



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**LA PROGETTAZIONE DI UN PIANO EDUCATIVO
INTRAOSPEDALIERO PER I PAZIENTI CON
SINDROME CORONARICA ACUTA: L'ESPERIENZA
DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI
CARDIOLOGIA DI TREVISO**

Relatore: Dott.ssa Marta Drusian

Laureanda: Anna Apuzzo

Correlatore: Dott.ssa Veronica Brunelli

Matricola: 1048589

Anno accademico: 2014/2015

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE

pag. 1

1. PROBLEMA

pag. 3

1.1. La sindrome coronarica acuta

pag. 3

1.1.1. Epidemiologia

pag. 3

1.1.2. Fisiopatologia

pag. 4

1.1.3. Segni, sintomi e diagnosi

pag. 6

1.1.4. Trattamento

pag. 8

1.2. Cardini della prevenzione secondaria cardiovascolare

pag. 9

1.2.1. Aderenza terapeutica

pag. 10

1.2.2. Stili di vita

pag. 11

1.3. Ruolo dell'infermiere nella prevenzione secondaria cardiovascolare

pag. 13

1.3.1. Il *Clinical Nurse Educator*

pag. 15

1.4. Percorso *counseling* nell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso

pag. 15

2. SCOPO DELLO STUDIO

pag. 17

3. MATERIALI E METODI

pag. 18

3.1. Descrizione campione

pag. 18

3.1.1. Questionario per gli infermieri

pag. 18

3.2. Piano educativo intraospedaliero

pag. 19

3.2.1. Razionale

pag. 19

3.2.2. *Teach-back*

pag. 21

4. RISULTATI

pag. 23

5. DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

pag. 27

BIBLIOGRAFIA

pag. I

ALLEGATI

Allegato A: Questionario rivolto agli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia

Allegato B: Piano educativo

RIASSUNTO

Nell'Unità operativa complessa di Cardiologia dell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso, si è evidenziato un gap nel percorso educativo dei pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA), in quanto manca un intervento educativo sistematico e standardizzato a livello intraospedaliero, che guidi gli infermieri ad erogare le informazioni necessarie ai pazienti prima della dimissione.

Una proposta di soluzione, in fase sperimentale, presentata dall'equipe infermieristica di Cardiologia e Unità Coronarica di Treviso, è quella di implementare, nella pratica clinica, un piano educativo mirato e strutturato per cercare di snellire, facilitare e rendere la dimissione un momento più rapido e vantaggioso per il paziente e l'operatore.

L'intervento educativo sarà messo in atto da infermieri adeguatamente preparati, che avranno partecipato ad un percorso di formazione, condotto dal *clinical nurse educator*, per renderli autonomi e sicuri ad integrare il nuovo metodo educativo nella pratica. Particolare importanza viene data alla modalità di comunicazione degli operatori, nel trasmettere le informazioni ai pazienti, che sarà incentrata sulla tecnica comunicativa del *teach-back*, per valutare ciò che il paziente ha appreso dopo l'insegnamento.

Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di descrivere i risultati ottenuti, attraverso un'indagine qualitativa, condotta sugli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, dopo il percorso formativo sul campo, che ha permesso loro di acquisire e rafforzare le competenze in ambito di prevenzione secondaria cardiovascolare e tecniche comunicative. Attraverso l'analisi di un questionario, somministrato agli infermieri che hanno partecipato agli incontri formativi, è stato possibile ricavare i dati sull'applicabilità/fattibilità e sulla percezione/soddisfazione degli operatori al nuovo approccio educativo.

I risultati ottenuti, hanno evidenziato che gli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, ritengono molto utile impiegare, nella pratica clinica, strumenti a supporto dell'educazione, come il piano educativo, opuscoli informativi, coinvolgimento del *caregiver* e tecniche comunicative (*teach-back*), per preparare il paziente alla dimissione. Tuttavia, si osserva, ancora, che non tutti gli operatori si sentono completamente sicuri ad applicare i nuovi strumenti educativi in autonomia e alcuni sottolineano, inoltre, il bisogno di più tempo e spazi dedicati all'educazione del paziente con SCA, in fase intraospedaliera.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in tutti i paesi del mondo occidentale e sono la causa più frequente di disabilità e dispendio di risorse economico-sanitarie. In Italia, la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, l'infarto miocardico acuto (IMA) l'8%, nella popolazione compresa tra i 35 e i 74 anni ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne. La popolazione colpita è destinata a crescere con l'aumento dell'età media e i profili di rischio dei pazienti sempre più complessi. Negli ultimi anni, il trattamento della fase acuta di queste patologie, ha registrato progressi molto significativi che hanno determinato, da un lato un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti e dall'altro un aumento della cronicizzazione della malattia. Analoghi progressi si sono osservati, anche, nella ricerca clinica rivolta ai cardiopatici post-acuti e nell'ambito della prevenzione secondaria a lungo termine; tuttavia, la traduzione pratica di questi interventi risulta ancora oggi inadeguata e diversa da una struttura all'altra ¹. Nella pratica quotidiana, la frenesia della gestione dell'acuzie fa sì che il momento della dimissione sia spesso gestito frettolosamente dal medico di reparto e mal vissuto dal paziente che non riesce a raccogliere, in quel poco tempo concessogli, tutte le informazioni necessarie in merito alla terapia e al suo significato, allo stile di vita e alla necessità di futuri controlli, accentuato dall'ansia e dalla preoccupazione che egli manifesta. Pertanto, si intravede una forte necessità di implementare un programma strutturato di prevenzione secondaria, da avviare in ospedale, sin dalla fase acuta, per i pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA), per agevolare il ritorno ad una vita indipendente a domicilio e l'aderenza ad un programma individualizzato di prevenzione secondaria di lunga durata ².

Nell'Unità operativa complessa (U.O.C.) di Cardiologia dell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso è stato ideato il progetto educativo "Mi sto a cuore", costituito da un percorso strutturato di *counseling* multi professionale di prevenzione secondaria nel post-ricovero, indirizzato ai pazienti con diagnosi di IMA. Studi sull'efficacia di questo progetto hanno evidenziato notevoli miglioramenti per quanto riguarda l'aderenza alla terapia farmacologica, cessazione dell'abitudine al fumo, aumento dell'attività fisica e incremento nel consumo di frutta, verdura e pesce nella dieta. Attualmente, però, si è evidenziato un gap in questo

percorso, in quanto manca un intervento educativo strutturato e standardizzato a livello intraospedaliero che coinvolga tutti i pazienti con SCA.

Una proposta di soluzione, in fase sperimentale, è quella di introdurre nella pratica clinica un piano educativo sistematico, che guidi gli infermieri a trasmettere le informazioni necessarie di prevenzione secondaria per il paziente e/o *caregiver* prima della dimissione. L'importanza di cominciare l'intervento educativo già durante il ricovero è risultato, da numerosi studi, molto utile per il miglioramento dell'*outcome*, in quanto il paziente è più ricettivo alle informazioni nell'immediato susseguirsi dell'evento acuto ³. Linee guida, come quelle redatte dalla Società Europea di Cardiologia (ESC), hanno evidenziato che gli interventi educativi possono determinare un miglioramento nella prognosi ed hanno una maggiore probabilità di essere attuati se vengono intrapresi durante la degenza ospedaliera e proseguiti nei follow-up a lunga scadenza ⁴. Inoltre, il nuovo piano educativo intraospedaliero, prevede che le tematiche di prevenzione secondaria, sulle quali educare i pazienti, siano suddivise per argomenti e rappresentino una guida pianificata anche per gli infermieri nell'erogazione degli interventi educativi e preparare il paziente alla dimissione. Questa tesi di laurea si fonda sull'ipotesi che l'intervento educativo strutturato, proposto in fase intraospedaliera, aumenti le conoscenze del paziente con SCA per: aderenza terapeutica, stili di vita sani da adottare, fattori di rischio e comprensione del motivo di ricovero. L'intervento educativo sarà avviato dopo un programma di formazione per gli infermieri di Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C) per permettere loro di acquisire e rafforzare competenze in ambito di prevenzione cardiovascolare e soprattutto sulle tecniche comunicative da utilizzare per educare i pazienti.

La metodologia utilizzata, per lo sviluppo del lavoro di tesi, prevede la somministrazione di un questionario agli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione, per valutare la loro percezione e soddisfazione in merito al nuovo approccio educativo.

Lo scopo di questo studio è di descrivere i risultati ottenuti dall'indagine qualitativa, condotta sugli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, in termini di applicabilità e soddisfazione verso il nuovo progetto e di sostenere l'utilità dell'intervento educativo strutturato sui pazienti con SCA, condotto da infermieri specificatamente formati.

1. PROBLEMA

1.1. La sindrome coronarica acuta

La definizione di SCA è ampia e articolata e comprende pazienti con sintomi riconducibili ad un'ischemia miocardica che hanno un IMA o sono ad elevato rischio di sviluppare una necrosi cardiaca nell'immediato futuro. Le SCA si distinguono in due grandi categorie, a seconda della manifestazione elettrocardiografica: l'infarto miocardico con sopraslivellamento persistente del tratto ST (STEMI), causato da un'occlusione in genere acuta e totale del vaso coronarico responsabile, e le SCA senza sopraslivellamento persistente del tratto ST (NSTEMI), determinate da un'occlusione coronarica parziale o intermittente. Le SCA NSTEMI a loro volta si suddividono in due categorie: l'angina instabile, in cui si manifestano sintomi e alterazioni elettrocardiografiche ma non associate al rialzo dei marcatori di necrosi miocardica, e l'infarto NSTEMI in cui i marcatori sono aumentati. La gestione appropriata dei pazienti con SCA, che garantisca un *outcome* favorevole, si basa essenzialmente su tre punti: la stratificazione del rischio, la disponibilità di terapie in grado di ridurre la mortalità e la morbilità e i sistemi organizzativi che ne garantiscano in modo tempestivo ed efficace l'applicazione ⁵.

1.1.1. Epidemiologia

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbilità nei paesi occidentali e si prevede che lo diventino anche nei paesi in via di sviluppo entro il 2020 ⁶. In Italia la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, l'IMA l'8%, nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni ⁷. Le SCA NSTEMI sono in progressivo aumento con una frequenza quasi doppia rispetto agli infarti STEMI; la prognosi a breve termine è migliore nelle prime, tuttavia, colpendo pazienti con un profilo di rischio maggiore, determinano una mortalità e morbilità a lungo termine più elevata ⁵. Esaminando complessivamente gli studi BLITZ, promossi dall'associazione Nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO), ovvero studi osservazionali relativi a pazienti con SCA ricoverati nelle U.T.I.C. italiane, emerge che una percentuale di pazienti, compresa tra il 30% e il 40%, è di sesso femminile, l'età media è tra i 65 e i 70 anni, con più di un terzo della popolazione con età >75 anni; un quarto dei pazienti è affetto da diabete mellito, poco meno della metà ha una storia di coronaropatia progressiva ^{5,7}.

Nel 2012 sono stati ricoverati negli ospedali italiani 103662 pazienti con IMA e 41780 pazienti con diagnosi di angina instabile³. In particolare, nell'anno 2014, in Veneto, sono stati registrate 9944 angioplastiche coronariche, di cui 717 eseguite solamente nell'ospedale "Cà Foncello" di Treviso⁸.

Le strategie terapeutiche a disposizione, farmacologiche e interventistiche, sono ampiamente aumentate negli ultimi 10 anni e questo ha portato ad una riduzione della mortalità intraospedaliera significativa, pari a circa il 10% nei soggetti sottoposti ad angioplastica coronarica primaria, che spesso sono quelli con infarto più esteso.

