

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA ALLA PERSONA CON
ESITI DI INFARTO MIOCARDICO O DI ARRESTO
CARDIACO**

Relatore: Prof. Capuzzo Vincenza

Correlatore: Miotto Luisella

Laureando: De Santi Arianna

Matricola n° 1024876

Anno Accademico 2014-2015

SOMMARIO

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	7
➤ Motivazione della scelta dell'argomento	7
➤ Organizzazione interna	7
1. PROBLEMA	9
1.1.Oggetto di indagine	9
1.2.Enunciazione	9
1.3.Rilevanza per la professione	9
2. MATERIALE E METODI	15
2.1.Quesito di ricerca	15
2.2.Metodo PICO	15
2.3.Parole chiave, fonte dati, criteri selezione	15
2.3.1. <i>Parole chiave</i>	15
2.3.2. <i>Stringhe di ricerca</i>	16
2.3.3. <i>Fonte dei dati</i>	17
2.3.4. <i>Criteri di selezione</i>	17
3. RISULTATI RICERCA	19
3.1.Presentazione degli studi selezionati	19
3.2.Sintesi dei risultati	22
4. DISCUSSIONE	29
4.1.Valutazione critica della letteratura analizzata	29
4.2.Punti di forza e di debolezza della ricerca	30
5. CONCLUSIONI	33
5.1.Implicazioni per la pratica	33
BIBLIOGRAFIA	35

ALLEGATI	39
1. Glossario	41
2. Abbreviazioni	47
3. Educational tool	49

ABSTRACT

Titolo:

L'educazione terapeutica del paziente con esiti di infarto del miocardico o di arresto cardiaco.

Background:

In seguito a un infarto del miocardio o un arresto cardiaco, in molti casi il paziente può sperimentare stati di ansia, depressione o disturbo da stress post-traumatico. L'infermiere può intervenire in queste patologie con misure di educazione terapeutica che ne promuovano l'autocura, migliorando in tal modo lo stato psicologico e la qualità della vita del paziente.

Finalità della tesi:

Questo elaborato ha l'obiettivo di individuare gli interventi di educazione terapeutica efficaci nella riduzione dell'ansia, dello stress e della depressione.

Percorso della ricerca:

La ricerca si basa su una revisione della letteratura scientifica sul suddetto tema pubblicata dal 2010. Le banche dati consultate sono le seguenti: National Guideline Clearinghouse, RNAO, SIGN, SNLG, The Cochrane Library, PubMed, Cinahl, Scopus, ERIC, Education Source, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Trip Database.

Risultati principali:

Sono stati selezionati ventisette studi scientifici; quelli più autorevoli riguardano l'efficacia dei seguenti interventi: *counselling*, *The Heart Manual*, brochure educative, colloquio motivazionale, *coaching*, relazione terapeutica, musicoterapia, meditazione trascendentale, immaginazione guidata e rilassamento guidato. Inoltre, l'analisi di alcuni studi di minore rilevanza scientifica ha permesso di esplorare lo stato di efficacia di altri interventi come la medicina narrativa. Infine, dalla ricerca è emersa la necessità di nuovi studi che indaghino scientificamente l'efficacia del *Problem-based Learning* e dello Yoga.

INTRODUZIONE

➤ Motivazione della scelta dell'argomento

Nell'anno accademico 2013/2014 ho svolto un tirocinio nell'Unità Operativa (U.O) di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) degli "Ospedali Riuniti Padova Sud - Madre Teresa di Calcutta". Durante questa importante esperienza professionale ho notato molti elementi di disagio nei pazienti che avevano subito un evento traumatico come l'infarto del miocardio o l'arresto cardiaco. Questi elementi di disagio comprendevano stordimento, interrogativi sulla gestione della malattia, stati di paura, attacchi di panico e una forte insicurezza esistenziale sul futuro della loro famiglia, del loro lavoro e della loro vita.

Questo disagio psicologico sembrava affievolirsi al momento della dimissione, quando i medici e gli infermieri spiegavano al paziente la terapia farmacologica da continuare a casa. Tuttavia ho potuto osservare con rammarico, in particolare grazie al tirocinio frequentato nella Riabilitazione Cardiologica (CR) dello stesso ospedale, quanto il disagio psicologico aumentasse negli stessi pazienti al termine del percorso riabilitativo. I dubbi e le paure si tramutavano ben presto in ansia, depressione e ossessioni riguardanti la morte.

Turbata da questa esperienza di sofferenza e di dolore, ho deciso di studiare e approfondire gli interventi infermieristici atti ad aiutare i pazienti in questo particolare stato di difficoltà.

➤ Organizzazione interna

Nel Capitolo 1 è riportata l'enunciazione del problema e la sua rilevanza per la professione infermieristica, mentre nel capitolo 2 è descritto il metodo di ricerca utilizzato per lo studio della letteratura.

Nel capitolo 3 sono riportati in forma tabellare gli studi selezionati, seguiti da una descrizione sintetica dei rispettivi risultati.

Nel capitolo 4 sono riportati i risultati dei principali studi e i temi e le criticità ancora al vaglio del dibattito scientifico; nel capitolo 5, infine, sono presentate le conclusioni dell'elaborato con le implicazioni per la pratica.

1. PROBLEMA

1.1. Oggetto di indagine

L'indagine è rivolta a identificare gli interventi efficaci di educazione terapeutica attuati dall'infermiere per la riduzione di ansia, stress e depressione nella persona affetta da una malattia cardiaca cronica conseguente ad un evento cardiovascolare acuto.

1.2. Enunciazione

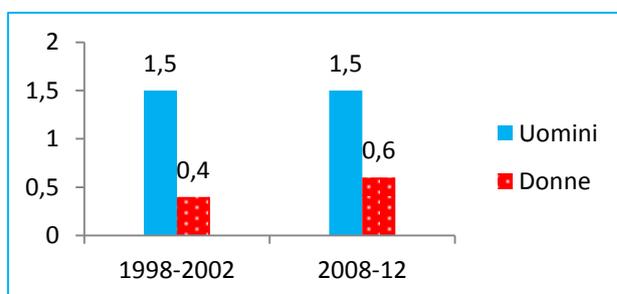
Dopo l'infarto cardiaco (MI) o l'arresto cardiocircolatorio (SCA), la persona può sperimentare uno stato di disagio psicologico di ansia, depressione o disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Il contributo strategico che la professione infermieristica può dare al paziente nella fase post-acuta, in termini di miglioramento degli esiti, è la sua educazione terapeutica (TPE). Essa, come chiarisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità, «[...] consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita».

1.3. Rilevanza per la professione

In Italia, gli eventi cardiovascolari acuti sono molto frequenti, infatti nel periodo 1998-2002 l'infarto del miocardio interessava 1,5% degli uomini e lo 0,4% delle donne. Nel periodo successivo, 2008-2012, la prevalenza degli uomini è rimasta invariata, mentre è aumentata quella delle donne che ha raggiunto lo 0,6% (Figura 1). (1)

Figura 1 - Prevalenza Infarto del miocardio in Italia.¹



¹ Tratta da "Il Progetto Cuore", Giampaoli, S.; 2014

² Adattata da "Notiziario dell'ISS-progetto cuore", 2013

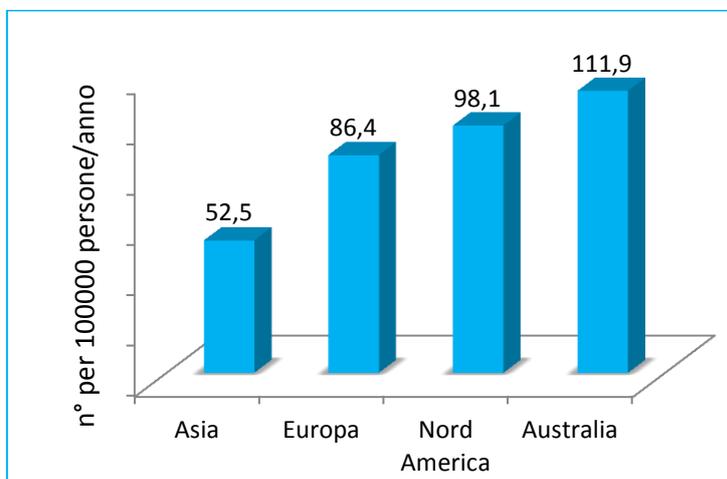
Negli anni 1998-99 e 2003 è stato possibile calcolare il tasso di attacco (nuovi casi più ricadute) per gli eventi coronarici, valutandone una letalità dopo 28 giorni (numero dei decessi sul numero totale dei malati) nella popolazione adulta (35-74 anni). I risultati ottenuti sono riportati nella Tabella I. (2)

Tabella I - Registro degli eventi coronarici (trend 1998-2003). Stima dei tassi di attacco e della letalità; età 35-74 anni.²

