition. The research aims to studying the change of physiological and psychological factors from the beginning of the rehabilitative program (pre-test) to its conclusion (post-test). The results of the statistical analysis show that patients at the post-test are more anxious and stressed compared to the pre-test but also more aware of the duration of the disease. These results suggest that the anxiety factor after the rehabilitation process can be considered generative in the light of an effective increase in awareness of the disease.

Keywords: anxiety, awareness, cardio-logical rehabilitation, risk factor, protection factor.

Introduzione

Esistono evidenze sostanziali sull'associazione tra depressione e malattie cardiovascolari ma l'associazione tra ansia e patologie cardiache risulta meno chiara. Spesso dopo un evento cardiaco l'ansia persiste e, tra i

pazienti che riportano un determinato livello di ansia conseguente alla sindrome coronarica acuta, molti presentano un'ansia clinicamente significativa fino a due anni dopo (Huffman, Celano & Januzzi, 2010).

Diversi studi evidenziano che l'ansia post-infarto è associata ad esiti cardiaci negativi nel medio e lungo periodo e può essere collegata all'insorgenza di eventi cardiaci ricorrenti entro i primi sei mesi, indipendentemente dai sintomi depressivi (Grace et al., 2004). Come sottolineato in uno studio di Huffman et al. (2008), risulta importante studiare l'impatto dell'ansia nel periodo successivo all'infarto perché tale momento risulta essere il più delicato in quanto vi è un alto rischio di complicazioni cardiache (es. l'ischemia ricorrente, l'insufficienza cardiaca congestizia e l'aritmia), e l'ansia può avere un impatto sostanziale sull'attività del sistema nervoso simpatico, portando ad una maggiore vulnerabilità. Inoltre, l'esperienza psicologica legata all'ansia risulta essere di critica importanza durante il periodo di degenza.

Nella meta-analisi di Connor et al. (2016), l'analisi di 46 studi ha evidenziato che esiste un'associazione statisticamente significativa tra ansia e mortalità cardiovascolare, episodi cardiovascolari acuti, malattie coronariche, ictus e arresto cardiaco. In questo studio l'associazione più forte è risultata quella tra l'ansia e rischio di ictus, al 71% (Emdin et al., 2016). Lo studio di Grace et al. (2004), ha esaminato la sintomatologia ansiosa in un campione di pazienti, uomini e donne, nell'anno successivo all'evento cardiaco acuto evidenziando che un terzo del campione aveva sperimentato un alto livello d'ansia al momento dell'evento cardiaco acuto che nel 50% dei casi è persistito nell'anno successivo. Come sottolineato nello studio di Hoyer et al. (2008), tutte le malattie sono accompagnate da un determinato livello di ansia, specialmente le patologie gravi o potenzialmente mortali e le malattie somatiche potrebbero costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di ulteriori patologie mentali, a partire da una combinazione tra ansia di stato e ansia patologica.

L'ansia può influenzare negativamente il recupero delle funzionalità del paziente dopo un evento cardiaco acuto e incrementare il rischio di episodi successivi (McKinley et al., 2012; Shibeshi et al. 2007). Generalmente l'ansia risulta implicata in vari processi che incrementano il rischio di malattie cardiovascolari, come l'aumento dei livelli di colesterolo, l'ipertensione, l'attivazione del sistema immunitario e l'attività anormale del sistema nervoso autonomo (Batelaan et al., 2014).

Una crescente letteratura evidenzia l'associazione tra la paura e lo sviluppo di patologie coronariche. Nello studio di Kubzansky, Davidson e Rozanski (2005), sono stati identificati cinque stati psicologici negativi che possono influenzare a diversi livelli le patologie o le alterazioni cardiovascolari, tra i quali la mancanza di speranza, il pessimismo, la rumi-

nazione, l'ansia, inclusa la sua componente di paura, e la rabbia. Episodi di paura o paura prolungata sono entrambi associati a una diminuzione della variabilità del battito cardiaco (Hammel, 2011; Tully, Cosh and Baune, 2013).