In particolare dal 2001 al 2011 la mortalità intraospedaliera dell'IMA si è progressivamente ridotta dall'11.3% al 9.0% nell'intero gruppo degli infartuati. Questo dipende soprattutto dall'età dei pazienti, triplicando o addirittura quintuplicando nella fascia di età più anziana (over 75)³. L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) mostra una mortalità intraospedaliera superiore per lo STEMI (15%) rispetto al NSTEMI (3-4%); tuttavia, la prognosi di queste ultime peggiora progressivamente e rapidamente con il trascorrere del tempo, raggiungendo valori simili e talvolta superiori di mortalità rispetto allo STEMI. Nello studio IN-ACS Outcome dell'ANMCO, condotto tra dicembre 2005 e febbraio 2008 in 44 Centri Cardiologici italiani, la mortalità a 30 giorni dalla dimissione è stata del 4.2% (5.9% per lo STEMI e 3.0% per le SCA NSTEMI) e del 9.4% a 1 anno (10.8% per lo STEMI e 8.4% per le SCA NSTEMI). Un reinfarto ha colpito il 2.6% dei pazienti a 30 giorni e il 5.3% a 1 anno, in quest'ultimo caso con una percentuale identica per l'infarto STEMI e NSTEMI. L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco ad un anno dalla dimissione è avvenuta nel 3.4% della popolazione. Nel 17.6% dei pazienti è stata necessaria una procedura di rivascularizzazione, con una netta prevalenza dei pazienti con angina instabile⁵.

1.1.2. Fisiopatologia

Il meccanismo fisiopatologico di base presente nella maggior parte delle SCA è la rottura o l'erosione della placca aterosclerotica, su cui si sovrappongono fenomeni trombotici e di embolizzazione distale che determinano l'occlusione parziale o completa del vaso coronarico con conseguente ipoperfusione e danno miocardico⁵.

La formazione della placca è dovuta all'aterosclerosi, ovvero una malattia fibroproliferativa, immunoinfiammatoria, cronica, multifocale delle arterie di grande e

medio calibro, causata principalmente dalla formazione di depositi lipidici nel lume arterioso. Il rischio di rottura di una placca dipende dalla sua composizione e vulnerabilità (tipo di placca), nonché dal grado di stenosi (dimensioni della placca). Si distinguono: placche instabili, caratterizzate da un nucleo lipidico molto sviluppato, cellule muscolari lisce e molte cellule infiammatorie, rivestite da un sottile cappuccio fibroso; placche stabili, caratterizzate da un cappuccio fibroso molto spesso che racchiude il *core* lipidico, il quale lentamente, nel tempo, aumenta di dimensione fino ad occludere il lume vasale. Evidenze cliniche e sperimentali sempre più numerose, identificano nella placca instabile il meccanismo più diffuso alla base delle SCA. Inoltre, il processo infiammatorio svolge un ruolo centrale nella genesi della rottura della placca. I macrofagi e i linfociti T si accumulano all'interno della placca aterosclerotica, in conseguenza dell'espressione di molecole di adesione sui monociti, sulle cellule endoteliali e sui leucociti; inoltre, il rilascio di citochine proinfiammatorie e di altri mediatori, a loro volta, innescano meccanismi che portano a ridurre ulteriormente la resistenza del cappuccio fibroso ed a attivare la cascata della coagulazione, causa dell'occlusione finale ⁹.

Le SCA costituiscono una pericolosa manifestazione dell'aterosclerosi sollecitata dalla trombosi acuta per rottura o erosione di placca; solo raramente le SCA sono di origine non aterosclerotica, come nel caso di arterite, eventi traumatici, dissecazione, tromboembolia, anomalie congenite, abuso di cocaina e complicanze del cateterismo cardiaco. Numerose evidenze, hanno largamente dimostrato il ruolo cruciale della trombosi nello sviluppo delle SCA, associato all'identificazione dei marker della formazione di trombina e dell'attivazione piastrinica; nel caso dello STEMI il trombo è costituito da fibrina ed è totalmente occludente, mentre nelle SCA NSTEMI è costituito da piastrine ed è parzialmente occludente. Esistono, poi, diversi meccanismi extracardiaci che possono causare un critico incremento del consumo miocardico di ossigeno, favorendo in questo modo episodi di SCA associati o meno a stenosi coronarica preesistente, come la febbre, la tachicardia, la tireotossicosi, uno stato iperadrenergico, uno stress emotivo improvviso e un aumentato postcarico ventricolare sinistro (ipertensione, stenosi aortica). I turbamenti emotivi, l'esercizio fisico strenuo, l'insonnia e la sovralimentazione si sono dimostrati fattori precipitanti l'insorgenza della SCA ⁶.

1.1.3. Segni, sintomi e diagnosi

Il sintomo principale che innesca il processo diagnostico-terapeutico delle SCA è il dolore toracico ⁷. Nel caso di pazienti con dolore toracico acuto alla presentazione, una diagnosi rapida e una stratificazione precoce del rischio sono fondamentali per identificare quei soggetti nei quali un intervento tempestivo può migliorarne l'evoluzione clinica. In primo luogo, deve essere posta una diagnosi operativa di STEMI, generalmente basata sul riscontro di una storia di dolore/disturbo toracico diffuso, non localizzato che dura da almeno 10-20 min, non del tutto responsivo alla nitroglicerina, che non si modifica con variazioni di posizione o con il movimento. Aspetti importanti sono una storia pregressa di coronaropatia e l'irradiazione del dolore al collo, alla mandibola o al braccio sinistro. Il dolore può non essere intenso e, soprattutto nell'anziano, sono comuni presentazioni differenti come affaticabilità, dispnea, perdita di coscienza o sincope. Inoltre, molti pazienti mostrano un'attivazione del sistema nervoso autonomo, manifestando pallore, sudorazione, ipotensione o una riduzione della pressione differenziale ⁹. Invece, la presentazione clinica tipica delle SCA NSTEMI è caratterizzata da dolore retrosternale transitorio, della durata di alcuni minuti, o persistente, percepito come sensazione di compressione o pesantezza (angina) con irradiazione al braccio sinistro, al collo o alla mandibola. Questi disturbi possono essere accompagnati da altri sintomi neurovegetativi come sudorazione intensa, nausea, dolore addominale, dispnea e sincope. Mentre le presentazioni atipiche di SCA NSTEMI sono contraddistinte da dolore epigastrico, recente indigestione, pungente dolore toracico, dolore simil-pleurico e dispnea ingravescente.

I disturbi atipici sono di frequente riscontro nei giovani (25-40 anni) e nei pazienti anziani (>75 anni), nelle donne e nei pazienti affetti da diabete, insufficienza renale cronica o demenza ⁶. È importante sottolineare che una distinzione attendibile tra SCA con o senza sopraslivellamento del tratto ST non può essere basata solo sulla sintomatologia, ma soprattutto sull'analisi dell'elettrocardiogramma (ECG), che deve essere eseguito entro 10 minuti dal primo contatto medico ^{7, 10}. Il riscontro di persistente sopraslivellamento del tratto ST (>20 min) è indicativo di STEMI e richiede un trattamento diverso. In assenza di sopraslivellamento del tratto ST, devono essere eseguiti ulteriori traccati con sintomatologia in atto, da confrontare con quelli registrati in fase asintomatica. L'ECG deve essere ripetuto almeno dopo 6 e 24 h e in caso di dolore o sintomi recidivanti. Numerosi studi hanno evidenziato che il 15-30% dei pazienti con SCA NSTEMI hanno

fasi transitorie di modificazioni dell'ECG per cui è raccomandato un monitoraggio elettrocardiografico a 12 derivazioni ^{7, 11}. Le alterazioni del tratto ST e dell'onda T costituiscono reperti elettrocardiografici suggestivi di coronaropatia instabile. Il numero di derivazioni che mostrano sottoslivellamento del tratto ST e l'entità di tale sottoslivellamento sono indicativi dell'estensione e della gravità dell'ischemia e sono correlati con la prognosi ^{6, 11}. Il riscontro di necrosi miocardica viene avvalorato, ancora, dalla presenza nel sangue di svariate proteine rilasciate dai miociti danneggiati, fra le quali la mioglobina, la troponina cardiaca T e I, la creatin chinasi (CK) e la latticodeidrogenasi. Il marker preferenziale di danno miocardico è la troponina cardiaca, in quanto è più specifica e sensibile rispetto agli altri enzimi cardiaci ¹⁰. Si ritiene che un'elevazione dei livelli di troponina rispecchi una necrosi delle cellule miocardiche irreversibile. La sensibilità della troponina nell'individuazione del danno miocardico è tale da consentire di fare diagnosi di SCA anche quando l'ECG risulta inalterato, ciò consente di individuare il 25% in più degli infarti rispetto ai metodi tradizionali. I campioni di sangue, sui quali eseguire le determinazioni della troponina, devono essere prelevati al momento della prima valutazione (generalmente alcune ore dopo l'esordio dei sintomi) e dopo 6-9 h. In alcuni pazienti può essere necessario eseguire un ulteriore prelievo tra le 12 e le 24 h ⁷. In pazienti con IMA, un primo aumento della troponina nel sangue periferico si osserva dopo 3-4 h e può persistere per un periodo fino a due settimane, a causa della proteolisi dell'apparato contrattile. Mentre in pazienti con SCA NSTEMI, una lieve elevazione della troponina può essere documentata solo dopo 48-72 h. Altri strumenti utili ai fini diagnostici sono le tecniche di imaging, che sono in grado di fornire preziose informazioni riguardo alla presenza e alla gravità della cardiopatia. Ad esempio l'ecocardiografia, la quale permette di valutare in modo non invasivo ed accurato la funzione sistolica ventricolare sinistra, che costituisce un'importante variabile prognostica nei pazienti con cardiopatia ischemica, ed è utile anche per identificare le diagnosi differenziali. Il *gold standard*, permane, tutt'oggi, l'angiografia coronarica convenzionale. Una valutazione angiografica delle caratteristiche e della localizzazione della lesione responsabile e di eventuali altre lesioni, è essenziale nei casi in cui venga presa in considerazione una rivascolarizzazione. Allo stesso modo, se disponibili, possono essere eseguite la scintigrafia e la risonanza magnetica nucleare (RMN) ⁶.