	Uomini	Donne
Tasso di attacco (x 10000)	%	%
1998-99	30,4	7,7
2003	29,4	7,4
Letalità (%)		
1998-99	26,0	34,6
2003	23,4	23,4

Per quanto riguarda l'arresto cardiaco, la sua incidenza annuale a livello mondiale è molto più bassa in Asia che in Europa, Nord America e Australia (Figura 2). (3)

Figura 2 - Incidenza mondiale annuale dell'arresto cardiocircolatorio

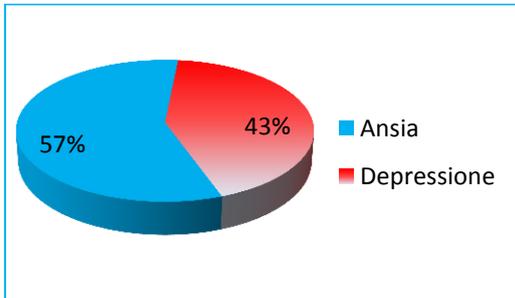


Il disagio psicologico conseguente ad un episodio acuto è molto comune, infatti circa 1 paziente su 5 con infarto miocardico presenta sintomi depressivi durante la fase acuta del ricovero, e la prevalenza aumenta da 36.7% a 60% a un mese dall'evento. (4)

² Adattata da "Notiziario dell'ISS-progetto cuore", 2013

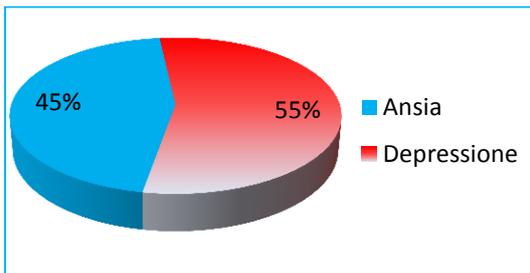
Nei pazienti con storia di infarto miocardico il disturbo più comune è l'ansia, osservata nel 57% dei soggetti. La depressione sembra essere meno frequente, colpendo il 43% dei soggetti (Figura 3). (5)

Figura 3 - Frequenza Ansia e depressione nei pazienti con storia di infarto del miocardio.



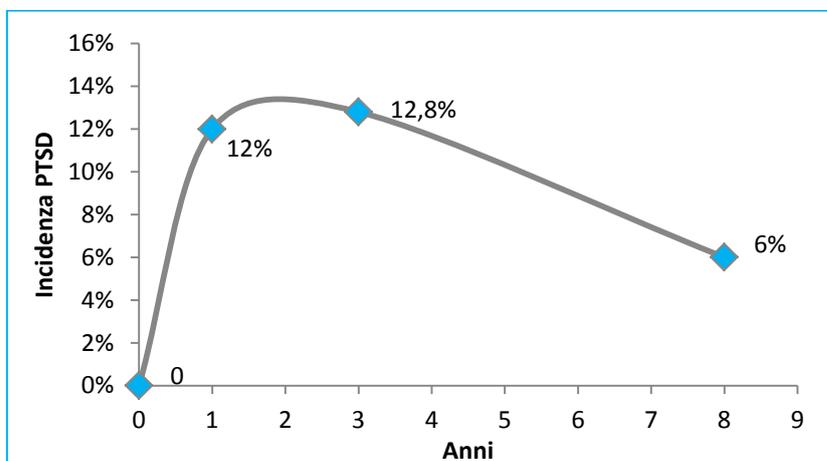
Nelle persone con una storia di arresto cardiaco invece, il disturbo più comune sembra essere la depressione. Essa ha interessato il 55% dei soggetti (Figura 4). (5)(5)

Figura 4 - Incidenza ansia e depressione dopo l'arresto cardiaco.



Gli eventi cardiovascolari causano sintomi di PTSD in più di 1 su 8 pazienti (tassi più alti nei giovani), presentandosi anche dopo 8 anni (Figura 5). (6)

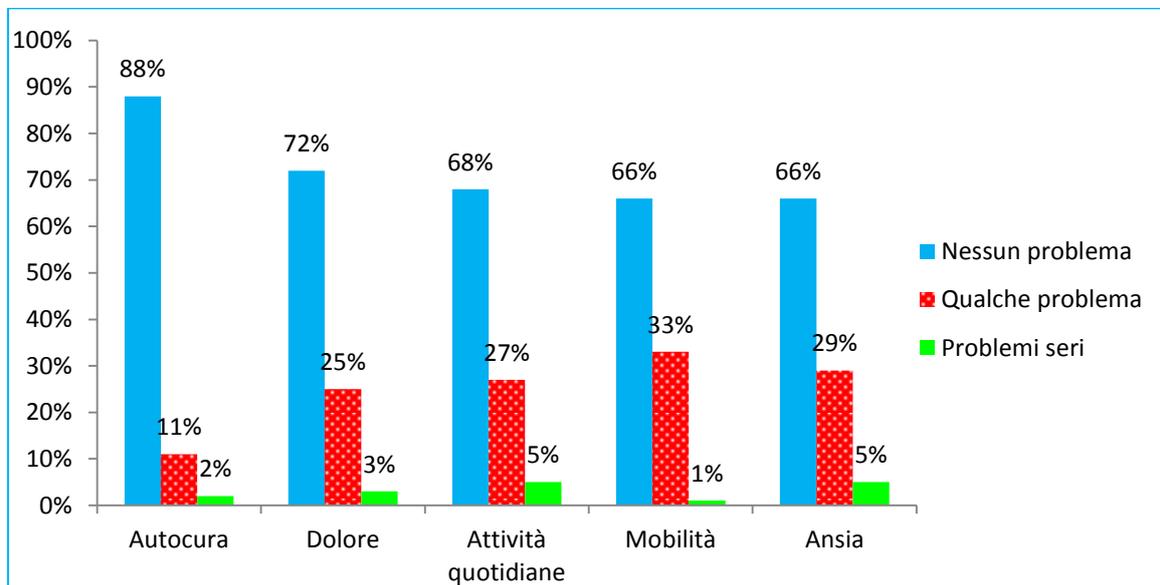
Figura 5 - Frequenza PTSD negli anni nel pz cardiologico.



Il peggioramento della qualità della vita (QoL) non si riscontra immediatamente dopo l'infarto del miocardio, ma a partire da 6 mesi (4). Dopo 10 anni invece, la riduzione della QoL è direttamente correlata alla presenza della depressione e dell'ansia. (7)

Molti sopravvissuti all'arresto cardiocircolatorio hanno una QoL accettabile dopo 12 mesi: il 72,7% vive a casa senza cure, il 50,3% lavorava prima e, di questi, il 74,2% è tornato a lavorare. La maggioranza di queste persone non ha avuto problemi con l'auto-cura, il dolore, le attività quotidiane, la mobilità o l'ansia (Figura 6). (8)

Figura 6 - Qualità di vita dei sopravvissuti dopo l'arresto cardiaco.³



Gli stati patologici di ansia, depressione e PTSD modificano gli esiti di salute, incidendo sull'aderenza terapeutica e sulla mortalità. La depressione post-MI è associata infatti ad una ridotta *compliance* sia sui farmaci che sulla modifica dello stile di vita(4), risultando un fattore di rischio indipendente di mortalità e nuove ricadute, a differenza dell'ansia. (9)

Il 16% dei pazienti con sintomi elevati di PTSD dopo l'infarto miocardico presenta un rischio raddoppiato di esiti avversi (ricadute future e mortalità). (6)

In Italia la mortalità a seguito dell'infarto del miocardio (nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni) rappresenta l'8% di tutte le morti. Ogni anno oltre 135000 individui sono

³ Tratta da: "Quality of life and functional outcomes 12 months after out-of-hospital cardiac arrest"; Smith K, Andrew E, Lijovic M, Nehme Z, Bernard S.; 2015.

colpiti da infarto acuto del miocardio, dei quali 45000 sono eventi fatali; il rischio risulta essere maggiore negli uomini rispetto alle donne. (10)

Il tasso di mortalità a 5 anni per i pazienti con sindrome coronarica acuta (ACS) è vicino al 40%, nonostante un approccio invasivo e farmacologico e misure di prevenzione secondaria. Nel resto del mondo invece la mortalità a 5 anni va dal 19 al 22%. Le cause di morte più frequenti sono: malattie vascolari periferiche e cerebrali, diabete e insufficienza renale cronica, insieme ai fattori strettamente cardiaci (frequenza cardiaca, pressione sistolica, ostruzione arterie periferiche). (11)

Gli infermieri sono a contatto con le malattie cardiovascolari ogni giorno e possono fornire assistenza grazie a interventi di educazione terapeutica; essa è ancora in una fase embrionale in quest'ambito, ma mostra grandi potenzialità già espresse in campi diversi quali il diabete, l'asma e l'obesità.

Attualmente in Italia non esiste un protocollo standard o delle linee guida per l'educazione terapeutica per le malattie cardiovascolari, e pochissimi sono i riferimenti bibliografici. A differenza di altri paesi come Francia e Svizzera, i quali hanno sperimentato programmi educativi per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti con problemi cardiovascolari.