Tuttavia, uno studio su un campione di pazienti con precedente infarto del miocardio ha mostrato che l'ansia è positivamente associata alla messa in atto di comportamenti salutari e ad una maggiore aderenza alla terapia (Benyamini et al., 2013). Nello studio di Moser et al. (2007), l'ansia durante la fase di ricovero per infarto del miocardio era associata ad un aumento del rischio di complicazioni a livello di ischemia e aritmia ma questa relazione era moderata dal controllo percepito. Gli interventi per incrementare il controllo percepito dei pazienti cardiopatici rispetto alla loro malattia cardiaca possono ridurre le complicazioni post-sindrome (Moser et al., 2007). Lo studio di McKinley et al. (2012) in un campione internazionale di pazienti con malattie coronariche ha mostrato come i partecipanti con i più bassi livelli di controllo percepito fossero più esposti ad avere delle complicazioni durante il ricovero, rispetto a quelli con livelli più alti di controllo percepito. Nello studio di Michie et al. (2005), i pazienti dopo il percorso di Riabilitazione Cardiologica mostravano un incremento del controllo percepito sulla malattia e una maggiore fiducia nell'abilità personale di cambiare le abitudini alimentari.

Le ultime linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica raccomandano di valutare attentamente i fattori psicosociali che sembrano essere implicati nell'insorgenza della malattia cardiovascolare e che possono ostacolare l'aderenza alla terapia o vanificare gli sforzi per migliorare lo stile di vita e promuovere la salute del paziente. Nello specifico: la condizione socioeconomica, lo stress lavorativo e familiare, l'isolamento sociale, la depressione, l'ansia, l'ostilità, la personalità di tipo D, il disturbo post-traumatico da stress e altri disturbi mentali (Piepoli et al., 2016).

L'obiettivo del presente studio è di determinare come cambiano i livelli di ansia in pazienti che hanno aderito a un programma di Riabilitazione Cardiologica in relazione alla consapevolezza sulla propria condizione di salute partendo dall'ipotesi che l'acquisizione di una maggiore consapevolezza circa la propria malattia sia accompagnata da un accresciuto livello di emotività e da un contatto più autentico con i propri affetti.

Materiali e metodi

Contesto

La ricerca si è svolta presso la struttura complessa di cardiologia dell'Ospedale di Cittadella (PD). In questo contesto il percorso riabilitativo viene proposto a tutti i pazienti cardiopatici, a seconda della patologia specifica: cardiopatia ischemica con o senza successiva rivascolarizzazione miocardica (bypass aortocoronarico, angioplastica), scompenso cardiaco cronico, arteriopatia cronica obliterante periferica, dopo intervento cardiocirurgico (trapianto di cuore, sostituzione valvolare, ecc.), pazienti ad elevato profilo di rischio cardiovascolare, pazienti portatori di pace-maker o defibrillatori, pazienti cardiopatici ultrasettantacinquenni. Il ciclo riabilitativo ha una durata generalmente variabile dalle due alle quattro settimane o più, a seconda delle necessità del paziente e si propone di mantenere o ripristinare la stabilità clinica del paziente, limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare, migliorare globalmente la capacità funzionale ed incidere favorevolmente sul grado di autonomia, indipendenza e, quindi, sulla qualità della vita, ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, ritardare la progressione della malattia cardiovascolare ed il deterioramento clinico e favorire il reinserimento e la partecipazione sociale. Gli interventi vengono effettuati in base ad un progetto riabilitativo multiprofessionale e coordinato, che tiene conto delle condizioni cliniche della persona assistita e dei suoi bisogni. Le figure professionali che sono coinvolte nella realizzazione del progetto riabilitativo sono il medico, la coordinatrice infermieristica, le infermiere, il fisioterapista, lo psicologo e la dietista. All'interno dell'ambulatorio si svolgono anche tutti gli esami specialistici attinenti alla cardiologia e alla riabilitazione del paziente cardiopatico tra cui l'elettrocardiogramma, la visita cardiologica, l'ECG dinamico secondo Holter delle 24/48 ore, l'ecocardiogramma, l'ecostress, il test da sforzo e il controllo del pace-maker e del defibrillatore. Ai pazienti viene data inoltre la possibilità di partecipare ad un gruppo di supporto psicologico che si svolge una volta a settimana per una durata di un'ora circa. Sono previsti dei colloqui psicologici o psicoterapeutici individuali per i pazienti che richiedono un sostegno ulteriore, oppure per i pazienti segnalati dagli infermieri del reparto.