1.1.4. Trattamento

La terapia riperfusiva è la componente principale dell'approccio terapeutico delle SCA, in particolar modo nello STEMI, in quanto permette la completa ricanalizzazione del vaso ostruito e blocca quindi la progressione del danno miocardico. Per essere efficace deve essere eseguita il più rapida e precoce possibile (entro 12h dall'insorgenza dei sintomi con sopraslivellamento del tratto ST o blocco di branca sinistra di nuova insorgenza)¹² e basarsi sull'angioplastica coronarica percutanea (PTCA) o la trombolisi, quando la prima non può essere eseguita nei tempi raccomandati. Si distinguono una PTCA primaria, ovvero un'angioplastica e/o un impianto di stent senza precedente o concomitante terapia fibrinolitica, che costituisce l'opzione terapeutica di scelta quando possa essere eseguita prontamente da una squadra di personale esperto⁹, una PTCA facilitata, combinata con terapia di riperfusione farmacologica, e una PTCA di salvataggio, dopo fallimento della riperfusione farmacologica. Il timing dell'angiografia e della rivascolarizzazione deve essere stabilito in base al profilo di rischio del paziente⁵. Nel *setting* delle SCA STEMI, il tempo entro cui avviene la riperfusione miocardica è una questione chiave, dal momento che il maggior beneficio si verifica entro le prime 2-3 ore dalla comparsa dei sintomi. L'intervallo di tempo tra primo contatto medico e gonfiaggio del pallone deve essere sempre <2h e non deve superare i 90 min, nei pazienti giunti precocemente all'osservazione, che presentano un infarto esteso e un basso rischio emorragico⁹. Nei pazienti in cui il tempo dall'insorgenza dei sintomi è maggiore, l'angioplastica primaria è indicata in presenza di complicanze gravi, come ischemia persistente, aritmie maligne. Le indicazioni per la rivascolarizzazione miocardica nei pazienti con NSTEMI sono più complesse e si basano essenzialmente su un'attenta stratificazione prognostica del paziente. Per i pazienti ad alto rischio (angina refrattaria, scompenso cardiaco, shock cardiogeno, aritmie ventricolari maligne, instabilità emodinamica), è raccomandata l'esecuzione di una coronarografia urgente (<2h); per i pazienti con almeno un fattore di rischio primario (importante aumento o caduta dei valori di troponina, cambiamenti dinamici del tratto ST o dell'Onda T), è raccomandata una strategia invasiva precoce (<24h); in pazienti con almeno un criterio di alto rischio o sintomi ricorrenti, è raccomandata una strategia invasiva (<72h dopo la presentazione dei sintomi); infine per i pazienti a basso rischio, senza sintomi ricorrenti, è raccomandata una valutazione non invasiva prima di stabilire una eventuale strategia invasiva¹².

Di pari passo alla terapia chirurgica, tutti i pazienti con SCA sono trattati con una complessa terapia farmacologica che dovranno, poi, proseguire anche a lungo termine. Le tre principali classi di farmaci utilizzati sono: la doppia antiaggregazione piastrinica con aspirina (75-100mg) e un inibitore del recettore piastrinico P2Y (ticagrelor o prasugrel, preferiti al clopidogrel); terapia antipertensiva con farmaci betabloccanti e bloccanti del sistema renina-angiotensina, per ottenere un target pressorio <140/90 mmHg; terapia ipolipemizzante con statine per raggiungere i valori ottimali di colesterolo LDL(<70mg/dl) e HDL(>100mg/dl) ³.

1.2. Cardini della prevenzione secondaria cardiovascolare

La gestione del paziente che ha superato la fase intraospedaliera di una SCA è un problema complesso, che richiede strutture organizzative flessibili e competenze specifiche allo scopo di determinare un ottimale controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, favorire l'aderenza ai trattamenti farmacologici e a stili di vita sani a medio-lungo termine, e di programmare un follow-up clinico-strumentale personalizzato ⁹. La corretta applicazione delle strategie di prevenzione secondaria, in pazienti affetti da cardiopatia ischemica, è in grado di: ritardare la progressione della malattia aterosclerotica, ridurre la mortalità e l'incidenza di nuovi eventi clinici (reinfarto, scompenso cardiaco), controllare i sintomi per migliorare la qualità di vita, ottenere una riduzione delle ospedalizzazioni e quindi dei costi assistenziali.

Interventi mirati, basati sull'evidenza scientifica, possono determinare un miglioramento della prognosi ed hanno una maggiore probabilità di essere attuati dai pazienti se vengono iniziati durante la degenza ospedaliera, dove il paziente è più ricettivo e attento alle informazioni che gli vengono trasmesse ³. È largamente dimostrato, dal programma di prevenzione secondaria cardiologica EUROACTION, che interventi ambulatoriali, multidisciplinari, coordinati da infermieri con formazione adeguata e basati sul coinvolgimento delle famiglie, sono in grado di modificare positivamente le abitudini di vita ed incrementare l'aderenza alla terapia ¹³. Le azioni di prevenzione secondaria cardiovascolare, dopo un'attenta stima del rischio del paziente, si basano su un programma individualizzato di interventi educativi che si fondano su due macroaree: l'aderenza terapeutica e gli stili di vita ¹⁴.

1.2.1. Aderenza terapeutica

Per aderenza terapeutica si intende il coinvolgimento attivo, volontario del paziente ad un comportamento accettabile per produrre un risultato terapeutico. Il paziente è effettivamente aderente alle prescrizioni terapeutiche quando assume i farmaci correttamente, tanto in termini di quantità (posologia corretta) che di durata (persistenza nella terapia)¹⁵. Numerose osservazioni cliniche dimostrano un diffuso sottoutilizzo dei trattamenti farmacologici, raccomandati nelle linee guida internazionali delle malattie cardiovascolari. Circa il 50% dei pazienti va incontro a periodi più o meno lunghi di interruzione del trattamento farmacologico. Secondo uno studio su 1521 pazienti con IMA ad un mese dopo l'evento acuto, il 34% ha segnalato l'interruzione di almeno uno delle tre principali classi di farmaci (aspirina, β -bloccanti o statine) e il 12% li ha interrotti tutti entro un mese di dimissione ospedaliera¹⁶. In uno studio retrospettivo, condotto in Italia su 13303 pazienti in trattamento antipertensivo, dopo un anno dalla dimissione il 42.6% aveva cessato il trattamento¹⁷. La scarsa aderenza terapeutica comporta il mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici ed è associata ad un aumentato rischio di ricoveri per complicanze cardiovascolari e aumento della mortalità. Infatti, in uno studio osservazionale longitudinale sulla popolazione di più di 30000 sopravvissuti ad infarto, la scarsa aderenza alle statine nel primo anno dopo IMA, era associato ad un rischio superiore del 25% di mortalità¹⁵. I comportamenti anomali tenuti dai pazienti rispetto alla terapia farmacologica vanno dall'assunzione erronea o consapevole di farmaci sotto dosati, riduzione del numero delle somministrazioni, fino alla completa interruzione dei singoli farmaci. La mancata aderenza viene generalmente classificata in due grandi categorie: intenzionale e non intenzionale. La forma intenzionale è caratterizzata da una scelta consapevole del paziente, il quale decide di non assumere la terapia, o per la convinzione soggettiva che i farmaci non siano efficaci, oppure da informazioni ambientali errate e da una mediocre qualità della comunicazione con il personale sanitario. La mancata aderenza non intenzionale rappresenta, invece, una condizione in cui il paziente ha un'esplicita volontà di seguire la terapia, ma ha difficoltà nel farlo per motivi esterni, solitamente legati al contesto socio-economico. Diversi tipi di intervento possono essere impiegati per migliorare l'aderenza dei pazienti alle terapie farmacologiche, ma quello che risulta più efficace è la semplificazione della prescrizione, che ha determinato, in diversi studi, un miglioramento dell'aderenza di entità compresa tra il 10% e il 30%. Inoltre, la qualità della

comunicazione, tra operatori sanitari (medici ed infermieri) e i pazienti, rappresenta l'elemento di maggiore rilievo nel condizionare l'effettiva aderenza terapeutica.

Pertanto è raccomandato: iniziare la comunicazione sulla natura della malattia e la necessità del trattamento farmacologico immediatamente dopo il ricovero in ospedale, fornire direttamente al paziente le istruzioni dettagliate sulla terapia prescritta (indicazioni ed effetti collaterali), favorire un contatto ottimale tra paziente ed operatori sanitari, con colloqui post-dimissione a breve termine³.

1.2.2. Stili di vita

Uno "stile di vita" si basa generalmente su modelli di comportamento consolidati nel tempo, che vengono interiorizzati, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza, attraverso l'interazione di fattori genetici, ambientali e dal contesto sociale in età adulta. Di conseguenza, si possono osservare delle notevoli differenze nei comportamenti salutari sia tra un individuo e l'altro che tra gruppi sociali. Infatti, questi fattori incidono negativamente sulla capacità del soggetto di adottare uno stile di vita sano, al pari di eventuali consigli confusi e complicati forniti dagli operatori sanitari. Una maggiore consapevolezza di tali fattori facilita l'empatia e il *counseling* (consigli semplici ed espliciti), favorendo così le modifiche comportamentali¹⁸.

In primo luogo la cessazione del fumo rappresenta la pietra miliare per il miglioramento della salute cardiovascolare¹⁹. È ampiamente riconosciuto che il fumo rappresenta la causa di molte patologie ed è responsabile del 50% di tutti i decessi evitabili nei fumatori, di cui la metà sono di natura cardiovascolare. Tuttavia, mentre il rischio relativo di infarto miocardico nei fumatori con più di 60 anni risulta raddoppiato rispetto ai non fumatori, nei fumatori al di sotto dei 50 anni è 5 volte superiore¹⁸. Una revisione sistematica ha dimostrato che dopo una SCA la sola ripresa del fumo, in pazienti in terapia farmacologica ottimale e adeguato stile di vita, determina il raddoppio del rischio di avere nel primo anno un nuovo evento maggiore, quale morte per causa cardiaca, recidiva coronarica, ictus, ed aumenti fino a 3 volte il rischio di reinfarto. Invece, l'abolizione del fumo in pazienti con pregressa SCA, determina una riduzione del 36% del rischio relativo di recidiva ischemica a medio termine¹⁴. Sulla base di questi dati, le raccomandazioni delle principali linee guida ritengono di avviare i pazienti fumatori ad un percorso di prevenzione secondaria intensiva, strutturato con uno specifico programma antifumo. L'ambiente ospedaliero deve

essere interessato per primo, sia durante il periodo di ricovero che alla dimissione, da interventi specifici sul tabagismo che coinvolgono tutti i pazienti fumatori e loro familiari. In primo luogo, è raccomandato che il problema venga affrontato già durante il ricovero per ottenere migliori risultati e quindi alleggerire la fase critica della dimissione, in cui il paziente è certamente meno ricettivo alle informazioni che gli vengono trasmesse ⁴.

In sintesi, per un efficace intervento sul fumo, risulta fondamentale: informare tutti i pazienti sul rischio fumo durante il ricovero per SCA e alla dimissione, aumentare le competenze infermieristiche con una formazione specifica, rilevare ad un controllo precoce il grado di dipendenza (es. test di Fagenstrom) e l'eventuale persistenza o recidiva del fumo, raccomandare ai pazienti di rivolgersi al medico curante o al cardiologo in caso di recidiva, per attivare percorsi differenziati negli ambulatori di prevenzione secondaria intensiva o in specifici centri dedicati (centri antifumo) ^{3,18}.

Per quanto riguarda, poi, l'attività fisica, il documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE: L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche, cita di "Considerare l'attività fisica alla stregua di un farmaco" ³. È questo l'obiettivo a cui bisogna mirare, per ottenere i benefici che un regolare esercizio fisico, modulato sulle caratteristiche del singolo individuo, può determinare sui pazienti con SCA. Le linee guida, di tutte le società scientifiche europee ed americane, hanno inserito l'attività fisica tra i caposaldi della prevenzione secondaria, raccomandando ai cardiologi di incoraggiare i pazienti a svolgere tra 30 e 60 min di attività fisica aerobica, preferibilmente tutti i giorni. Un'attività aerobica regolare determina un miglioramento delle prestazioni fisiche, risparmio del consumo miocardico di ossigeno, miglioramento della perfusione miocardica, con effetti positivi anche sulla riduzione dei valori pressori, controllo del peso corporeo e diminuzione della glicemia, nei soggetti con diabete mellito non insulino-dipendente. Una metanalisi, che ha incluso prevalentemente uomini di età media, la maggior parte dei quali con pregresso infarto miocardico, ha evidenziato una riduzione di circa il 30% della mortalità cardiovascolare totale nei pazienti sottoposti ad un programma di allenamento aerobico della durata di almeno 3 mesi ¹⁸.