In molti servizi di riabilitazione cardiologica italiani sono presenti dei programmi di psico-educazione, di educazione sanitaria e di prevenzione secondaria. Tuttavia programmi strutturati di educazione terapeutica sono presenti solamente nelle strutture del centro e del nord.

Le risorse su cui può contare un infermiere italiano per gli interventi educativi e di riabilitazione sono quindi insufficienti e difformi nel territorio nazionale. (12)

2. MATERIALE E METODI

2.1. Quesito di ricerca

Quali interventi di educazione terapeutica può attuare l'infermiere per ridurre l'ansia, la depressione, il disturbo da stress post-traumatico e migliorare la qualità di vita nel paziente con esiti di infarto cardiaco o arresto cardiocircolatorio?

2.2. Metodo PICO

Popolazione: persone cardiologiche che hanno subito l'infarto del miocardio o l'arresto cardiocircolatorio.

Intervento: interventi terapeutici ed educativi di autocura.

Confronto: nessuno.

Outcome: riduzione di ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico e miglioramento della qualità di vita.

2.3. Parole chiave, fonte dati, criteri selezione

2.3.1. Parole chiave

Le parole chiave utilizzate sono:

acute myocardial infarction, quality of life, myocardial infarction, cardiac rehabilitation, secondary prevention, sudden cardiac arrest, nurse, depression, anxiety, posttraumatic stress disorder, therapeutic relationship, management of depression, post-infarction depression, heart, heart attack, heart arrest, sudden cardiac death, stress, cardiac misconception, acute coronary syndrome, quality of life, hospital discharge, counselling, psychological intervention, education, therapeutic patient education, difficulty, psychological assessment, health promotion, cardiovascular diseases, patient education, narration, narrative medicine, patient communication, heart manual, self-help psychoeducation, psychotherapeutic interventions, psychotherapy, self-care, anxiety disorders, education intervention, anxiety control, depression control, psychology, caring, self-care interventions, therapeutic relationship, intervention or strategies, anxiety

reduction, guided relaxation, psychological well-being, psychosocial interventions, motivational interviewing.

2.3.2. *Stringhe di ricerca*

Quality of life AND sudden cardiac arrest, cardiac rehabilitation AND myocardial infarction AND secondary prevention, myocardial infarction AND nurse AND secondary prevention AND depression, myocardial infarction AND anxiety, cardiac rehabilitation AND posttraumatic stress disorder, cardiac rehabilitation AND myocardial infarction AND anxiety, secondary prevention AND myocardial infarction AND nurse, secondary prevention AND myocardial infarction, heart AND secondary prevention, heart attack AND depression, cardiac rehabilitation AND posttraumatic stress disorder AND cardiac misconception, posttraumatic stress disorder AND acute coronary syndrome AND quality of life, counselling AND cardiac rehabilitation AND depression, cardiac rehabilitation AND psychological intervention AND education , therapeutic patient education AND cardiac rehabilitation AND post-traumatic stress disorder, quality of life[Majr] AND depression[Mesh] AND myocardial infarction[Mesh], difficulty AND psychological assessment AND acute coronary syndrome, anxiety [Mesh] AND depression[Mesh] AND health promotion [Mesh]AND cardiovascular diseases [Mesh] AND quality of life [Mesh], complication AND after acute coronary syndrome AND comorbidity, patient education AND depression AND myocardial infarction, patient education AND stress AND myocardial infarction, narration"[Mesh] AND myocardial infarction[Mesh], narrative medicine AND heart, narrative medicine AND patient communication, narrative medicine AND post-traumatic stress disorder, heart manual AND myocardial infarction AND cardiac rehabilitation, myocardial infarction AND cardiac rehabilitation AND self-help psychoeducation AND anxiety AND NOT heart failure, patient education AND anxiety OR depression AND after myocardial infarction AND psychotherapeutic interventions, coronary heart disease AND depression AND psychotherapy, heart manual AND myocardial infarction AND cardiac rehabilitation, myocardial infarction AND stress, counselling AND cardiac rehabilitation, counselling AND cardiac rehabilitation AND nurse NOT heart failure, counselling AND myocardial infarction AND depression AND cardiac rehabilitation AND nurse AND NOT heart failure, nurse AND myocardial infarction, patient education as topic[Mesh] AND

myocardial infarction/rehabilitation [Mesh] AND stress disorders post-traumatic[Mesh], patient education as topic[Mesh] AND myocardial infarction/rehabilitation[Mesh], heart diseases/rehabilitation[Mesh] AND patient education as topic[Mesh] AND secondary prevention[Mesh], self-care[Mesh] AND heart diseases[Mesh] AND anxiety disorders[Mesh], myocardial infarction AND anxiety AND depression AND education intervention, Education AND anxiety control AND myocardial infarction, patient education AND depression control AND myocardial infarction, patient education AND psychology AND acute coronary syndrome, patient education AND caring AND myocardial infarction, Self-care AND depression AND cardiac arrest, Self-care interventions AND depression AND myocardial infarction, acute myocardial infarction AND depression AND patient education, therapeutic relationship AND cardiac rehabilitation, intervention OR strategies AND anxiety reduction AND cardiac rehabilitation, intervention OR strategies AND depression reduction AND cardiac rehabilitation, guided relaxation AND heart, guided relaxation AND cardiac rehabilitation, patient education AND psychological well-being AND coronary disease, patient education AND psychological intervention AND coronary disease, psychosocial interventions AND coronary disease.

2.3.3. Fonte dei dati

Le fonti della ricerca sono rappresentate dalle seguenti banche dati: National Guideline Clearinghouse, RNAO, SIGN, SNLG, The Cochrane Library, PubMed, Cinahl, Scopus, ERIC, Education Source, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Trip Database.

2.3.4. Criteri di selezione

Nella prima fase della ricerca i filtri utilizzati per selezionare gli studi, ben 654, sono stati i seguenti: ultimi 5 anni, genere umano, età partecipanti allo studio 19-80 anni e presenza dell'*abstract*.

Durante la fase di lettura degli *abstract* sono stati selezionati 121 studi. Successivamente, sulla base dei seguenti criteri di inclusione, ne sono stati presi in considerazione solamente 27:

- Principale focus dell'articolo: fase post-acuta, interventi infermieristici, infarto del miocardio o arresto cardiaco;
- Disegno di ricerca: linee guida, revisioni sistemiche, revisioni, studi sperimentali (RCT, trial controllati non randomizzati, trial non controllati), studi analitici (studi di coorte, trasversali), studi descrittivi (*case-series*);
- Testo completo disponibile.

I criteri di esclusione rispettati, invece, sono stati i seguenti:

- Età partecipanti allo studio: bambini, adolescenti;
- Disegno di ricerca: protocolli di studio, editoriali, opinioni di esperti;
- Studi precedenti e già presenti nelle revisioni sistematiche e linee guida considerate.

3. RISULTATI RICERCA

3.1. Presentazione degli studi selezionati

Si riportano di seguito gli studi selezionati dalla ricerca bibliografica.

Banche dati	Parole chiave; Filtri	N° trovati	N° selezionati	Titolo, Anno, Autori e Link
National Guideline Clearinghouse	“acute myocardial infarction”; Adult (19 – 80 years and over), last 3 years, Cardiology, Critical Care, Diagnosis, Evaluation	21	1	“MI - secondary prevention. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction”; 2007 (revised 2013); National Clinical Guideline Centre
	“cardiac rehabilitation” AND “myocardial infarction” AND “anxiety”	17	1	“Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline”; 2002 (reaffirmed 2010); Scottish Intercollegiate Guidelines Network
	“depression” AND “patient education”; Clinical Specialty: Psychology; Intended Users: Advanced Practice Nurses, Nurses; Publication Year: from 2010	59		“Adult depression in primary care”; 1996 (revised 2013); Institute for Clinical Systems Improvement
	"patient education" and "cardiac rehabilitation"	16	1	“Management of stable ischemic heart disease: summary of a clinical practice guideline from the American College of Physicians/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society of Thoracic Surgeons”; 2012; American College of Physicians
	"acute coronary syndromes" and "psychological distress"	2	1	“Acute coronary syndromes. A national clinical guideline” 2007 Feb (reaffirmed 2011); Scottish Intercollegiate Guidelines Network
	“heart” AND “secondary prevention”; from 2013, review	16	1	“Yoga for secondary prevention of coronary heart disease”; 2015; Joey SW Kwong , Hoi Lam Caren Lau , Fai Yeung and Pui Hing Chau
	“Music” AND “heart disease”	1	1	“Music for stress and anxiety reduction in coronary heart