Lo scopo dell'intervento psicologico viene identificato nell'aiutare il paziente ad esprimere le proprie emozioni riguardanti la malattia, a modificare il proprio stile di vita in modo strategico, a implementare la corretta autogestione dei trattamenti riabilitativi sulla base delle caratteristiche individuali e a riacquistare una soddisfacente qualità di vita. Anche il gruppo di sostegno psicologico risulta efficace nel trattamento dei pa-

zienti cardiopatici, poiché consente ai membri che vi partecipano di affrontare i problemi comuni e condivisi, tra cui i conflitti interpersonali, le transizioni di vita e il dolore, inoltre la presenza dello psicologo in questo contesto, oltre ad un intervento di prevenzione secondaria, svolge una funzione elaborativa dell'identità cardiopatica.

Campione

Il protocollo di ricerca è stato proposto a tutti i pazienti aderenti al programma di riabilitazione cardiologica ambulatoriale dopo un evento acuto o in via preventiva, che hanno effettuato un breve programma riabilitativo intensivo di due settimane. Tutti i pazienti hanno firmato il consenso informato. Tra i criteri di esclusione allo studio vi erano l'incapacità di leggere o comprendere la lingua italiana, difficoltà visive o uditive o l'essere in condizioni di pericolo di vita. Inoltre sono stati esclusi tutti i questionari con dati incompleti. Degli 84 pazienti coinvolti nel programma riabilitativo, 10 pazienti non hanno partecipato alla somministrazione dei questionari perché non rispondevano ai criteri di inclusione, 7 pazienti sono stati esclusi dalle analisi statistiche perché non hanno completato i questionari della valutazione post-test. Il numero totale di partecipanti alla ricerca è quindi di 67 soggetti.

Strumenti

Sono stati somministrati ai pazienti l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; versione italiana di Costantini, Musso, Viterbori et al., 1999) e l'Illness Perception Questionnaire (IPQ-r; versione italiana di Giardini, Majani, Pierobon, Gremigni, Catapano, 2007) in due tempi: all'inizio del programma riabilitativo (pre-test) e alla fine (post-test).

L'HADS è un questionario self-report che individua stati d'ansia e di depressione in pazienti affetti da malattie organiche, con l'esclusione delle aree di indagine degli indicatori sintomatici di distress psicologico (come cefalea, insonnia e calo ponderale) potenzialmente riconducibili alla presenza della malattia organica stessa o conseguenza degli interventi terapeutici. Lo strumento è composto da due scale a 7 item, una per la valutazione dell'ansia e l'altra per la valutazione della depressione, con punteggi variabili da 0 a 3 per ciascun item. Per ogni scala del questionario si può ottenere un punteggio massimo di 21. I dati normativi considerano punteggi minori o uguali a 7 come normali (Non Cases), da 8 a 10 come Borderline Cases (situazioni che potenzialmente potrebbero evolvere in senso psicopatologico) e infine punteggi superiori a 11 come indicativi della presenza di ansia o depressione clinicamente rilevante (Grazioli, Martinelli, Dionigi et al., 2013).

L'IPQ-r è uno strumento di valutazione della rappresentazione cognitiva della malattia costituito da cinque diverse scale, una per ogni dimensione della percezione di malattia: identità (risposte sì/no), causa (scala Likert 1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo), cura/controllabilità (scala Likert 1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo), andamento nel tempo (scala Likert 1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) e conseguenze (scala Likert 1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo).

Per verificare un cambiamento nei livelli di ansia e depressione e di percezione della malattia sono state effettuate due somministrazioni degli strumenti, rispettivamente all'inizio (pre-test) e alla fine (post-test) del percorso di Riabilitazione Cardiologica.