Alla luce di quanto detto, per una maggiore diffusione dell'uso e dell'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, le raccomandazioni fondamentali prevedono: prescrivere attività fisica moderata a tutti i soggetti a basso rischio, esplicitandola con chiarezza nella lettera di dimissione, eseguire una prova da

sforzo prima della prescrizione di attività fisica nei soggetti ad alto rischio, differenziare la prescrizione dell'attività in base alla condizione del paziente, precedente l'evento acuto, e in base all'età, incoraggiando i pazienti sedentari ad intraprendere un'attività fisica lieve.

Rientra, inoltre, nella tematica dell'attività fisica, l'educazione del paziente alla ripresa graduale dell'attività sessuale, tenendo conto del profilo di rischio del singolo, dell'età e della sua condizione personale, per quanto possibile. Il paziente va informato, non soltanto per quanto riguarda il puro atto sessuale, ma anche sulla possibilità di tecniche alternative per il proprio benessere. Infine, è di notevole importanza fornire, al paziente e famiglia, delle indicazioni pratiche per un ritorno alla vita quotidiana e all'attività lavorativa in sicurezza³.

L'altro caposaldo, per quanto concerne gli stili di vita, è costituito dall'alimentazione.

L'attenzione agli aspetti nutrizionali, associati alla modificazione dello stile di vita, sono essenziali per ridurre i fattori di rischio, quali obesità, diabete, ipertensione, dislipidemia, spesso coesistenti. In pazienti con patologia cardiovascolare è stato da tempo dimostrato l'effetto protettivo della dieta Mediterranea. Ovviamente il personale, non specializzato, non è tenuto a prescrivere diete, ma bensì fornire indicazioni semplici, fruibili dal paziente e basate su contenuti scientificamente corretti e raccomandati. Caratteristiche di una sana alimentazione sono: assumere fibre quotidianamente (preferendo prodotti integrali), consumare 2-3 porzioni di frutta al giorno, 2-3 porzioni di verdura, pesce almeno due volte la settimana, assumere acidi grassi saturi meno del 10% dell'apporto energetico totale, limitare le bevande alcoliche a massimo due bicchieri al giorno per gli uomini e uno per le donne e fornire informazioni, di carattere generale, sull'acquisto di prodotti alimentari sani. Inoltre, va sottolineata, al paziente, l'importanza di valutare il peso corporeo, poiché l'obesità comporta un'aumento delle morti nei soggetti con SCA. È raccomandato, infatti, di mantenere o raggiungere un IMC $<25 \text{ kg/m}^2$ ^{3, 18}.

1.3. Ruolo dell'infermiere nella prevenzione secondaria cardiovascolare

L'infermiere è uno dei principali protagonisti in campo sanitario a cui è deputata l'educazione del paziente. Il suo ruolo viene esplicitato da numerosi riferimenti normativi. Il profilo professionale dell'infermiere, ad esempio, all'articolo 1 comma 2, cita: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie,

l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”²⁰; inoltre, il codice deontologico, all'articolo 2 e articolo 19, cita: “L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa”, “L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”²¹.

L'infermiere, che lavora nel settore cardiologico, riveste un ruolo cardine nell'ambito della prevenzione secondaria, in quanto è la figura professionale che garantisce continuità assistenziale al paziente, che possiede competenze tecnico-educative idonee, e soprattutto è il professionista più vicino psicologicamente al paziente, con il quale instaura un rapporto di fiducia e collaborazione. Tutte queste caratteristiche sono essenziali per un buon intervento di *counseling* intraospedaliero. Esso viene definito come un intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente, per il raggiungimento di miglioramenti del suo stato di salute. Il paziente e la sua famiglia sono al centro del programma di salute e l'infermiere si adopera per costruire con essi una relazione d'aiuto, che prenda in considerazione non soltanto l'aspetto puramente educativo, ma anche la dimensione psicologica della persona, per renderla più autonoma nella gestione della sua patologia²². Nell'ambito di un buon intervento educativo è essenziale che l'infermiere acquisisca e metta in pratica delle competenze comunicative, affinché le sue istruzioni vengano recepite e acquisite dal paziente. La comunicazione è l'essenza della cura, è infatti il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure agli assistiti, attraverso attività di informazione ed educazione. Nello specifico, l'informazione rappresenta un aspetto della comunicazione formato da attori, messaggi, strumenti e dal processo circolare della relazione; è parte integrante del dialogo tra il personale sanitario e l'utente ed è un processo passivo, incentrato sull'operatore sanitario, che fornisce informazione. L'educazione, invece, deriva dal latino “ex ducere”, “trarre fuori”, ed è un processo interattivo, focalizzato su colui che apprende, ovvero l'utente, con lo scopo di far emergere risorse e potenzialità della persona. L'educazione terapeutica è un processo che si propone di aiutare la persona malata, con la sua famiglia e nell'ambiente che la circonda, ad acquisire e mantenere la capacità di gestire, in maniera più autonoma possibile, la propria vita, convivendo con la malattia²³.

Pertanto è necessario che l'infermiere abbia ben chiara la distinzione tra informazione ed educazione, per raggiungere il suo obiettivo in termini di educazione alla salute.

Non è sufficiente, infatti, che il paziente venga solamente informato, in quanto l'informazione è un metodo comunicativo unidirezionale, in cui non c'è riscontro di cambiamenti concreti da parte dell'interlocutore. Invece, interventi basati sull'educazione, che presuppongono un ruolo attivo della persona, sono più efficaci e producono modifiche ai comportamenti dell'assistito. Se da una parte gli infermieri necessitano di riconoscere la differenza tra informazione ed educazione, dall'altra hanno bisogno di avere in mano le conoscenze e le competenze adeguate per poter esperire al meglio la loro azione educativa. A tal proposito il *clinical nurse educator*, ovvero un infermiere specializzato nella formazione di altri infermieri, può essere d'aiuto nel migliorare e rendere competenti gli operatori sulle pratiche comunicative ed educative da attuare nella assistenza ²⁴.

1.3.1. Il *Clinical Nurse Educator*

Una figura chiave nel percorso di formazione degli operatori coinvolti nell'educazione terapeutica, è il *clinical nurse educator*, ovvero un infermiere che si occupa di provvedere allo sviluppo delle competenze dello staff, come educatore, consulente, facilitatore, attuatore di cambiamenti, leader e ricercatore. In particolare, esprime la sua competenza di leadership attraverso: il dare l'esempio, fornire vision, aiutare gli infermieri ad apprendere, stimolare il sistema e garantire l'integrità delle relazioni ²⁵. Il *clinical nurse educator* stimola e forma il personale sanitario, per renderlo autonomo e competente nell'approccio educativo e comunicativo con i pazienti bisognosi di informazioni, al fine di una buona dimissione.

1.4. Percorso *Counseling* nell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso

L'U.O.C. di Cardiologia dell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso ha ideato, dal 2012, il progetto educativo "Mi sto a Cuore", costituito da un percorso strutturato di *counseling* nel post-ricovero indirizzato ai pazienti dimessi da UTIC e Cardiologia con diagnosi di IMA. Le finalità di questo percorso educativo sono: massimizzare l'aderenza alla terapia e ai follow-up, stimolare i cambiamenti nello stile di vita, contenere il distress e favorire l'adattamento alla malattia, segnalare e inviare i pazienti a iniziative di prevenzione a livello territoriale.

L'arruolamento dei pazienti viene effettuato dai medici dell' U.O.C. di Cardiologia secondo dei precisi criteri:

- Criteri di inclusione: IMA con disfunzione lieve-media dimessi da U.T.I.C.; età <70 anni, con stato cognitivo integro e/o che parlino la lingua italiana; residenza nell' U.L.S.S. 9;
- Criteri di esclusione: IMA con disfunzione grave (frazione di eiezione <40%); IMA avviati a percorsi di riabilitazione o altri istituti di cura; coesistenza di altre patologie gravi.

I soggetti arruolati sono inseriti in gruppi chiusi (da 5 a 10 soggetti), con possibilità di essere accompagnati agli incontri da un familiare. Viene svolto un intervento di due ore settimanali, per un totale di due settimane. Il primo incontro deve avvenire preferibilmente entro i primi 10-15 giorni dalla dimissione e devono essere fornite informazioni su: fattori di rischio, fisiopatologia, segni, sintomi e percorso terapeutico dell'infarto; trattamento medico e chirurgico con descrizione di benefici e controindicazioni della terapia farmacologica; allertamento del 118 e problemi del paziente. Il successivo incontro, fatto preferibilmente la settimana dopo, consiste di interventi formativi su: terapia farmacologica, caratteristiche dell'adozione di stili di vita sani, educazione e monitoraggio dei principali parametri fisiologici (pressione arteriosa e frequenza cardiaca). L'equipe responsabile è costituita da un medico cardiologo, uno psicologo, un coordinatore infermieristico e quattro infermieri. Dalla valutazione del progetto educativo "Mi sto a cuore", effettuata attraverso questionari clinici di follow-up, somministrati ai pazienti durante i vari incontri, si sono ottenuti dati importanti a sostegno della sua utilità, con riscontro di effetti positivi su: aderenza terapeutica, cessazione dell'abitudine al fumo, aumento all'attività fisica, incremento del consumo di frutta e verdura e pesce nell'alimentazione. Tuttavia, nonostante ciò, la pratica clinica ha, comunque, messo in evidenza il bisogno di perseguire nuovi approcci assistenziali che non solo coinvolgano un bacino d'utenza più ampio, ovvero tutti i pazienti con SCA, ma che siano efficaci per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze a lungo a termine, garantendo una migliore qualità di vita ai pazienti e familiari.

2. SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo lavoro di tesi è di descrivere i risultati ottenuti da un'indagine qualitativa, condotta sugli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, dopo un percorso formativo sul campo, che ha permesso loro di acquisire e rafforzare le competenze in ambito di prevenzione cardiovascolare e tecniche comunicative.

Il percorso di formazione per gli infermieri, che ha avuto inizio nel mese di maggio, è servito per implementare il nuovo piano educativo intraospedaliero, proposto dall'equipe infermieristica dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, in fase sperimentale, costruito ad hoc per i pazienti con SCA ricoverati in urgenza.

L'obbiettivo del piano è quello di garantire un'educazione mirata ed efficace sulle tematiche di prevenzione secondaria cardiovascolare per un'adeguata dimissione dei pazienti. È stato possibile ricavare i dati sull'applicabilità/fattibilità e sulla percezione/soddisfazione degli infermieri al nuovo progetto, con l'analisi di un questionario somministrato al termine degli incontri formativi condotti dal *clinical nurse educator*, figura chiave di tutto il progetto.

Pertanto, l'ipotesi di ricerca è quella di dimostrare l'utilità e l'importanza di implementare un piano educativo intraospedaliero rivolto ai pazienti con SCA, che produca un ulteriore miglioramento in termini di aderenza terapeutica e adozione di stili di vita sani, focalizzando l'attenzione sulla qualità e modalità di trasmissione delle informazioni da parte degli infermieri e le tecniche educative applicate nella comunicazione.

3. MATERIALI E METODI

3.1. Descrizione campione

Il campione dello studio è stato arruolato sulla base degli infermieri partecipanti al percorso formativo, ovvero tutti gli infermieri di Cardiologia e U.T.I.C. dell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso. Essi hanno partecipato agli incontri di gruppo, col *clinical nurse educator*, nel mese di maggio, durante i quali sono state approfondite le tematiche di prevenzione secondaria, tecniche comunicative per educare i pazienti e illustrazione del nuovo piano educativo. Questo percorso, inoltre, rientra nella formazione infermieristica obbligatoria per il raggiungimento dei crediti ECM (educazione continua in medicina) annuali.