Cochrane Library				disease patients”; 2013; Joke Bradt , Cheryl Dileo and Noah Potvin
	"cardiac rehabilitation"	8	1	“Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews”; 2014; Lindsey Anderson and Rod S Taylor.
	“heart attack” AND “depression”; review	4	1	“Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease”; 2011; Harald Baumeister , Nico Hutter and Jürgen Bengel
PubMed	“Patient Education” AND “Depression” AND “Myocardial infarction”	7	1	“A randomized controlled trial of the safety and promise of cognitive-behavioral therapy using imaginal exposure in patients with posttraumatic stress disorder resulting from cardiovascular illness”; 2011; Shemesh E, Annunziato RA, Weatherley BD, Cotter G, Feaganes JR, Santra M, Yehuda R, Rubinstein D.
	“Patient Education” AND “stress” AND “Myocardial infarction”	15	1	“Stress reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease: randomized, controlled trial of transcendental meditation and health education in Blacks”; 2012; Schneider RH, Grim CE, Rainforth MV, Kotchen T, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Kotchen JM, Alexander CN.
	“Narration”[Mesh] AND “Myocardial Infarction”[Mesh]; 5 years	4	1	“I’ve lost the person I used to be--experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction”; 2013; Fredriksson-Larsson U, Alsen P, Brink E.
	“Counseling” AND “cardiac rehabilitation” AND “nurse” NOT “heart failure”; 5 years	10	1	“Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea”; 2014; Kim SS, Lee S, Kim G, Kang SM, Ahn JA.
	“Patient Education as Topic”[Mesh] AND “Myocardial Infarction/rehabilitation”[Mesh]; 5 years	21	1	“A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients”; 2013; Gallagher R, Roach K, Belshaw J, Kirkness A, Sadler L, Warrington D.
Scopus	“cardiac rehabilitation” AND “psychological intervention” AND “education”; from 2010, nursing	9	1	“The role of nursing education after a cardiac event”; 2012; Kadda, O., Marvaki, C., Panagiotakos, D.
	“narrative medicine” AND	7	1	“Tell Me Your Story: A Pilot Narrative Medicine

"patient communication"; From 2010			Curriculum During the Medicine Clerkship"; 2015; Chretien, K.C., Swenson, R., Yoon, B., (...), Croffoot, J., Kheirbek, R.
"heart manual" AND "myocardial infarction" AND "cardiac rehabilitation"; From 2010	17	1	"The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life"; 2012; Uysal, H., Özcan, Ş.
"patient education" AND "anxiety" OR "depression" AND "after myocardial infarction" AND "psychotherapeutic interventions"; From 2010	3	1	"Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies"; 2015; Sampaio, F.M.C., Sequeira, C.A.C., Lluch Canut, M.T.
"counselling" AND "myocardial infarction" AND "depression" AND "cardiac rehabilitation" AND "nurse" AND NOT "heart failure"; From 2010	43	1	"The UPBEAT nurse-delivered personalized care intervention for people with coronary heart disease who report current chest pain and depression: A randomised controlled pilot study"; 2014; Barley, E.A., Walters, P., Haddad, M., (...), Mann, A., Tylee, A.
"intervention" OR "strategies" AND "depression reduction" AND "cardiac rehabilitation"	1	1	"Comparison of cardiac rehabilitation programs combined with relaxation and meditation techniques on reduction of depression and anxiety of cardiovascular patients"; 2013; Delui, M.H., Yari, M., Khouyinezhad, G., Amini, M., Bayazi, M.H.
"patient education" AND "psychological well-being" AND "coronary disease"	34	1	"A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change?"; 2014; Ghisi, G.L.D.M., Abdallah, F., Grace, S.L., Thomas, S., Oh, P.
"therapeutic relationship" AND "heart disease"; From 2010	3	1	"Attitudes toward cardiovascular disease risk factors among patients referred to a cardiac rehabilitation center: Importance of psychological attitudes"; 2015; Saeidi, M., Soroush, A., Komasi, S., Moemeni, K., Heydarpour, B.
"acute coronary syndrome" AND "disease management" AND "secondary prevention"	6	1	"2014 AHA/acc guideline for the management of patients with Non-ST-Elevation acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines"; 2014; Amsterdam, E.A., Wenger, N.K., Brindis, R.G., (...), Smalling, R.W., Zieman, S.J.

CINHAL	“Patient education” AND “caring” AND “myocardial infarction”	9	1	“The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial”; 2015; Mohammadpour, Ali; Rahmati Sharghi, Narjes; Khosravan, Shahla; Alami, Ali; Akhond, Majid
	“Self care” AND “depression” AND “cardiac arrest”	1	1	“‘Stand still ..., and move on', an early neurologically-focused follow-up for cardiac arrest survivors and their caregivers: a process evaluation”; 2014; Moulaert, Véronique Rm; van Haastregt, Jolanda Cm; Wade, Derick T; van Heugten, Caroline M; Verbunt, Jeanine A;
ERIC	“cardiac rehabilitation”; last 5 years	7	2	<p>“Evaluation of a Standardized Patient Education Program for Inpatient Cardiac Rehabilitation: Impact on Illness Knowledge and Self-Management Behaviors up to 1 Year”; 2014; Meng, Karin; Seekatz, Bettina; Haug, Günter; Mosler, Gabriele; Schwaab, Bernhard; Worringen, Ulrike; Faller, Hermann</p> <p>“Problem-Based Learning Used in the Context of Cardiac Rehabilitation: Different Scenes and Different Roles”; 2014; Hjelmfors, Lisa; Abrandt Dahlgren, Madeleine; Kärner, Anita; Tingström, Pia</p>

3.2.Sintesi dei risultati

In questo paragrafo sono presentati i principali risultati degli studi selezionati, ordinati per grado di evidenza scientifica e data di pubblicazione.

La linea guida (GL) del 2014 sulla gestione dell’infarto senza sopraslivellamento ST (o NSTEMI) ⁴, raccomanda di educare la persona dopo l’infarto e di fornire *counselling* sulla gestione dei fattori di rischio (colesterolo, pressione arteriosa, fumo, alimentazione, peso, lipidi) e dello stile di vita (attività che sono ammesse, quelle da evitare e i tempi di ritorno alla normalità), informandolo anche sulla ripresa della guida, il ritorno al lavoro e l'attività sessuale.

⁴ “AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes”; 2014

La GL del 2013 sulla prevenzione secondaria in ambito cardiologico⁵ invece, raccomanda di contattare con un ulteriore richiamo il paziente che non inizia o continua il programma riabilitativo (con una lettera motivazionale, una visita programmata o una telefonata). Un incontro di *counselling* individuale, fornito da esperti, è raccomandato per chi ha avuto un infarto del miocardio con complicazioni. Inoltre la GL raccomanda, per assicurare un'educazione continua anche a casa, di utilizzare un programma *home-based* convalidato. Ad esempio *The Heart Manual*, il quale incorpora l'istruzione, l'esercizio e la gestione dello stress, oltre a offrire informazioni e aiuto su questioni economiche, diritti sociali, alloggi, assistenza sociale e ritorno al lavoro.

Secondo la GL americana del 2013 focalizzata sulla depressione nei centri di *Primary Care*⁶, il *counselling* e l'educazione eseguita dall'infermiere sono interventi fondamentali di fronte ai primi sintomi depressivi e contribuiscono al buon risultato del trattamento riabilitativo. Il personale infermieristico può identificare un familiare per sostenere le scelte del paziente e stabilire un suo ruolo all'interno del piano di trattamento. Il follow-up prestabilito è da 6 mesi a un anno, ma la frequenza delle visite può dipendere dalla gravità della depressione.

Secondo la GL del 2013⁷, il paziente con sindrome coronarica chiederà e necessiterà di *counselling* anche durante la fase acuta, sulla base di varie argomentazioni. La GL raccomanda inoltre di fornire informazioni includendo adeguati materiali audiovisivi.