Analisi statistiche

Per verificare le ipotesi formulate all'inizio della ricerca è stato utilizzato il pacchetto statistico SPSS22.0. È stato effettuato il t-test per campioni appaiati per valutare la presenza di differenze significative tra la prima somministrazione (pre-test) e la seconda somministrazione (post-test) nei fattori dell'HADS e dell'IPQ-r. Per ogni strumento è stata effettuata un'analisi di affidabilità che ha mostrato una buona affidabilità e coerenza interna sia al pre-test che al post-test. In particolare, i valori dell'Alpha di Cronbach risultati sono i seguenti: per l'IPQ-r, $\alpha = .786$ al pre-test e $\alpha = .680$ al post-test e per l'HADS, $\alpha = .783$ al pre-test e $\alpha = .860$ al post-test.

I risultati del t-test per campioni appaiati hanno mostrato delle differenze significative tra il pre e il post-test in due fattori dell'HADS: ansia ($p = .007$) e distress globale ($p = .050$) (Tab. 1). Inoltre, una differenza statisticamente significativa è stata riscontrata anche nell'indice della durata dell'IPQ-r ($p = .010$) (Tab. 2).

Sono stati effettuati t-test per campioni indipendenti per valutare le differenze nelle variabili genere (1 = uomini, 2 = donne), figli (1 = con figli, 2 = senza figli) e occupazione (1 = occupato, 2 = non occupato).

Il t-test per campioni indipendenti ha mostrato una differenza tendente alla significatività tra le medie dei maschi e delle femmine al pre-test nella sottoscala della risposta emotiva ($p = .077$); in particolare, le medie dei maschi sono più basse di quelle delle femmine, ovvero i maschi al pre-test percepiscono di essere meno preoccupati e ansiosi delle femmine. È stata rilevata una differenza statisticamente significativa tra le medie dei maschi e delle femmine al post-test nelle sottoscale della durata ($p = .054$), della ciclicità ($p = .056$) e della risposta emotiva ($p = .019$); per quanto riguarda la sottoscala della durata, le medie dei maschi al post-te-

st risultano maggiori di quelle delle femmine, ovvero essi percepiscono che la malattia durerà più a lungo di quanto non percepiscano le femmine; per quanto riguarda invece le sottoscale della ciclicità e della risposta emotiva, le medie delle femmine sono maggiori delle medie dei maschi, ovvero nel post-test percepiscono che la malattia è meno imprevedibile e percepiscono di essere più preoccupate e ansiose rispetto ai maschi. Le analisi statistiche hanno evidenziato altresì una differenza statisticamente significativa tra le medie di chi ha figli e di chi non li ha al pre-test nella sottoscala della durata ($p = .049$); osservando le medie, si può concludere che al pre-test i pazienti con figli percepiscono una durata maggiore della malattia rispetto ai pazienti senza figli. È stata riscontrata una tendenza alla significatività tra le medie di chi è occupato e chi non lo è al post-test nella sottoscala della depressione ($p = .045$); in particolare, i pazienti occupati al post-test si percepiscono meno depressi dei pazienti disoccupati o pensionati, evidenziando il ruolo del lavoro come fattore protettivo nella gestione dei vissuti depressivi e nello sviluppo di una sintomatologia depressiva per il paziente cardiopatico.

Per valutare le differenze nelle variabili titolo di studio (1 = licenza elementare, 2 = licenza media, 3 = qualifica professionale, 4 = diploma, 5 = laurea), stato civile (1 = celibe/nubile, 2 = coniugato/convivente, 3 = divorziato/vedovo) e fasce d'età (1 = 43-60 anni, 2 = 61-70 anni, 3 = 71-82 anni) sono state effettuate le analisi ANOVA univariate utilizzando sia il disegno tra i gruppi che quello entro i gruppi.