Dopo i due incontri di gruppo, ad ogni professionista è stato dedicato un'ulteriore momento di formazione personalizzato, con un colloquio per singolo operatore, condotto dallo stesso *clinical nurse educator*, in cui è stato mostrato in maniera interattiva il piano educativo, l'utilizzo del *teach-back* e fornito del materiale di supporto cartaceo per standardizzare le informazioni da dare al paziente.

3.1.1. Questionario per gli infermieri

I questionari, alla base di questo lavoro di tesi, sono stati costruiti per indagare la percezione e la soddisfazione degli infermieri al nuovo piano educativo e alle tecniche comunicative illustrate nel percorso di formazione. Il questionario (Allegato A) è in forma anonima, l'unico dato personale che i partecipanti sono tenuti a trasmettere è quello riguardante gli anni lavorativi nell'U.O.C. di Cardiologia. Sono state costruite 7 domande a risposta chiusa a cui ogni operatore ha assegnato un punteggio da 1 a 5, secondo la scala *Likert*, posta a monte del questionario, in cui 1 corrisponde a pochissimo, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo. Inoltre, è stata formulata un'unica domanda a risposta aperta, per dare spazio a riflessioni o suggerimenti personali in merito all'educazione terapeutica al paziente con SCA. I questionari sono stati somministrati nel mese di luglio 2015, ovvero al termine del percorso formativo di gruppo prima di iniziare i colloqui con i singoli operatori; ne sono stati consegnati 40, corrispondenti al numero di infermieri presenti in quel momento nei reparti d'interesse (16 per la Cardiologia e 24 per l'U.T.I.C.). Tutti i questionari compilati (40/40) sono stati raccolti nel mese di settembre dello stesso anno e analizzati con il programma Excel.

3.2. Piano educativo intraospedaliero

Dall'esperienza clinica nell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, si è evidenziata una carenza nel fornire informazioni di educazione secondaria al paziente con SCA, in fase di pre-dimissione. Manca, infatti, un intervento comunicativo strutturato e standardizzato che garantisca un'educazione mirata e di qualità per tutti i pazienti con SCA prima della dimissione. Sulla base di linee guida e fonti scientifiche recenti, tenendo conto delle esigenze delle unità operative coinvolte, è stato costruito un piano educativo sperimentale, da integrare nella pratica clinica quotidiana. Esso si propone come una guida pianificata, ma flessibile, degli interventi educativi al paziente con SCA, erogati durante le giornate di degenza, per snellire, facilitare e rendere la dimissione un momento più rapido e vantaggioso per il paziente e l'operatore.

Il piano educativo (Allegato B), in formato cartaceo, dovrà accompagnare il paziente, in maniera trasversale, dal momento del ricovero fino alla sua dimissione. In futuro, tale strumento potrebbe diventare parte integrante della documentazione clinica infermieristica.

Si compone di due parti:

- un frontespizio, che comprende i dati anagrafici della persona, l'individuazione di un *caregiver* di riferimento (specificando la presenza o meno a domicilio del paziente), data e reparto di arrivo (U.T.I.C. o Cardiologia, tenendo conto che il piano è rivolto solo a pazienti ricoverati in urgenza);
- la seconda parte riguarda il corpo vero e proprio del piano, in cui vi è la suddivisione degli argomenti che l'infermiere dovrà affrontare con il paziente, a partire dal giorno seguente il ricovero.

I temi che ciascun infermiere andrà a trattare con il paziente e/o *caregiver*, saranno analizzati come riscontro del proprio intervento educativo, attraverso la valutazione di ciò che il paziente ha appreso (A) (con la tecnica del *teach-back*), oppure, se ciò non è stato possibile (mancanza di tempo o altre condizioni), ci si limiterà a trasmettere l'informazione (I), che potrà, poi, essere integrata e valutata successivamente da un altro operatore.

3.2.1. Razionale

Negli ultimi anni, la pressione economica e i tagli alla spesa pubblica hanno sollecitato il sistema sanitario a dimissioni "*quicker and sicker*", precoci e con pazienti più vulnerabili. Improvvisamente, accade che ogni paziente si ritrovi di punto in bianco responsabile della

sua salute in termini di: gestione della terapia farmacologica, monitoraggio della condizione clinica, ad apportare modifiche nel suo stile di vita quotidiano, ricevendo dagli operatori sanitari molte informazioni, che non sempre vengono recepite dalla persona. Razionalizzare le informazioni trasmesse al paziente dopo SCA, durante le giornate di ricovero, fa sì che egli arrivi alla dimissione già informato ed educato sulle principali tematiche di prevenzione secondaria e sulle indicazioni da seguire, per un rientro a domicilio responsabile, autonomo e sicuro. Ciò sarebbe utile non solo per rendere la dimissione una fase molto più rapida e gestibile da parte del personale sanitario, ma, soprattutto, garantirebbe al paziente un intervento educativo di qualità, in quanto avrà avuto il tempo di assimilare le conoscenze gradualmente e non tutte assieme e frettolosamente, come avviene ancor oggi.

Un recente studio qualitativo, basato sull'analisi di 844 audio-registrazioni delle informazioni date alla dimissione dalla terapia intensiva, ha evidenziato come, nel 73% dei casi, venivano erogate informazioni piuttosto generiche sulla malattia con altrettanto generiche istruzioni circa la terapia e la necessità di controlli periodici. Ai pazienti, inoltre, veniva data quasi sempre la possibilità di fare domande (91% dei casi), ma queste si rivelavano vaghe e poco pertinenti, con solo il 50% dei medici che dava informazioni personalizzate su quello che sarebbe stato il decorso della malattia, e nel 22% dei casi si provvedeva a una verifica dell'avvenuta comprensione ²⁶. Un paziente che non ha compreso quanto gli è accaduto, le informazioni che gli sono state date e le decisioni che sono state prese, è un paziente che non si è riusciti a coinvolgere pienamente, che è rimasto poco consapevole e che rischia di trovarsi sprovvisto di strumenti utili con cui affrontare i suoi problemi di salute. Un intervento educativo mirato, che coinvolga tutti gli infermieri, adeguatamente formati, ad erogare quotidianamente le informazioni utili ai pazienti dopo l'evento acuto, è un ottimo metodo per migliorare conoscenze e *outcome* del paziente riducendo anche l'ansia e la preoccupazione del rientro a domicilio.

Spesso, i pazienti che non comprendono le informazioni fornite dagli operatori sanitari, hanno in comune la scarsa qualità della comunicazione, che non solo dipende dalle competenze comunicative degli operatori e dal tempo ad essa dedicato, ma anche dalle caratteristiche del paziente e dell'ambiente. Infatti, va garantito un intervento personalizzato, tenendo conto che per alcuni gruppi di pazienti (fragili, anziani, con un basso livello culturale e le donne) è molto elevato il rischio di incomprensioni durante la

comunicazione. Questi tipi di pazienti richiedono un approccio particolarmente attento e competente da parte dell'operatore, che dovrà anche coinvolgere il familiare/*caregiver* per prepararli entrambi al momento della dimissione. Infatti, il piano educativo prevede, come prioritario, l'identificazione di un *caregiver*, che sarà anche sostenuto con un intervento formativo, tenendo conto dei suoi specifici bisogni nella gestione del familiare.

Inoltre, è opportuno allargare la prospettiva a quelle che sono le caratteristiche del contesto organizzativo, ovvero dell'ambiente in cui avviene lo scambio comunicativo. Gli studi condotti per valutare l'impatto dell'organizzazione ospedaliera, sulla qualità della comunicazione tra medico e paziente, sottolineano come il paziente sia influenzato dalle caratteristiche organizzative dell'ambiente ²⁷. Una comunicazione frettolosa, tra persone che parlano e che si avvicinano, in un affollato studio medico o magari in un corridoio, non può funzionare, tanto più se tale comunicazione è già per sua natura fragile e complessa. Pertanto, risulta raccomandato non concentrare l'erogazione di informazioni al solo momento della dimissione, ma gestire questa fase al letto del paziente, nella sua stanza, riducendo le distrazioni esterne, la confusione e metterlo a proprio agio. Concentrarsi su un solo argomento alla volta e su di esso soffermarsi, fino ad essere sicuri che il paziente abbia acquisito l'informazione, non solo aiuta a suddividere il carico di lavoro tra gli infermieri, che sono coinvolti tutti allo stesso modo, ma anche permette che il paziente comprenda e fissi l'informazione ricevuta ⁴. Inoltre, per garantire la standardizzazione delle informazioni erogate, è stato costruito e diffuso agli infermieri del materiale di supporto (*vademecum*), che sintetizza gli argomenti e le principali indicazioni da dare al paziente prima della dimissione, basate sulle più recenti linee guida cardiovascolari.

3.2.2. Teach-Back

Il *teach-back* è una strategia comunicativa in cui, dopo ogni concetto espresso, viene valutata la capacità che il paziente ha di richiamarlo, ripeterlo con parole proprie, avendolo compreso; può anche essere definito come "chiudere il cerchio" di acquisizione di informazioni su un nuovo concetto di salute ²⁸. Infatti, la tecnica corretta di utilizzo del *teach-back* prevede che, dopo la trasmissione dell'informazione al paziente, si pone la domanda per far ripetere il messaggio e ne si valuta la riposta; se quest'ultima risulta essere imprecisa, va integrata, altrimenti si può ricominciare con un nuovo argomento,

chiudendo così il cerchio. È ampiamente sostenuto che esporre i concetti uno alla volta, ogni tanto fermarsi e verificare che il paziente stia ancora ascoltando e poi fargli ripetere con parole proprie quanto stato detto, è un'ottima tecnica comunicativa che gli infermieri possono mettere in atto nel processo educativo, riducendo al minimo il rischio di fraintendimenti, dubbi e incomprensioni ^{4, 28}. In questa fase, l'operatore deve fare particolare attenzione al proprio modo di esporre: voce, postura, motivazione, interesse, sintesi, modalità prolissa. Integrare il *teach-back* nella pratica clinica si è rivelata una metodica vantaggiosa per erogare un buon intervento educativo e ottenere dei miglioramenti sul paziente, sulla famiglia e sulla qualità delle cure erogate, accorciando ulteriormente i tempi di dimissione. Per poter diffondere e implementare nella pratica clinica questa tecnica comunicativa, è necessario che tutti gli infermieri, coinvolti nell'educazione, siano adeguatamente formati e acquisiscano le competenze per poterla attuare ²⁴. Infatti, gli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, durante il percorso formativo di gruppo, sono stati ampiamente istruiti su come educare i pazienti con SCA, puntando, quando le caratteristiche del paziente lo permettono, ad applicare la tecnica del *teach-back*.

4. RISULTATI

I questionari somministrati agli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, al termine del percorso di formazione (luglio 2015), sono stati recuperati nel mese di settembre 2015, con un'adesione del 100%, ottenendo così un campione di 40 infermieri.

I dati sono stati, poi, inseriti e analizzati in un foglio di lavoro Excel, suddivisi tra Cardiologia (16 infermieri) e U.T.I.C. (24 infermieri).

Per quanto riguarda il primo dato del questionario, che valuta gli anni di esperienza degli operatori in ambito cardiologico, ne risulta che: nel reparto di Cardiologia, gli operatori hanno in media 15,2 anni di esperienza (Figura 4.1); mentre in U.T.I.C. il campione di studio ha in media 11 anni di esperienza nel settore cardiologico (Figura 4.2).