La GL del 2012 "*Management of stable ischemic heart disease*" raccomanda di impostare un piano educativo individuale che includa anche: strategie di auto-monitoraggio, le varie opzioni terapeutiche e come riconoscere i S/S di allarme. (13)

Secondo la GL "*Cardiac Rehabilitation - A national clinical guideline*" del 2010 i programmi riabilitativi devono includere interventi sia psicologici sia educativi ed essere mirati alle esigenze dei singoli pazienti. Si riporta un numero significativamente inferiore di riammissioni nei pazienti a cui è stato fornito un manuale di autocura (ad esempio *The*

⁵ "MI - secondary prevention. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction"; 2013

⁶ "Adult Depression in Primary Care"; 2013;

⁷ "Acute coronary syndromes - A national clinical guideline"; 2013; SIGN

Heart Manual), favorendo un miglioramento dello stato emotivo (riduzione depressione e ansia) e un aumento del senso di controllo sulla malattia a sei mesi. (14)

Secondo la Revisione Sistemica (SR) Cochrane del 2014 sulla riabilitazione cardiologica (CR), la quale ha incluso 148 RCT, il colloquio motivazionale è un intervento efficace per aumentare l'aderenza ai programmi di CR, grazie alla creazione di una interazione infermiere-persona non giudicante e non conflittuale. Inoltre riporta che gli interventi psicologico-educazionali migliorano la qualità della vita (QoL), anche se da soli hanno poco o nessun impatto sulla mortalità. La SR dimostra anche che il *coaching* infermieristico è un intervento utile ad aumentare l'aderenza ai trattamenti riabilitativi, in quanto rafforza il processo di *problem solving*, di *decision-making* e la fiducia; anche un programma di *coaching* telefonico è efficace. (15)

La Cochrane SR del 2013 ha analizzato 26 RCT con l'obiettivo di determinare l'effetto della musicoterapia sulle risposte psicologiche e fisiologiche nelle persone con malattia coronarica (CHD). La musica ha un effetto benefico sull'ansia nelle persone con CHD e con MI, specialmente se la musica è scelta dai pazienti stessi. Non è invece dimostrato l'effetto della musica sulla depressione. Inoltre, l'ascolto di musica può avere un effetto benefico sulla pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, qualità del sonno e dolore nelle persone con CHD. Tuttavia, molti degli studi sono ad alto rischio di *bias*, per questo i risultati devono essere interpretati con cautela. (16)

Secondo la Cochrane SR del 2011 sugli interventi psicologici e farmacologici alle persone con malattie coronariche (3253 studi considerati), il *counselling* ha un effetto benefico sulla gravità della depressione, sui tassi di remissione e sulla QoL. Tuttavia non ha nessun effetto sulla riduzione dei tassi di mortalità e sui nuovi eventi cardiaci. (17)

La Cochrane SR del 2015 indaga l'efficacia dello yoga come strumento di prevenzione secondaria nelle persone con CHD. Essa afferma che la sua efficacia nell'aumentare la QoL e nel diminuire la mortalità rimane tuttora incerta, in quanto non è ancora possibile selezionare alcuno studio RCT di alta qualità. (18)

La revisione del 2015 sugli interventi psicoterapeutici svolti dall'infermiere, eseguita in Portogallo prendendo in considerazione 151 studi clinici, riporta che la relazione terapeutica è il principale meccanismo di cambiamento e che la mancanza di un buon

rapporto terapeutico rende inefficace qualsiasi intervento. Ha valutato anche i costi del *counselling*, risultando simili ai costi delle cure tradizionali. (19)

Secondo un'altra SR del 2014, che analizza 42 studi con l'obiettivo di conoscere l'effetto dell'educazione al paziente, gli interventi educativi migliorano significativamente i risultati correlati all'attività fisica, alle abitudini alimentari, allo smettere di fumare, implementano la conoscenza della malattia e il cambio dello stile di vita. L'educazione viene attribuita agli infermieri, in autonomia oppure all'interno di un team multidisciplinare. (20)

La revisione del 2012 prende in considerazione 15 studi con l'obiettivo di indagare il ruolo dell'educazione infermieristica dopo un evento cardiaco o una procedura interventistica. Essa sostiene che un programma educativo guidato dall'infermiere riduce il tasso di complicanze e di ansia a seguito di eventi cardiaci e di riammissioni in ospedale. Inoltre, l'intervento educativo sul cambiamento dello stile di vita modifica efficacemente i fattori di rischio cardiaci e può migliorare la prognosi. (21)

Uno studio RCT del 2015 eseguito in Iran ha reclutato 66 pazienti appena dimessi dal reparto acuto dopo un MI con l'obiettivo di valutare l'efficacia degli interventi educativi basati sulla teoria dell'auto-cura della Orem. Nella ricerca si dimostra quanto questi interventi migliorino la capacità di auto-cura dei pazienti non ospedalizzati, la conoscenza, la motivazione e la competenza, influenzando positivamente la salute pubblica. (22)

Uno studio RCT inglese del 2014 effettuato su un campione di 126 persone con depressione post-CHD, e volto ad analizzare la fattibilità di un programma educativo diretto dall'infermiere, ha dimostrato che questo può aumentare l'auto-efficacia del paziente e controllare la depressione. (23)

Un altro studio RCT del 2014 ha studiato un programma educativo di autocura individualizzato per 97 sopravvissuti all'arresto cardiaco e 91 *care-givers*. Basato su incontri faccia a faccia e diretti da infermieri addestrati, il programma educativo ha dimostrato la sua efficacia nell'aumento dell'adattamento dopo l'evento e nella riduzione dell'impatto negativo anche sulla famiglia. (24)

Uno studio RCT americano del 2012 svolto su un campione di 201 persone con CHD, con l'obiettivo di valutare l'efficacia della meditazione trascendentale sugli esiti di salute,

mostra che questa riduce significativamente il rischio di mortalità e di recidive di infarto miocardico o ictus nei pazienti con CHD. Questi cambiamenti sono stati associati alla diminuzione della pressione sanguigna e ai fattori di stress psicosociale. (25)

Uno studio RCT americano del 2011 su 60 pazienti, volto a valutare la sicurezza della tecnica di immaginazione guidata per il trattamento del PTSD nei pazienti traumatizzati dopo l'evento cardiaco, ha riportato che questa tecnica è sicura e promettente, in quanto diminuisce la pressione arteriosa sistolica (anche se non più di 10 mmHg). (26)

Uno studio RCT svedese del 2014, svolto in un campione di 36 pazienti al fine di valutare l'efficacia del modello di *problem-based learning* (PBL) applicato alla CR, non ha riportato i risultati sperati. Tuttavia esso non considera questo come un fallimento dell'intervento pedagogico, poiché nel suo complesso sembrava essere un modo di aiutare i pazienti a migliorare le loro convinzioni e l'*empowerment*. (27)

Uno studio RCT del 2013 svolto in Iran con l'obiettivo di dimostrare l'efficacia di interventi riabilitativi di meditazione trascendentale e di rilassamento guidato, ha arruolato 45 pazienti cardiologici che presentavano anche la depressione, confermando che entrambe le tecniche portano al miglioramento di: pressione sistolica/diastolica, frequenza cardiaca, ansia e depressione, con risultati migliori della meditazione rispetto alle tecniche di rilassamento. (28)

Uno studio sperimentale (trial controllato non randomizzato) coreano del 2014, svolto con 61 pazienti con CHD e volto a dimostrare l'efficacia dei programmi di CR completi, mostra come l'educazione, il *counselling*, le chiamate telefoniche di follow-up e il supporto per sei mesi dagli infermieri di cardiologia migliorino in modo significativo l'indice di massa corporea (BMI), la circonferenza vita, la funzione diastolica del ventricolo sinistro e la QoL. Ha riportato anche che un opuscolo educativo, fornito dagli infermieri per il ritorno a casa, si è rivelato una risorsa efficace sia per i pazienti sia per gli infermieri, migliorando i risultati di salute (qualità della vita, stato psicologico, riduzione dei fattori di rischio cardiaci). (29)

Un programma di training e *counselling* individuale è stato sviluppato da uno studio sperimentale (trial controllato non randomizzato) turco del 2012, arruolando 90 pazienti post-MI ai quali è stato somministrato un programma educativo personalizzato. Lo studio

ha mostrato un significativo miglioramento della QoL e dei fattori di rischio dopo la dimissione. (30)

Uno studio sperimentale (trial non controllato) australiano del 2013, nel quale sono stati arruolati 137 pazienti del reparto di CR, aggiunge un'altra strategia per migliorare la conoscenza dei potenziali sintomi di MI e favorire risposte adeguate nei partecipanti alla CR: fornire la *Heart Foundation of Australia's Heart Attack Warning Signs campaign educational tool*, (vedi Allegato 3). (31)

Uno studio di coorte del 2014, eseguito in Germania su un campione di 434 pazienti ricoverati in CR per CHD, mostra come gli interventi educativi migliorino la conoscenza della malattia e l'attività fisica anche dopo 1 anno dall'evento. (32)

Secondo uno studio analitico trasversale del 2015 svolto in Iran, svolto su un campione di 775 pazienti ricoverati CR, stabilire un efficace rapporto terapeutico può influenzare l'educazione e la prevenzione delle malattie coronariche. Oltre a favorire l'adattamento psicologico e l'aderenza al trattamento riabilitativo e cambiare lo stile di vita stressante di pazienti. (33)

Uno studio descrittivo *case-series* del 2015, atto a verificare la competenza narrativa in 31 studenti universitari di medicina negli Stati Uniti, ha rilevato un miglioramento dell'assistenza al paziente nell'utilizzo di esercizi di scrittura-narrazione. (34)

Uno studio descrittivo *case-series* del 2013 eseguito su 18 pazienti, con l'obiettivo di indagare le esperienze in seguito all'infarto e le strategie per superare la *fatigue*, riporta che gli infermieri sono in grado di supportare i pazienti se danno loro la possibilità di chiarire i propri dubbi, invitandoli a discutere con esercizi di scrittura-narrazione dei sentimenti e dei pensieri involontari, causati dal senso di inadeguatezza nelle attività quotidiane. (35)

4. DISCUSSIONE

4.1. Valutazione critica della letteratura analizzata

Dalla revisione della letteratura è emersa, in particolare nei più autorevoli studi (GL, SR Cochrane, SR, revisioni, RCT), la necessità di somministrare ai pazienti con un passato di infarto miocardico o arresto cardiaco degli interventi di educazione terapeutica. Questi interventi sono di seguito approfonditi in ordine di valenza scientifica.