Sono state riscontrate le seguenti differenze significative: tra il gruppo 1 e il gruppo 5 della variabile "titolo di studio" nella sottoscala della curabilità al post-test ($p = .005$), che sottolinea come al post-test i pazienti con una licenza elementare considerino la malattia più curabile rispetto ai pazienti in possesso di un titolo di laurea; tra i gruppi 1 e 2 e 1 e 3 della variabile "stato civile" nella sottoscala dell'ansia al post-test ($p = .037$), per cui si può intuire come al post-test i pazienti celibi o nubili si percepiscano più ansiosi rispetto ai pazienti coniugati e a quelli divorziati o vedovi; tra i gruppi 1 e 3 della variabile "fasce d'età" nella sottoscala del controllo personale al pre-test ($p < .001$), che rileva come al pre-test i pazienti più giovani percepiscano di avere maggior controllo personale rispetto a quelli più anziani; infine tra i gruppi 2 e 3 della stessa variabile nella sottoscala della coerenza della malattia sia al pre-test che al post-test ($p = .004$ e $p = .021$), che sottolinea come sia al pre-test che al post-test i pazienti nella fascia intermedia d'età ritengano la malattia più coerente con i sintomi che riscontrano rispetto alle persone più anziane.

Tab.1 - *T-test per campioni appaiati*

Scala	Somministrazione	M	DS	T	p
HADS ansia	PRE	14.65	3.106	- 2.780	.007
	POST	15.59	2.125		
HADS depressione	PRE	5.62	2.491	.846	.401
	POST	5.4	2.486		
HADS totale	PRE	20.28	2.869	- 1.914	.050
	POST	21.00	2.790		

Medie e deviazione standard degli indici HADS prima (PRE) e dopo (POST) il programma di Riabilitazione Cardiologica.

Tab. 2 - *T-test per campioni appaiati*

Scala	Somministrazione	M	DS	T	p
Durata	PRE	14.07	4.856	- 2.667	.010
	POST	15.83	4.350		
Conseguenze	PRE	12.31	4.019	1.335	.186
	POST	11.76	3.371		
Contr. Personale	PRE	17.62	3.132	- 1.580	.119
	POST	18.40	2.355		
Curabilità	PRE	15.47	2.098	- 1.469	.147
	POST	15.94	1.976		
Coerenza malattia	PRE	13.31	3.412	- 1.664	.101
	POST	14.00	2.801		
Ciclicità	PRE	5.52	2.572	- .511	.611
	POST	5.74	2.251		
Risp. emotiva	PRE	10.04	4.401	.742	.461
	POST	9.65	3.835		

Medie e deviazione standard degli indici IPQ-r prima (PRE) e dopo (POST) il programma di Riabilitazione Cardiologica.

Discussione

Le analisi statistiche effettuate mostrano delle variazioni significative tra l'inizio e la fine del programma di Riabilitazione Cardiologica. Il t-test per campioni appaiati ha mostrato un cambiamento significativo nelle scale dell'ansia e del distress globale dell'HADS. In particolare, i risultati mostrano che i pazienti al termine del percorso di Riabilitazione Cardiologica (post-test) risultano più ansiosi e più stressati rispetto al momento del loro ingresso nel reparto (pre-test). In accordo con altre ricerche (Huffman et al., 2010; Huffman et al., 2008; Hoyer et al., 2008; Grace et al., 2004), il presente studio mostra che l'episodio della malattia genera sentimenti di disorientamento, frammentazione e angoscia e che i pensieri che riguardano il corpo malato e l'episodio di rottura provocano uno stato di eccitamento e ansia inevitabile. Il t-test per campioni appaiati ha mostrato inoltre un cambiamento significativo tra le prime due valutazioni nella sottoscala della durata dell'IPQ-r. I risultati suggeriscono che i pazienti al termine del programma riabilitativo (post-test) credono che la loro malattia durerà più a lungo. Questo dato risulta particolarmente significativo in quanto la letteratura sottolinea come non sia tanto la gravità della condizione dei pazienti ad influenzare la capacità complessiva di far fronte alla loro condizione, quanto la percezione delle conseguenze e della durata della malattia, che a sua volta determina la volontà dei pazienti di provare a mettere in atto dei cambiamenti che promuovano la salute e di beneficiare del supporto terapeutico disponibile (Lau-Walker, 2007; Meyer et al., 1985). Questo fa luce sull'importanza della presenza di un contesto assistenziale e di uno Staff medico-sanitario che sostenga la consapevolezza dei pazienti rispetto al proprio corpo, alla lettura dei sintomi e alla patologia stessa. Il monitoraggio continuativo dell'abilità dei pazienti a riconoscere e gestire i sintomi legati alla malattia viene descritto come il più importante intervento a livello psicologico da compiere per incrementare le possibilità dei pazienti affetti da una patologia cardiaca di sostenere a lungo termine i cambiamenti comportamentali (Lau-Walker, 2007). In futuro quindi potranno essere studiate le modalità, gruppali o individuali, con le quali sostenere nel tempo la consapevolezza dei pazienti e le dimensioni che la costituiscono nell'ottica di abbracciare l'intero ventaglio delle possibilità riabilitative e di monitoraggio offerte da un intervento strutturato come quello descritto.