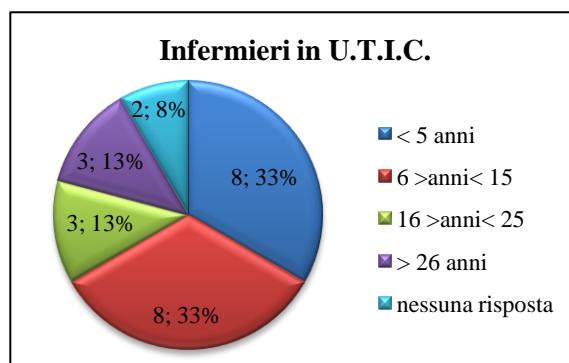
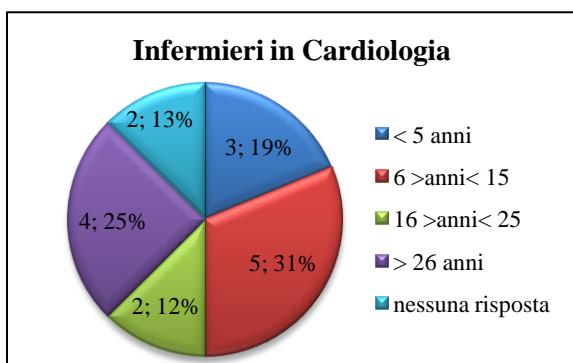
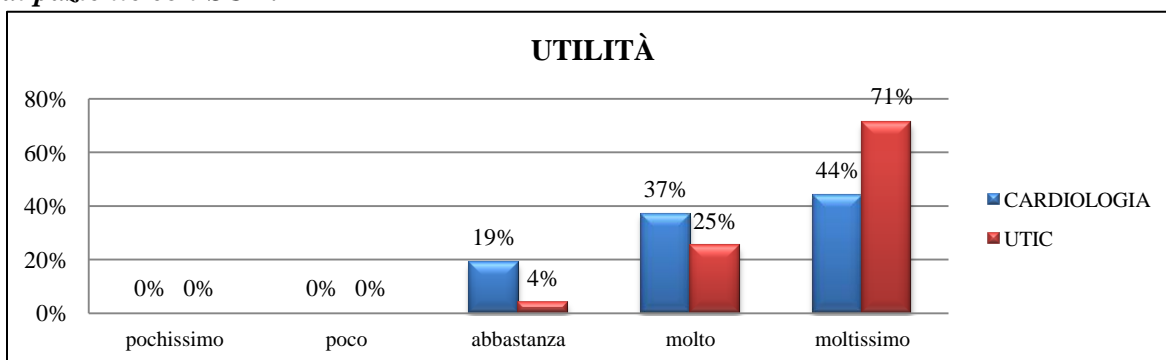


Figura 4.1: Distribuzione anni esperienza in ambito cardiologico (numero e percentuale).

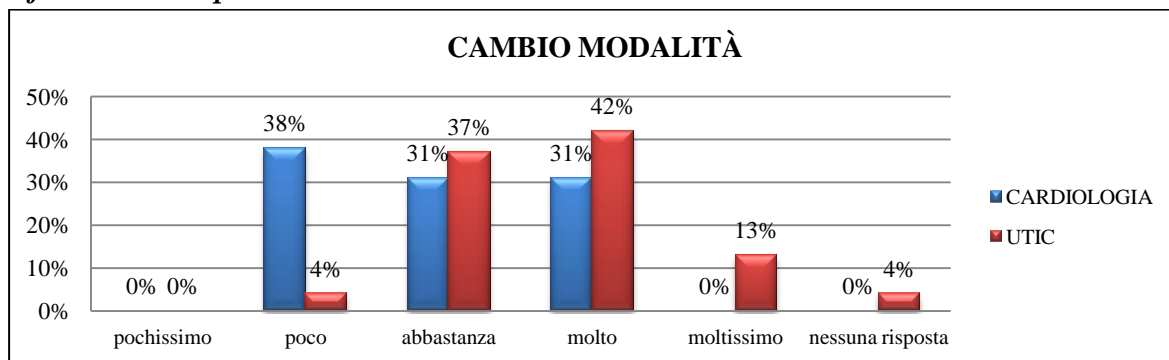
Figura 4.2: Distribuzione anni di esperienza in ambito cardiologico (numero e percentuale).

Le domande del questionario sono state messe a punto per garantire un tipo di risposta chiusa, secondo la scala Likert con valori da 1 a 5, in cui: 1 equivale a pochissimo, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo.

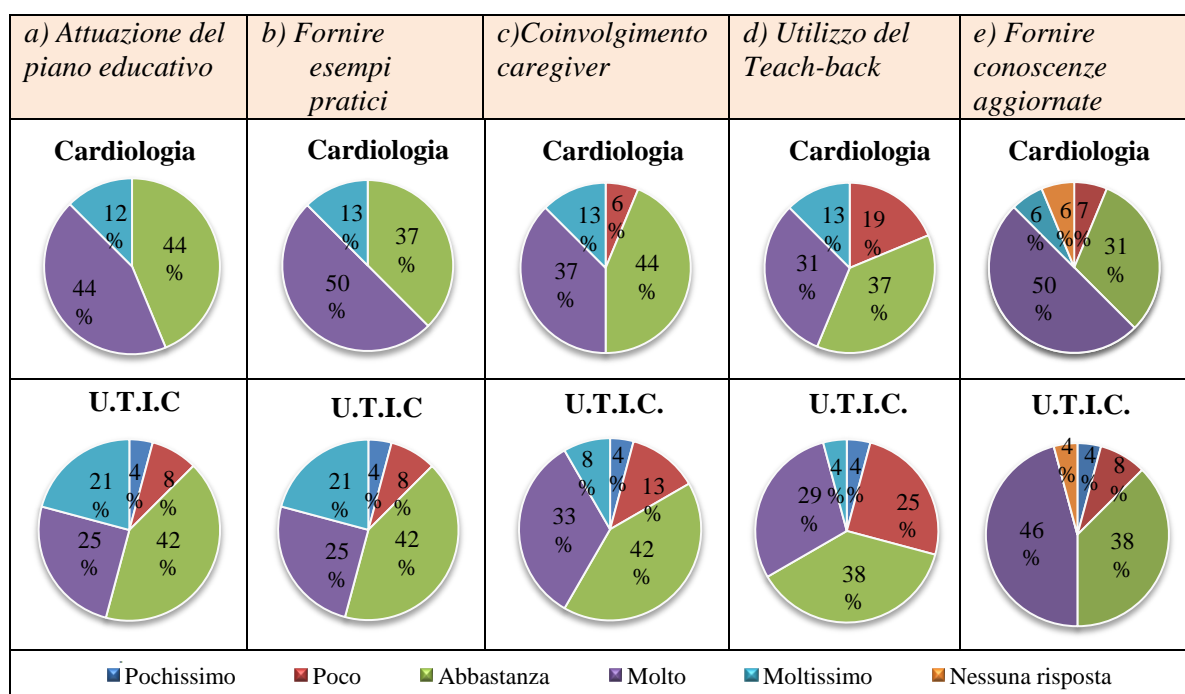
Domanda 1: *Quanto crede sia utile approfondire la tematica dell'educazione terapeutica al paziente con SCA?*



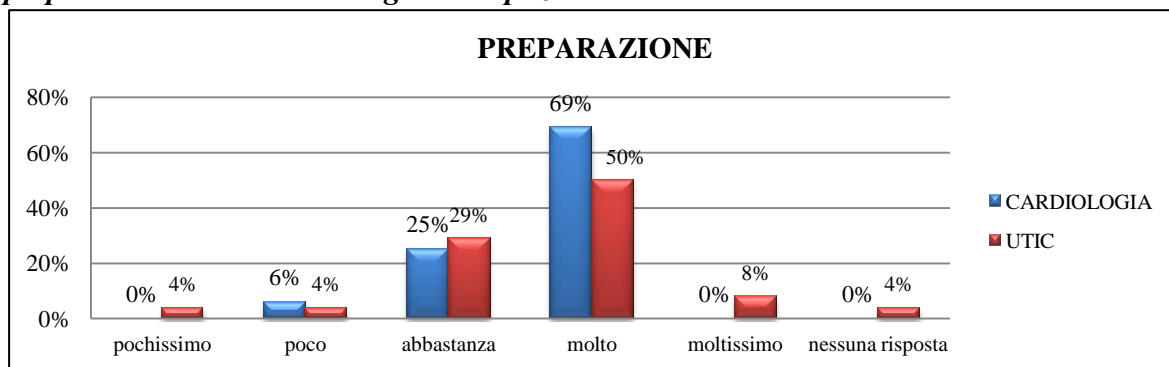
Domanda 2: Partecipare al Progetto quanto ha cambiato le sue modalità nel fornire informazioni ai pazienti?



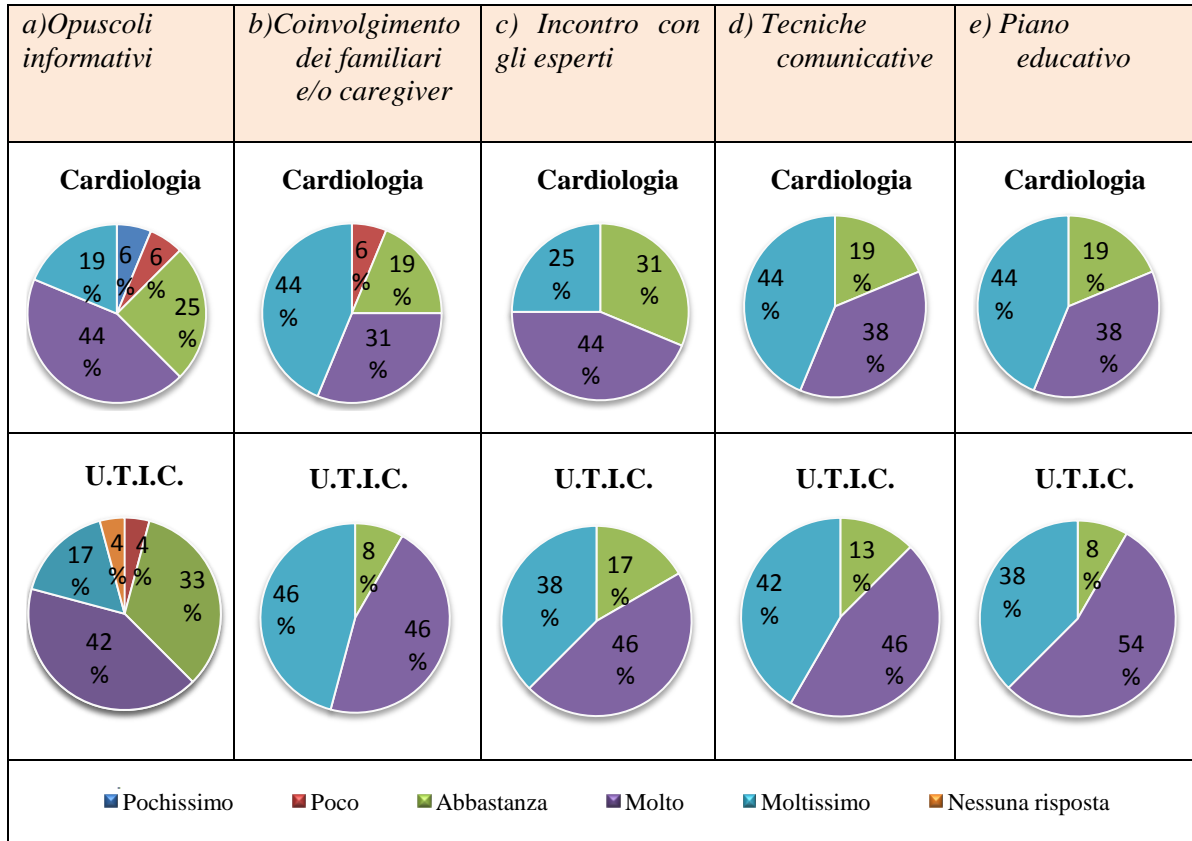
Domanda 3: Indichi quanto si sente sicuro nell'educare i pazienti rispetto a