I progetti educativi si sono rivelati efficaci nell'aumentarne le capacità di autocura, la QoL e il benessere psicologico. Inoltre hanno concorso nel diminuirne i fattori di rischio e il tasso di recidiva, anche se con un lieve impatto sulla mortalità. Questo risultato, ampiamente condiviso nella letteratura, è riportato in cinque GL(36), (37), (38), (13), (14), una SR Cochrane (15), una SR (20), una revisione (21), tre RCT (22), (23), (24), due studi sperimentali (29), (30) e uno studio di coorte (32).

Il counselling ha aiutato la persona a modificare il suo stile di vita, riducendo pertanto i fattori di rischio fisici e psicologici. Gli esiti dell'intervento si sono dimostrati efficaci in quattro GL (36),(37), (38), (39), una SR Cochrane (17), una revisione (19) e due studi sperimentali (29), (30).

Il The Heart Manual, come sostengono le GL (37), (14), ha assicurato al paziente un'educazione continua e una gestione dello stress anche da casa. Inoltre, ha migliorato l'autocura e la *compliance* alla riabilitazione.

L'aderenza del paziente al trattamento riabilitativo può essere implementata dall'infermiere, assieme alla comprensione dell'importanza dell'autocura, attraverso due interventi: il colloquio motivazionale (raccomandato da una GL (37), una SR Cochrane (15) e da uno studio sperimentale (29)) e il coaching (dimostrato efficace da una SR Cochrane (15) e uno RCT (24)).

La mancanza della relazione terapeutica rende inutile qualsiasi intervento educativo. Essa è in grado di favorire l'adattamento psicologico in seguito al trauma e dovrebbe essere alla base dell'assistenza infermieristica. La sua validità è dimostrata da una revisione (19) e uno studio analitico trasversale (33).

Tre studi sperimentali (29), (31), (30) hanno consigliato di fornire al paziente alcune brochure educative, considerate ottimi strumenti educativi per implementarne l'autocura anche a domicilio.

Le tecniche seguenti possono essere esercitate direttamente dagli infermieri nella loro assistenza o praticate dai pazienti nel loro domicilio:

- la musicoterapia: la sua efficienza nella riduzione dell'ansia nei pazienti post-MI è riportata dalla SR Cochrane (16), tuttavia non è dimostrato un effetto benefico sulla depressione;
- la meditazione trascendentale: secondo due studi RCT (25), (28), essa è associata alla diminuzione di fattori di stress psicosociale, migliorando così lo stato dell'ansia e della depressione;
- l'immaginazione guidata: la sua influenza positiva nella riduzione del PTSD dopo un evento cardiovascolare è dimostrata da uno studio RCT (26);
- il rilassamento guidato: esso è ritenuto, da uno studio RCT (28), uno strumento utile per ridurre l'ansia e la depressione.

Due studi descrittivi ((34), (35)), contrassegnati da minori evidenze scientifiche, hanno riportato l'efficacia della medicina narrativa, in quanto aiuta i pazienti a superare il ricordo traumatico e diminuire il livello di ansia e PTSD.

Infine, dalla ricerca è emersa la necessità di una maggior chiarezza sull'efficacia di alcune tecniche, quali il Problem-based Learning e lo Yoga. Infatti, uno studio RCT (27) non ha confermato l'efficacia del *problem-based learning* (PBL), riconoscendolo però utile per migliorare l'autocura. Per quanto riguarda lo yoga invece, la SR Cochrane (18) ha sottolineato l'incertezza della sua influenza nell'aumentare la QoL.

4.2.Punti di forza e di debolezza della ricerca

Il principale merito scientifico di questa revisione coincide con l'analisi degli studi recenti sul suddetto tema. Infatti, gli studi analizzati sono stati tutti pubblicati a partire dal 2010.

Nella ricerca sono stati riportati 20 studi di maggior autorevolezza, in quanto contrassegnati da un migliore livello di evidenza scientifica. In particolare sei GL, quattro Cochrane SR, una SR, due revisioni e sette RCT.

Gli studi meno autorevoli sono stati selezionati e riportati ugualmente, in quanto essi hanno approfondito argomenti affrontati negli studi più rilevanti. In particolare due trial controllati non randomizzati, un trial non controllato, uno studio di coorte, uno studio analitico trasversale e due studi descrittivi *case-series*.

5. CONCLUSIONI

L'infarto del miocardio e l'arresto cardiaco modificano, nella persona che ne è colpita, l'aspettativa della qualità di vita, in quanto modifica abitudini e comportamenti di ogni giorno di chi ne è colpito, e dei suoi familiari.

La riabilitazione della persona con gli esiti di tali patologie cardiache, deve dunque mirare al suo recupero globale, affinché egli divenga protagonista della propria cura e possa ritornare ad essere attivo nella società.

L'importanza del recupero del benessere psicologico non deve essere tralasciata, anzi esso deve essere considerato parte integrante del progetto riabilitativo, realizzato con una presa in carico da parte di un'equipe multidisciplinare.

Il ruolo dell'assistenza infermieristica, accertati i problemi di salute della persona e della famiglia, e condivisi con l'equipe gli obiettivi degli interventi, è di attuare gli interventi scelti, per la presa in carico globale. Gli interventi identificati possono non essere esclusivo retaggio dalla professione infermieristica, ma bagaglio comune alle professioni che si occupano di educare e rendere autonoma la persona, nella gestione della malattia cronica.

“*The Heart Manual*” è un esempio autorevole di piano di educazione terapeutica con una considerazione globale e validato dalle più aggiornate evidenze scientifiche: esso presta un'attenzione particolare anche all'aspetto psicologico e relazionale.

La medicina narrativa, il *counselling*, il *coaching*, il colloquio motivazionale e la meditazione trascendentale, sono tecniche che gli infermieri possono utilizzare ed insegnare, quale strumento di autocura, sebbene attualmente non siano tutti considerati negli studi di maggior rilevanza scientifica.

5.1. Implicazioni per la pratica

Nel reparto di Riabilitazione Cardiologica degli Ospedali Riuniti Padova Sud, ho visto realizzare numerosi interventi di educazione terapeutica per il benessere psicologico, come ad esempio la relazione terapeutica ed i gruppi psico-educazionali. Tuttavia essi dovrebbero essere implementati con maggior continuità, e divenire patrimonio di tutte le realtà ospedaliere e sanitarie italiane.

Emerge dunque la necessità di migliorare la competenza infermieristica anche nell'ambito dell'educazione terapeutica per il miglioramento del benessere psicologico, nelle persone con esiti di patologie cardiologiche acute. Inoltre, l'infermieristica moderna dovrebbe essere aperta all'arricchimento di nuove tecniche e sempre nuovi strumenti di autocura, efficaci e scientificamente validati, anche se non patrimonio esclusivo della professione.

In futuro, sarebbe auspicabile garantire un adeguato spazio e tempo all'interno dei programmi di riabilitazione cardiologica, in cui l'infermiere possa educare adeguatamente la persona all'autocura, oltre ad implementare il coordinamento con altre professioni. A tal fine, il Ministero della Sanità ha elaborato nel 2014 un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente con coronaropatia cronico ostruttiva, quale prezioso indirizzo ed orientamento per la continuità della cura ed un approccio assistenziale multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, Vanuzzo D, Ferrario M, Panico S. Il progetto cuore. 2014; Available at: <http://www.cuore.iss.it/default.asp>.
- (2) Palmieri L, Donfrancesco C, Lo Noce C, Dima F, Vannucchi S, Vanuzzo D, et al. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2013 Febbraio 2013;26(2).
- (3) Hayashi M, Shimizu W, Albert CM. The spectrum of epidemiology underlying sudden cardiac death. *Circ Res* 2015;116(12):1887-1906.
- (4) American Academy of Family Physicians. AAFP guideline for the detection and management of post-myocardial infarction depression. 2009 (reaffirmed 2014).
- (5) Piegza M, Jaszke M, Scislo P, Pudlo R, Badura-Brzoza K, Piegza J, et al. Symptoms of depression and anxiety after cardiac arrest. *Psychiatr Pol* 2015;49(3):465-476.
- (6) Edmondson D, Cohen BE. Posttraumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2013;55(6):548-556.
- (7) Benyamini Y, Roziner I, Goldbourt U, Drory Y, Gerber Y, Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Ann Behav Med* 2013 Dec;46(3):310-321.
- (8) Smith K, Andrew E, Lijovic M, Nehme Z, Bernard S. Quality of life and functional outcomes 12 months after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2015 Jan 13;131(2):174-181.
- (9) Larsen KK, Christensen B, Nielsen TJ, Vestergaard M. Post-myocardial infarction anxiety or depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death: a population-based longitudinal study. *Psychosom Med* 2014 Nov-Dec;76(9):739-746.
- (10) Perugini E, Maggioni AP, Boccanelli A, Di Pasquale G. Epidemiology of acute coronary syndromes in Italy. *G Ital Cardiol* 2010;11(10):718-729.
- (11) Vagnarelli F, Taglieri N, Ortolani P, Norscini G, Cinti L, Bacchi Reggiani ML, et al. Long-term outcomes and causes of death after acute coronary syndrome in patients in the Bologna, Italy, area. *Am J Cardiol* 2015;115(2):171-177.
- (12) Educazione Terapeutica in cardiologia - Psicoclinica Available at: <http://www.psicoclinica.it/educazione-terapeutica-in-cardiologia.html>. Accessed 8/29/2015, 2015.
- (13) American College of Physicians. Management of stable ischemic heart disease: summary of a clinical practice guideline from the American College of Physicians/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society of Thoracic Surgeons. 2012.