La riflessività e l'introspezione che il percorso di riabilitazione inevitabilmente innesca incrementano i livelli di preoccupazione e ansia dei pazienti in modo propedeutico a una futura integrazione e all'acquisizione di maggiore responsabilità personale da parte del paziente che inizia a

prenderci cura di un organo essenziale per la sua sopravvivenza, come già sottolineato in altri studi (Lau-Walker, 2007; Meyer et al., 1985). La vitalità, la flessibilità relativa alle emozioni e quella relativa alle strategie di coping, costituiscono un complesso e dinamico sistema di funzionamento psichico e possono avere un ruolo protettivo per le coronaropatie (Rozanski e Kubzansky, 2005). Come già sottolineato in precedenza, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza rispetto al funzionamento del proprio cuore coincide per la persona che ha vissuto l'evento traumatico con un passaggio evolutivo del funzionamento psichico.

Ricerche recenti hanno dimostrato che la Riabilitazione Cardiologica è un trattamento efficace che conduce a sostanziali miglioramenti ed esiti positivi nei pazienti (Gilbody, Sheldon, & House, 2008) e hanno confermato i benefici a breve termine dei programmi riabilitativi (Caccamo et al., 2018; Freitas et al. 2011; Lavie, et al., 2006). Uno studio di Rozanski et al., (2005) ha sottolineato che la Riabilitazione Cardiologica multifattoriale associata a interventi sui fattori psicosociali comporta una effettiva riduzione degli eventi cardiovascolari. La forte relazione tra i fattori di rischio psicosociali e le coronaropatie suggerisce di affrontare questo aspetto importante nella cura dei pazienti e migliorare le conoscenze disponibili. Nel programma di Riabilitazione Cardiologica presentato in questo studio, l'attività di educazione sanitaria ha l'obiettivo di stimolare la consapevolezza del problema e di correggere i fattori psicosociali disadattivi, il gruppo di supporto psicologico permette ai pazienti di affrontare problemi comuni e condivisi legati all'esperienza della malattia, di far circolare vissuti angoscianti legati all'evento traumatico che attraverso la funzione di rispecchiamento del gruppo (Neri, 2011) possono essere in parte rielaborati.

Il primo limite dello studio riguarda lo studio del fattore ansia e in particolare l'assenza di una distinzione tra ansia di tratto e ansia di stato e quindi tra uno stato emotivo stabile e persistente e una condizione temporanea riferita al particolare momento o situazione di vita, come sottolineato dallo studio di Caccamo et al. (2018). Inoltre sarebbe opportuno rilevare la presenza di eventuali disturbi d'ansia al pre-test e distinguerli dall'ansia come reazione alla diagnosi di malattia cardiaca in base alla gravità della stessa (Muschallaa, Glatzc and Lindena, 2014). Sarebbe auspicabile inoltre introdurre uno studio di follow-up periodico e strutturato con approccio multidisciplinare per monitorare la situazione dei pazienti a distanza di alcuni mesi dalla fine del programma riabilitativo e per permettere loro la continuità delle cure.