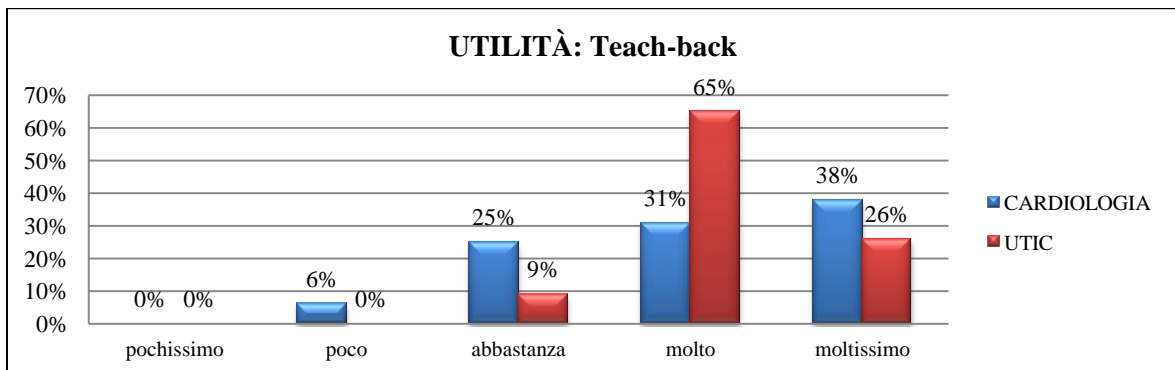
Domanda 4: Alla luce del percorso effettuato e degli strumenti forniti, quanto si sente preparato nell'educare e nel gestire il paziente con SCA?



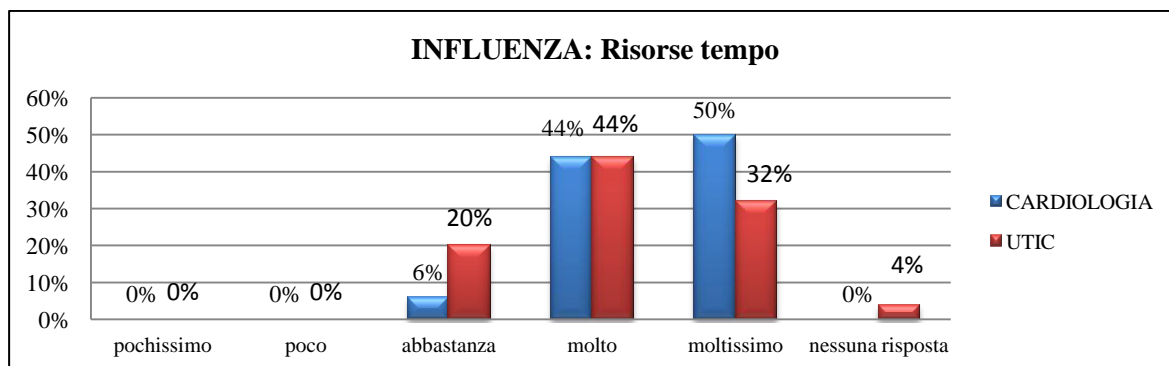
Domanda 5: Durante il momento educativo quanto ritiene utile l'utilizzo degli strumenti/strategie sotto citate?



Domanda 6: Per verificare che il paziente abbia ben appreso le informazioni che gli sono state fornite, quanto ritiene utile la tecnica del Teach Back per verificare l'apprendimento del paziente?



Domanda 7: Nella gestione del paziente affetto da SCA, quanto le limitate risorse di tempo possono influenzare la fase di pre-dimissione, non fornendo al paziente tutte le informazioni necessarie?



Infine, è stata inserita nel questionario una domanda aperta, per permettere agli infermieri di esprimere suggerimenti e/o riflessioni personali in merito all'educazione sanitaria ai pazienti con SCA. Si sono, però, ottenute poche risposte in totale.

In Cardiologia, solo 4 infermieri su 16 hanno formulato delle opinioni, che riportano:

- il bisogno di più tempo a disposizione per pianificare uniformemente e applicare i metodi comunicativi, ricavando più spazi dedicati all'educazione;
- togliere dalla dieta ospedaliera alimenti contenenti colesterolo, che vengono proposti;
- prediligere la consegna di informazioni scritte al paziente, poiché la tecnica del *teach-back* non è un metodo comunicativo efficace sui pazienti in dimissione;
- risorse non sufficienti per assistere i pazienti al momento della consegna della lettera di dimissione, a causa del carico di lavoro, specialmente di pomeriggio (quando solitamente si consegna la lettera), con personale ridotto rispetto al turno di mattina.

In U.T.I.C., invece, solo 3 infermieri su 24 hanno espresso una loro riflessione:

- necessità di più personale e tempo a disposizione, perché allo stato attuale bisogna fare molte cose, tra cui l'educazione al paziente, nel minor tempo possibile;
- la consegna della lettera di dimissione va effettuata dal medico, in quanto il paziente chiede spesso giustificazioni dell'eventuale cambio di terapia, dosaggi ecc.
- aumentare gli incontri educativi per i pazienti.

5. DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Come si evince dalle riflessioni finali degli operatori, coinvolti nello studio, è forte il bisogno di più tempo e spazi dedicati all'educazione dei pazienti con SCA, poiché la dimissione rappresenta, ancora oggi, una fase troppo breve e problematica per garantire al paziente l'informazione necessaria per un rientro a domicilio in sicurezza. Inoltre, gli infermieri hanno sottolineato come, il carico di lavoro quotidiano, porti via tempo all'educazione che viene accantonata e preceduta dalle altre priorità assistenziali dei pazienti. Queste criticità, legate all'ambiente di lavoro, sono state evidenziate anche da numerosi studi osservazionali sulla fase della dimissione, che hanno sottolineato come l'organizzazione ospedaliera influenzi la comunicazione medico-paziente: luoghi spesso affollati e rumorosi, mancanza di un orario prestabilito per la dimissione, tempi dedicati ridotti e condizionati da urgenze e priorità del momento ^{27, 29}. Un operatore, poi, ha espresso il bisogno di dare informazioni scritte al paziente al momento della dimissione, che, come riportato anche in un articolo sull'informazione essenziale per i pazienti con SCA, può essere una valida strategia per alcuni tipi di pazienti, ad esempio quelli con limitazioni culturali o con bassa alfabetizzazione. Per questi ultimi sarebbe utile integrare la comunicazione verbale con supporti cartacei (promemoria dei follow-up, schemi facilitativi per la gestione dei farmaci) ⁴. Un altro infermiere ha espresso la considerazione che la consegna della lettera di dimissione deve essere eseguita dal medico, per fornire spiegazioni alle domande del paziente sulla terapia farmacologica. Questa dichiarazione, però, potrebbe essere confutata, in quanto il fornire informazioni e consigli sulla gestione dei farmaci a domicilio, prescritti dal medico, rientra tra le competenze educative dell'infermiere, espresse dal codice deontologico e profilo professionale. In più, l'infermiere, con il suo ruolo di *advocacy*, è la figura che meglio riesce a relazionarsi con il paziente, a comprenderne il livello culturale ed emotivo e quindi a trasmettergli con parole adatte le informazioni necessarie.

Altri dati importanti, emersi dall'analisi del questionario, a sostegno del percorso formativo, hanno fatto emergere che il 31% degli infermieri in Cardiologia e il 42% in U.T.I.C. hanno dichiarato che, partecipare al progetto, ha cambiato "molto" la loro modalità nel fornire informazioni ai pazienti; inoltre, rispetto alle 5 opzioni (attuazione piano educativo, fornire esempi pratici, coinvolgimento *caregiver*, utilizzo *teach-back*,

fornire conoscenze aggiornate), gli infermieri si sentono più sicuri nel fornire esempi pratici, attuare il piano educativo e coinvolgere il *caregiver*. Il percorso, inoltre, ha influenzato positivamente la preparazione degli infermieri all'educazione terapeutica, in quanto il 69% degli operatori in Cardiologia e il 50% in U.T.I.C., hanno dichiarato di sentirsi "molto" preparati, con un 8% "moltissimo".

Per quanto riguarda, invece, l'utilizzo di strumenti a supporto della comunicazione (opuscoli informativi, coinvolgimento *caregiver*, incontro con esperti, tecniche comunicative, piano educativo), 7 infermieri su 16 della Cardiologia, ritengono utile "moltissimo" l'utilizzo del *caregiver*, delle tecniche comunicative e del piano educativo a supporto dell'educazione, con ottime percentuali date anche alla risposta "molto"; un riscontro analogo, si è ottenuto anche dagli infermieri dell'U.T.I.C. con percentuali tra l'88% ed il 92% di risposte "molto" e "moltissimo". Inoltre, utilizzare la tecnica del *teach-back*, per verificare l'apprendimento del paziente, è considerata dagli operatori di Cardiologia e U.T.I.C. una tecnica molto utile per l'educazione ai pazienti in fase acuta (in Cardiologia il 38% ha risposto "moltissimo" e il 31% "molto"; in U.T.I.C. il 26% ha risposto "moltissimo" e il 65% "molto").

Tutti questi dati hanno dimostrato che la percezione degli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia di Treviso, verso il nuovo percorso educativo, è quella di essere un metodo potenzialmente valido e utile per l'educazione al paziente con SCA, anche se applicabile con qualche difficoltà, soprattutto a livello organizzativo, che dovrà essere affrontata preventivamente e durante l'avvio del piano educativo intraospedaliero.

Si è evidenziata, quindi, l'importanza di fare educazione mirata e strutturata ai pazienti con SCA, e coinvolgere paziente e famiglia (*caregiver*), per accompagnarli ad un rientro a domicilio in sicurezza.

Pertanto, a conclusione dell'indagine qualitativa condotta, si può dedurre che il percorso formativo, a cui hanno partecipato gli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia dell'A.U.L.S.S.9 di Treviso, ha avuto un riscontro positivo in termini di:

- cambio modalità nell'educazione ai pazienti con SCA;
- sicurezza nell'applicazione del piano educativo e tecniche comunicative;
- coinvolgimento del *caregiver* nella pratica clinica;
- aumento della preparazione del singolo operatore nell'educazione sanitaria secondaria;

- riconoscimento dell'utilità degli strumenti educativi illustrati: incontro con esperti, piano educativo, coinvolgimento *caregiver*, tecniche educative (*teach-back* per verificare l'apprendimento del paziente).

Tuttavia, questo studio qualitativo presenta dei notevoli limiti, soprattutto per quanto riguarda il numero del campione oggetto di studio e la mancanza di un confronto delle conoscenze degli infermieri prima e dopo il percorso formativo col *clinical nurse educator*. Inoltre, nonostante i dati positivi ricavati, restano ancora da rafforzare le conoscenze e le competenze degli infermieri sul piano educativo, coinvolgimento del *caregiver* e utilizzo del *teach-back*, per renderli più sicuri ad applicarli autonomamente nella pratica clinica. Questo potrà essere un futuro riscontro, da valutare in seguito all'implementazione del piano educativo, prevista per il mese di ottobre 2015.