- (14) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline. 2002 (reaffirmed 2010).
- (15) Anderson L, Taylor Rod S. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. 2014(12).
- (16) Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 12(12):N.PAG-N.PAG 1p.
- (17) Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. 2011(9).
- (18) Kwong Joey SW, Lau Hoi Lam C, Yeung F, Chau Pui H. Yoga for secondary prevention of coronary heart disease. 2015(7).
- (19) Sampaio FMC, Sequeira CAC, Lluch Canut MT. Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *J Clin Nurs* 2015;24(15-16):2096-2105.
- (20) Ghisi GLDM, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns* 2014;95(2):160-174.
- (21) Kadda O, Marvaki C, Panagiotakos D. The role of nursing education after a cardiac event. *Health Sci J* 2012;6(4):634-646.
- (22) Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2015 06;24(11):1686-1692.
- (23) Barley EA, Walters P, Haddad M, Phillips R, Achilla E, McCrone P, et al. The UPBEAT nurse-delivered personalized care intervention for people with coronary heart disease who report current chest pain and depression: A randomised controlled pilot study. *PLoS ONE* 2014;9(6).
- (24) Moolaert VR, van Haastregt JC, Wade DT, van Heugten C,M., Verbunt JA. 'Stand still ..., and move on' , an early neurologically-focused follow-up for cardiac arrest survivors and their caregivers: a process evaluation. *BMC Health Serv Res* 2014 01;14(1):34-34 1p.
- (25) Schneider RH, Grim CE, Rainforth MV, Kotchen T, Nidich SI, Gaylord-King C, et al. Stress reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease: randomized, controlled trial of transcendental meditation and health education in Blacks. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012 Nov;5(6):750-758.
- (26) Shemesh E, Annunziato RA, Weatherley BD, Cotter G, Feaganes JR, Santra M, et al. A randomized controlled trial of the safety and promise of cognitive-behavioral therapy using imaginal exposure in patients with posttraumatic stress disorder resulting from cardiovascular illness. *J Clin Psychiatry* 2011 Feb;72(2):168-174.

- (27) Hjelmfors L, Abrandt Dahlgren M, Kärner A, Tingström P. Problem-Based Learning Used in the Context of Cardiac Rehabilitation: Different Scenes and Different Roles. *Studies in Continuing Education* 2014 01/01;36(2):218-232.
- (28) Delui MH, Yari M, Khouyinezhad G, Amini M, Bayazi MH. Comparison of cardiac rehabilitation programs combined with relaxation and meditation techniques on reduction of depression and anxiety of cardiovascular patients. *Open Cardiovasc Med J* 2013;7(1):99-103.
- (29) Kim SS, Lee S, Kim G, Kang SM, Ahn JA. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nurs Health Sci* 2014 Dec;16(4):476-482.
- (30) Uysal H, Özcan S. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *Int J Nurs Pract* 2012;18(5):445-453.
- (31) Gallagher R, Roach K, Belshaw J, Kirkness A, Sadler L, Warrington D. A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients. *Aust Crit Care* 2013 May;26(2):49-54.
- (32) Meng K, Seekatz B, Haug G, Mosler G, Schwaab B, Worringer U, et al. Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: impact on illness knowledge and self-management behaviors up to 1 year. *Health Educ Res* 2014 04;29(2):235-246.
- (33) Saeidi M, Soroush A, Komasi S, Moemeni K, Heydarpour B. Attitudes toward cardiovascular disease risk factors among patients referred to a cardiac rehabilitation center: Importance of psychological attitudes. *Shiraz E Med J* 2015;16(7):1-3.
- (34) Chretien KC, Swenson R, Yoon B, Julian R, Keenan J, Croffoot J, et al. Tell Me Your Story: A Pilot Narrative Medicine Curriculum During the Medicine Clerkship. *J Gen Intern Med* 2015;30(7):1025-1028.
- (35) Fredriksson-Larsson U, Alsen P, Brink E. I've lost the person I used to be-- experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013 Jun 14;8:20836.
- (36) Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/acc guideline for the management of patients with Non-ST-Elevation acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(24):e139-e228.
- (37) National Clinical Guidelines Centre. MI - secondary prevention. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. 2007 (revised 2013).
- (38) Institute fo Clinical Systems Improvement. Adult depression in primary care. 1996 (revised 2013).

(39) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Acute coronary syndromes. A national clinical guideline. 2007 (reaffirmed 2011).

(40) Tatarelli R. Manuale di psichiatria e salute mentale - Per le Lauree Sanitarie. 2009th ed.: Piccin; 2009.

(41) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cardiac arrhythmias in coronary heart disease. A national clinical guideline. 2007 (reaffirmed 2011).

(42) The Heart Manual Available at: <http://www.theheartmanual.com/Pages/default.aspx>. Accessed 9/30/2015, 2015.

(43) Mahr G. Narrative medicine and decision-making capacity. J Eval Clin Pract 2015;21(3):503-507.

ALLEGATI

1. GLOSSARIO

ANSIA

Sentimento di aspettativa dolorosa di una condizione pericolosa e minacciosa, soggettivamente ipotizzata o avvertita come tale nella realtà. E' da considerare patologica quando è eccessiva rispetto alle aspettative. (40)

ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (SCA, *Sudden Cardiac Arrest*)

L'arresto cardiocircolatorio, noto anche come morte cardiaca improvvisa, è una grave situazione d'emergenza, caratterizzata dall'improvvisa e repentina cessazione dell'attività di pompa del cuore, dalla perdita di conoscenza e dall'assenza di respiro.

Può originare da alterazioni del ritmo cardiaco o aritmia (Tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare, asistolia), o da ostacoli di natura meccanica; è necessario intervenire immediatamente in quanto la morte e i danni permanenti ad alcuni organi del corpo (per esempio il cervello) possono sopraggiungere già dopo pochi minuti. (41)

COACHING

Gli infermieri-coach informano i pazienti sulle risorse esistenti (ad esempio centri ricreativi, centri riabilitativi) utilizzano tecniche *evidence-based* per aiutarli a cambiare comportamento, impostare e raggiungere gli obiettivi.

Il *coaching* telefonico consiste in chiamate telefoniche programmate e dirette dall'infermiere, eseguite nel periodo tra la dimissione e l'appuntamento di follow-up, atte a spiegare i benefici del trattamento, chiarire i dubbi, motivare ad iscriversi e superare le barriere personali che limitano l'accesso. (23)

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

E' un metodo centrato sul paziente per suscitare la motivazione al cambiamento e ridurre al minimo la resistenza, pianificando un'intervista o una telefonata con discussione aperta sui comportamenti a rischio/problemi, usando domande di tipo aperto, ascolto riflessivo e lettere motivazionali.

COUNSELLING

Il *counselling* è definito come il conferimento di consulenza e assistenza alle persone con problemi educativi o personali.

DEPRESSIONE

Diminuzione del tono affettivo di base che può provocare una ipofunzione delle altre attività psichiche. E' uno stato psicopatologico di lutto, accompagnato da una diminuzione dell'autostima e dell'attività di pensiero, motoria e talvolta organica. (40)

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (PTSD, *Post-traumatic Stress Disorder*)

Il disturbo post traumatico da stress è un disturbo d'ansia che inizia dopo l'esposizione ad un evento traumatico e caratterizzato da pensieri intrusivi circa l'evento, da tentativi di eliminare i ricordi e da uno stato di iperarousal fisiologico (ipervigilanza).

BROCHURE EDUCATIVE

Sono opuscoli informativi, forniti al paziente o alla famiglia, riguardanti particolari argomenti.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

L'educazione del paziente, o *Patient education*, è definita come l'insegnamento o la formazione dei pazienti concernenti i propri bisogni di salute, in modo che cambino il loro comportamento e migliorino lo stato di salute.

L'educazione può essere strutturata con lezioni in aule o a casa, di gruppo o individuali, su misura o generico, sessioni di follow-up con durata diversa tra i vari programmi.