Bibliografia

- Batelaan, N. M., Ten Have, M., Van Balkom, A. J.L.M., Tuithof, M., De Graaf, R. (2014). Anxiety disorders and onset of cardiovascular disease: The differential impact of panic, phobias and worry. *Journal of Anxiety Disorders* 28, 252-258, DOI:10.1016/j.janxdis.2013.12.003.
- Bhattacharya, R., Schen, C., Sambamoorth, U. (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *Bhattacharya et al. BMC Psychiatry*, 14(10), DOI:10.1186/1471-244x-14-10.
- Caccamo, F., Saltini, S., Carella, E., Carlon, R., Marogna, C., Sava, V. (2018). The measure of effectiveness of a short-term 2-week intensive Cardiac Rehabilitation program in decreasing levels of anxiety and depression. *Monaldi Arch Chest*, 88(1), 858, DOI:10.4081/monaldi.2018.858.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., et al. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7,121-127, DOI:10.1007/s005200050241.
- Emdin, C. A., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J., Hunn, B. (2016). Meta-Analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *Am J Cardiol*, 118,511e519, DOI:10.1016/j.amjcard.2016.05.041.
- Freitas, P. D., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Mauriège, P., & Guiraud, T. (2011). Short-term impact of a 4-week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 132-143, DOI:10.1016/j.rehab.2011.02.001.
- Giardini, A., Majani, G., Pierobon, A. Et al. (2007). Contributo alla validazione italiana dell'ipq-R. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, 64-74.
- Gilbody, S., Sheldon, T., & House, A. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 997-1003.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Irvine, J., Shnek, Z. M., Donna E. Stewart, D. E. (2004). Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother psychosom*, 73, 344-352, DOI:10.1159/000080387.
- Hoyer, J., (2008). Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*; 64, 291-297, DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.09.009.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 557-563.
- Huffman, J. C., Celano, C. M. & Januzzi, J. L. (2010). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 123-136, DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.08.001.

- Kubzansky, L. D., Davidson, K. W., Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 67, Supplement 1, S10-S14, DOI:10.1097/01.psy.0000164012.88829.41.
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness, beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of advanced nursing* 60(2), 187-198, DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04398.x.
- Lavie, C. J., Milani, R. V. (2006). Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Archives of internal medicine*, 166, 1878-83, DOI:10.1001/archinte.166.17.1878.
- Mckinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, E., Lennie, T. A., Moser, D. K. (2011). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2320-2330, DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05933.x.
- Meyer, D., Leventhal, D. & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135, DOI:10.1037/0278-6133.4.2.115.
- Michie S., O' Connor D., Bath J., Giles M., Earll L. (2005). Cardiac rehabilitation: the psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour. *Psychology, Health & Medicine*; 10(1), 88-95, DOI:10.1080/13548500512331315398.
- Moser, D. K., Riegel, B., Mckinley, S., Doering, L. V., Kyungeh, A., Sheahan, S. (2007). Impact of anxiety and perceived control on In-Hospital complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69, 10-16, DOI:10.1097/01.psy.0000245868.43447.d8.
- Muschalla, B., Glatzc, J. And Lindena, M. (2014). Heart-related anxieties in relation to general anxiety and severity of illness in cardiology. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 83-92, DOI:10.1080/13548506.2013.774428.
- Neri, C. (2003). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Piepoli, M. F. Et al. (2016). Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Sesta Task Force congiunta della Società Europea di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie cardiovascolari nella Pratica Clinica. *Global Cardiol*, 18, 547-612.
- Pourhabib, S., Chessex, C., Murray, J., Grace, S. L. (2016). Elements of patient-healthcare provider communication related cardiovascular rehabilitation referral. *J Health Psychol.*, 21(4), 468-482, DOI:10.1177/1359105314529319.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., Kubzansky, L. (2005). Psychologic functioning and The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651, DOI:10.1016/j.jacc.2004.12.005.
- Rozanski, A. & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine* 67, Supplement 1, S47-S53, DOI:10.1097/01.psy.0000164253.69550.49.

- Trovato, G. M., Catalano, D., Martines, G. F. Et al. (2006). Percezione di malattia (IPQ-r): un paradigma utile in patologie croniche. *Recenti progressi in medicina*, 97(3), 129-133
- Tully, P. J., Cosh, S. M., Baune, B. T. (2013). A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health & Medicine*, 18(6), 627-644, DOI:10.1080/13548506.2012.749355.