In aggiunta, per avere una valutazione ancor più valida sul piano educativo intraospedaliero, potrebbe essere utile indagare gli effetti di esso sul paziente, in termini di miglioramento delle conoscenze sulla patologia, modifiche negli stili di vita, comprensione dell'importanza della terapia e dei follow-up successivi all'evento acuto.

I risultati ottenuti dallo studio, anche se circoscritti nel contesto dell'A.U.L.S.S. 9 di Treviso, sono alla base di un miglioramento lento e progressivo che sta investendo l'ambito della prevenzione secondaria cardiovascolare in tutta Europa. Si richiede, sempre più, agli operatori di acquisire maggiori competenze educative, soprattutto per quanto riguarda le modifiche al proprio approccio comunicativo, la gestione di pazienti con complessità sempre maggiori e il supporto alla famiglia del paziente.

Per questo è importante che l'infermiere continui ad approfondire le sue conoscenze professionali e ricercare nuove soluzioni educative, da integrare nella pratica quotidiana, per garantire il maggior beneficio, a paziente e famiglia, in termini di sopravvivenza e migliore qualità di vita³⁰.

In conclusione, approfondire la tematica dell'educazione terapeutica, nello specifico in ambito di prevenzione secondaria cardiovascolare, è un attributo fondamentale della professione infermieristica, non solo perché definito come requisito dal codice deontologico dell'infermiere, ma, soprattutto, perché come professionisti sanitari siamo chiamati ad essere pronti e preparati alle realtà, ai contesti organizzativi che cambiano e a pazienti bisognosi, non soltanto di cure assistenziali, ma anche di formazione e supporto educativo, per diventare i protagonisti della propria salute in tutti gli ambiti specialistici.

BIBLIOGRAFIA

1. Griffo R, Urbinati S, Giannuzzi P, Jesi A, Sommaruga M, Sogliocca L, et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *G Ital Cardiol* 2008; 9 (4): 286-297 .
2. Giannuzzi P. New models of secondary prevention (of cardiovascular diseases) in Europe. *G Ital Cardiol (Rome)* 2010 May;11(5 Suppl 3):15S-19S.
3. Greco C, Bovenzi F, Berti S, Abrignani M, Bedogni F, Ceravolo R, et al. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. *G Ital Cardiol* 2014;15(1 Suppl. 1):3S-27S .
4. Angelino E, Fattirolli F. L'informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 1: i fattori che influenzano la comunicazione. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012:79-84.
5. Perugini E, Maggioni A, Boccanelli A, Di Pasquale G. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. *G Ital Cardiol Vol* 11 Ottobre 2010 .
6. Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology, Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007 Jul;28(13):1598-1660.
7. Epidemiologia, diagnosi e stratificazione di rischio delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST. *G Ital Cardiol* 2009;10(6 Suppl. 1):5S-24S .
8. Dati di attività dei laboratori di emodinamica 2014. *Il giornale italiano di cardiologia invasiva* 2015 Aprile-Giugno 2015;2.
9. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012 Oct;33(20):2569-2619.
10. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007 Oct;28(20):2525-2538.
11. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011 Dec;32(23):2999-3054.

12. Authors/Task Force members, Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J* 2014 Oct 1;35(37):2541-2619.
13. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012.
14. Colivicchi F, Di Roma A, Uguccioni M, Scotti E, et al. Prevenzione cardiovascolare secondaria dopo sindrome coronarica acuta nella pratica clinica. *G Ital Cardiol Vol 11 Suppl 4 al n 5* 2010 .
15. Thakkar JB, Chow CK. Adherence to secondary prevention therapies in acute coronary syndrome. *Med J Aust* 2014 Nov 17;201(10):S106-9.
16. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009 Jun 16;119(23):3028-3035.
17. Colivicchi F, Abrignani MG, Santini M. Therapeutic non-adherence: the hidden risk factor. *G Ital Cardiol (Rome)* 2010 May;11(5 Suppl 3):124S-127S.
18. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012 Jul;33(13):1635-1701.
19. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010 Feb 16;121(6):750-758.
20. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n 739 Gazzetta ufficiale 9 gennaio 1995, n.6.
21. Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. Codice Deontologico. Roma: 2009, January.
22. Task Force per le Attivita di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Guidelines for psychology activities in cardiologic rehabilitation and prevention. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003 Sep;60(3):184-234.

23. Marcolongo R, Rossato E, Pavan V, Laveder F, Bonadiman L, Rigoli AM. Current perspectives of therapeutic patient education in Italy. *Patient Educ Couns* 2001 Jul;44(1):59-63.
24. Lisa Fidk, Katie Green, Kate Ventura. Teaching nursing how to teach. *Journal for nurses in professional development* 2014 Sep-Oct;30(5):248-253.
25. Adelman-Mullally T, Mulder CK, McCarter-Spalding DE, Hagler DA, Gaberson KB, Hanner MB, et al. The clinical nurse educator as leader. *Nurse Educ Pract* 2013 Jan;13(1):29-34.
26. Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Ann Emerg Med* 2011 Apr;57(4):315-322.e1.
27. Ansmann L, Kowalski C, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2012 Oct;24(5):501-508.
28. Tamura-Lis W. Teach-Back for quality education and patient safety. *Urol Nurs* 2013 Nov-Dec;33(6):267-71, 298.
29. Burton MC, Kashiwagi DT, Kirkland LL, Manning D, Varkey P. Gaining efficiency and satisfaction in the handoff process. *J Hosp Med* 2010 Nov-Dec;5(9):547-552.
30. Astin F, Carroll DL, Ruppert T, Uchmanowicz I, Hinterbuchner L, Kletsios E, et al. A core curriculum for the continuing professional development of nurses: Developed by the Education Committee on behalf of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015 Jun;14(3):190-197.

ALLEGATI

Allegato A: Questionario rivolto agli infermieri dell'U.O.C. di Cardiologia

Gentile infermiere/a, sono una studentessa di Infermieristica dell'università di Padova, sede di Treviso. Le chiedo qualche minuto del suo tempo per partecipare ad una indagine che sto conducendo finalizzata alla mia tesi di laurea.

Scopo dell'indagine è quello di rilevare il grado di soddisfazione del progetto, verificare se sono state apportate modifiche al proprio approccio educativo e individuare le difficoltà o i benefici che possono influenzare la fase di pre-dimissione del paziente con Sindrome Coronarica Acuta. Il questionario è anonimo, dovrà indicare con una X la risposta desiderata scegliendo da 1-5.

ANNI IN U.O.C. CARDIOLOGIA:

DATA: .../.../...

❖ **Legenda:**

- 1: pochissimo
- 2: poco
- 3: abbastanza
- 4: molto
- 5: moltissimo

- 1) Quanto crede sia utile approfondire la tematica dell'educazione terapeutica al paziente con SCA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2) Partecipare al Progetto quanto ha cambiato le sue modalità nel fornire informazioni ai pazienti?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 3) Indichi quanto si sente sicuro nell'educare i pazienti rispetto a:

Attuazione del piano educativo	1	2	3	4	5
Fornire esempi pratici	1	2	3	4	5
Coinvolgimento <i>caregiver</i>	1	2	3	4	5
Utilizzo <i>teach back</i>	1	2	3	4	5
Fornire conoscenze aggiornate (vademecum)	1	2	3	4	5

- 4) Alla luce del percorso effettuato e degli strumenti forniti, quanto si sente preparato nell'educare e nel gestire il paziente con SCA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 5) Durante il momento educativo quanto ritiene utile l'utilizzo degli strumenti/strategie sotto citate?

Opuscoli informativi	1	2	3	4	5
Coinvolgimento dei familiari e/o caregiver	1	2	3	4	5
Incontro con gli esperti	1	2	3	4	5
Tecniche comunicative	1	2	3	4	5
Piano educativo	1	2	3	4	5

- 6) Per verificare che il paziente abbia ben appreso le informazioni che gli sono state fornite, quanto ritiene utile la tecnica del *Teach Back* per verificare l'apprendimento del paziente?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 7) Nella gestione del paziente affetto da SCA, quanto le limitate risorse di tempo possono influenzare la fase di pre-dimissione, non fornendo al paziente tutte le informazioni necessarie?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 8) Ha dei suggerimenti o riflessioni in merito all'educazione sanitaria al paziente con SCA?

.....

.....

.....

.....

Allegato B: Piano Educativo

PIANO EDUCATIVO

per il paziente affetto da SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA)

Data ingresso:/...../.....
UTIC/UCIC <input type="checkbox"/>
CARDIOLOGIA <input type="checkbox"/>

ETICHETTA Paziente
Nome
Cognome
ETA'

IDENTIFICAZIONE CAREGIVER
CHI:
NOME:
PRESENTE AL DOMICILIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/>

LEGENDA:

CAREGIVER= Chi assiste il paziente

I= Informato → SENZA VERIFICA

A= Appreso → IMPLICA VERIFICA (**TEACH-BACK**)

MMG= Medico di Medicina Generale

MODULI EDUCATIVI	DATA e TURNO (M/P/N)	FIRMA
Descrive cos'è successo: segni/sintomi di dolore cardiaco CGF/PTCA (STENT) <input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o <input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>/...../..... 	
Descrive le indicazioni generali per la gestione della terapia al domicilio <input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o <input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o *Richiedere al CAREGIVER di portare il bracciale per PAO/FC <u>Segnalare eventuali difficoltà:</u>/...../..... 	
Conosce cosa, come, perché e effetti collaterali principali dell'ANTIAGGREGANTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o <input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>/...../..... 	
Conosce cosa, come, perché e effetti collaterali principali dell'ANTIPERTENSIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o <input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ADDESTRAMENTO PAO/FC *Misura PAO e FC con supervisione/...../..... 	
Descrive cosa sono PAO e FC ADDESTRAMENTO PAO/FC SI <input type="checkbox"/> → Osserva la misurazione NO <input type="checkbox"/> → Autonomo <input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o <input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> * Se bracciale ASSENTE: ribadire l'importanza MMG e/o farmacia/...../..... 	

<p>Conosce cosa, come, perché e effetti collaterali principali del BETA-BLOCCANTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o</p> <p><input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p> <p>ADDESTRAMENTO PAO/FC</p> <p>Misura in autonomia PAO e FC</p>	<p>...../...../.....</p> <p>.....</p>	
<p>Conosce cosa, come, perché e effetti collaterali principali della STATINA e/o EZETIMIBE</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o</p> <p><input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p>	<p>...../...../.....</p> <p>.....</p>	
<p><u>FUMO*</u> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Descrive l'importanza dello smettere di fumare</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o</p> <p><input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p> <p>*PERCORSO FUMO</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data Appuntamento:</p> <p>...../...../.....</p>	<p>...../...../.....</p> <p>.....</p>	
<p>Descrive i tempi di ripresa e cosa puo' fare rispetto a ATTIVITA FISICA/LAVORATIVA/SESSUALE</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o</p> <p><input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p>	<p>...../...../.....</p> <p>.....</p>	
<p>Descrive i principi generali di una BUONA ALIMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> e/o</p> <p><input type="checkbox"/> CareGiver I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p>	<p>...../...../.....</p> <p>.....</p>	

GIORNO DIMISSIONE: AL MATTINO CONSEGNA QUESTIONARIO, MOMENTO DIMISSIONE RITIRO QUESTIONARIO e PIANO EDUCATIVO

Ribadire: SEGNI/SINTOMI DOLORE →118, l'importanza dei FOLLOW-UP, del MMG, indicazioni generali per la gestione della terapia.