FATIGUE

Una condizione cronica, presente per mesi e talvolta per anni, che lascia la vittima completamente vuota di energie fisiche e mentali.

HEART MANUAL

The Heart Manual è uno strumento cartaceo di riabilitazione cognitivo-comportamentale di alcune settimane indicato nel periodo immediatamente dopo un MI; il programma è il

principale programma di autocura del *National Health Service* (NHS) del Regno Unito ed è consegnato al paziente quando torna a casa dopo un MI o un arresto.

Il manuale è progettato per correggere idee sbagliate circa la causa del MI e aiutare i pazienti a sviluppare strategie per affrontare lo stress; è un sostegno educativo e psicologico per i pazienti.

Enfatizza all'autogestione, ma deve essere consigliato da un medico e spiegato da infermieri appositamente addestrati.

I suoi obiettivi chiave sono:

- Migliorare l'accesso ai servizi di riabilitazione cardiaca per i più giovani con diagnosi di MI o sottoposti a rivascolarizzazione;
- Fornire maggiore sostegno per chi ritorna al lavoro;
- Impegnarsi con il maggior numero di persone che utilizzano la tecnologia digitale nella vita giorno per giorno;
- Migliorare l'adattabilità dei manuali ad altre lingue e condizioni.

Nel giugno 2015 è stato presentato a Dubrovnik in Croazia il manuale aggiornato in versione digitale, che ha vinto il premio internazionale per il Manuale di cuore al Congresso *EuroHeartCare*.

Il manuale consente ai pazienti di fissare i propri obiettivi e lavorare al proprio ritmo, inoltre fornisce strumenti interattivi, ad esempio, CD di relax, e registrazione giornaliera di attività, esercizio, camminate e rilassamento, per sostenere le competenze di auto-gestione.
(42)

INFARTO DEL MIOCARDIO (MI, *Myocardial Infarction*)

L'infarto acuto del miocardio è una delle presentazioni più drammatiche della sindrome coronarica acuta; consiste nella necrosi di tessuto miocardico causata da un inadeguato flusso ematico a livello delle arterie coronariche, solitamente in seguito ad aterosclerosi delle stesse o a una diminuzione del flusso ematico coronarico per shock o emorragia. Le caratteristiche tipiche di un attacco di cuore sono: grave dolore al petto, cambiamenti

sull'elettrocardiogramma (ECG), aumento delle concentrazioni di proteine rilasciate dal tessuto cardiaco morto nel sangue.

L'infarto è suddiviso in 2 tipologie in funzione dei cambiamenti che producono sull'ECG:

- STEMI (sopraslivellamento del segmento ST nell'ECG), generalmente causata da completo e persistente blocco dell'arteria;
- NSTEMI (senza sopraslivellamento ST), scatenata dal blocco dell'arteria parziale o intermittente. (37)

MEDICINA NARRATIVA

La medicina narrativa è una filosofia e un insieme di abilità per energizzare l'assistenza sanitaria, è stata proposta come modello terapeutico in cui possono beneficiare sia i pazienti sia gli operatori sanitari; l'infermiere, o il medico, ascolta la storia del paziente, dimostra empatia e porta sollievo al paziente, in modo che non sia da solo a sopportare il peso della malattia.

Essa si basa sulla competenza narrativa, o meglio "la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie e drammi degli altri", va ad implementare l'empatia, la riflessione, la professionalità e la fiducia.

Durante uno stato di *iper-arousal*, cioè un'elevata attivazione del sistema nervoso simpatico, la capacità di parlare dei ricordi traumatici è inattivata, di conseguenza, i ricordi sono convertiti in sensazioni vivide e immagini che predominano nei pensieri del soggetto.

La terapia narrativa riattiva la facoltà linguistica in relazione a ricordi traumatici: la ricostruzione cambia le parole, i ricordi in forme che possono essere integrate nel racconto della vita del paziente e con questa trasformazione si dà sollievo a molti dei sintomi di PTSD. (43)

MEDITAZIONE TRASCENDENTALE

La meditazione è una tecnica in cui l'individuo elimina gli stimoli ambientali dalla consapevolezza in modo che la mente possa concentrarsi su una sola cosa, producendo uno stato di rilassamento e sollievo dallo stress.

Gli esercizi consistono nel controllo e regolazione del respiro, forte riduzione di attenzione e indifferenza agli stimoli esterni, immaginando mentalmente un piacevole evento o un simbolo particolare.

Lo scopo della meditazione è quello di aumentare la capacità di rilassarsi, affrontare situazioni di stress e nel frattempo ottenere una chiara consapevolezza o comprensione circa la natura delle esperienze, lontano dalle attuali distorsioni emotive e cognitive.

La Meditazione Trascendentale è descritta come una procedura semplice, naturale e senza sforzo, che si pratica 20 minuti due volte al giorno comodamente seduti con gli occhi chiusi.

Durante la pratica, i processi di pensiero ordinario si stabilizzano, e un distintivo stato ipometabolico di veglia è caratterizzato da coerenza neurale e riposo fisiologico. (25)

MUSICOTERAPIA

L'uso della musica come terapia aggiuntiva nel trattamento di disturbi fisici, psicologici, cognitivi e / o sociali per i pazienti di tutte le età e disabilità.

E' una disciplina il cui professionisti usufruiscono della musica all'interno di una relazione terapeutica, in cui gli interventi sono diretti a ridurre il dolore, l'ansia, e depressione.

PROBLEM-BASED LEARNING (PBL)

PBL è un metodo pedagogico che coinvolge sia le conoscenze concrete sia astratte delle situazioni di vita reale, in cui il partecipante è visto come uno studente attivo.

Non esiste un programma definitivo, ma i metodi sono caratterizzati dall'aver una domanda o un problema di qualche tipo come punto di partenza per innescare un processo di auto-apprendimento.

Un tutor (ad esempio l'infermiere) facilita il lavoro del gruppo, non prendendo parte alla discussione di gruppo, ma agendo come una guida che dirige la discussione di nuovo al soggetto in questione, se necessario. Il tutor non deve comportarsi come un insegnante tradizionale e non deve fornire al gruppo i fatti e le informazioni. I membri del gruppo

devono identificare le conoscenze che hanno e riunirsi per capire il contesto del problema ed avere un più profondo apprendimento. (27)

RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione terapeutica infermiere-paziente è definita come una relazione di aiuto che si basa sulla fiducia reciproca e il rispetto, la fede e la speranza, l'essere sensibile a sé e agli altri, assistere con gratificazione ai bisogni fisici, emotivi e spirituali del paziente attraverso le nostre conoscenze e abilità.

RILASSAMENTO GUIDATO

Il rilassamento è un'attività che riduce i sentimenti di tensione e gli effetti dello stress, fisiologico, psicologico o entrambi; con questa tecnica si tenta di contrastare gli effetti dell'ansia inducendo gli effetti fisiologici, quali la diminuzione della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, la stabilizzazione neuromuscolare e migliorando insonnia, mal di testa e la successiva depressione.

SINDROME CORONARICA ACUTA (ACS, *Acute Coronary Syndrome*)

La Sindrome coronarica acuta è una definizione che riunisce le diverse manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica o, per meglio specificare, della patologia delle arterie coronarie. Il sintomo che unisce tale manifestazioni è il dolore toracico (angina), spesso irradiato al braccio sinistro, alla mandibola e associato a sintomi neurovegetativi quali nausea e vomito.

La sindrome coronarica acuta è caratterizzata da episodi di ischemia miocardica che in genere dura più di un episodio di angina transitorio che alla fine può portare a infarto del miocardio.

2. ABBREVIAZIONI

ACS	Acute Coronary Syndrome	Sindrome coronarica acuta
BMI	Body Mass Index	Indice di massa corporea
CHD	Coronary Heart Disease	Malattia cardiaca coronarica
CR	Cardiac Rehabilitation	Riabilitazione cardiologica
ERIC	Education Resources Information Center	
GL	Guideline	Linea Guida
MI	Myocardial Infarction	Infarto del miocardio
PBL	Problem-Based Learning	Apprendimento basato sui problemi
PDTA		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder	Disturbo da stress post-traumatico
QoL	Quality Of Life	Qualità di vita
RCT	Randomized Controlled Trial	Studio clinico controllato e randomizzato
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario	
SCA	Sudden Cardiac Arrest	Arresto cardiaco improvviso
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	
SNLG	Sistema nazionale linee guida	
SR	Systematic Review	Revisione sistematica
TPE	Therapeutic Patient Education	Educazione terapeutica del paziente
UTIC	Unità Terapia Intensiva Coronarica	

3. EDUCATIONAL TOOL

Heart Foundation of Australia's Heart Attack Warning Signs campaign educational tool: La campagna identifica potenziali sintomi di MI e fornisce un piano di risposta in tre fasi (fermarsi, parlare, chiamata 000), in un diagramma di flusso semplice riprodotto su un magnete frigo.

