

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina & Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**PROMOZIONE DELL'AUTOGESTIONE DELLA
TERAPIA CON NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI
IN PERSONE ANZIANE CON PATOLOGIE
CARDIOCIRCOLATORIE**

Relatore: Prof. A. c. Zorzi Alessandro

Laureando: Campion Cristina
(matricola n.: 1197114)

Anno Accademico 2021-2022

Abstract

Introduzione. Nel 2013 sono entrati nel commercio italiano i nuovi anticoagulanti orali (NOAC), i quali prevengono tutte quelle condizioni determinate dalla formazione di trombi a livello cardiocircolatorio. Gli anziani sono gli utenti che più fanno uso di tali farmaci e, date le numerose circostanze dovute al progredire dell'età che possono compromettere la salute, l'intervento infermieristico di promozione dell'informazione e educazione può portare un supporto agli utenti. L'obiettivo di questo studio è verificare l'efficacia di una locandina informativa per promuovere l'autogestione della terapia anticoagulante orale nelle persone anziane con patologie cardiocircolatorie.

Materiali e metodi. Lo studio sperimentale, trial non controllato, ha luogo dal 14/09/2022 al 30/09/2022 presso lo studio del medico di medicina generale che somministra una locandina informativa annessa a un questionario di valutazione ai suoi utenti. Sono inclusi nello studio i soggetti che presentano patologie cardiocircolatorie, assumono un NOAC e sono di età superiore a 65 anni compresi. Il questionario è impostato con frasi oggettive di comprensione del testo. L'analisi consiste nella quantificazione delle risposte corrette ed errate di ogni questionario. I dati si ordinano in una tabella, la quale presenta quante volte le risposte sono state date correttamente, la relativa percentuale e quante volte le frasi sono date erroneamente.

Risultati. Il 100% dei rispondenti ha dichiarato che la locandina è efficace nel divulgare l'informazione. Solo la frase "Bisogna informarsi se il NOAC va assunto a stomaco pieno o vuoto" conta il massimo di risposte corrette, la media delle volte in cui le frasi sono state risposte correttamente, è pari a 26. Il margine di errore presente nei questionari va dal minimo di 0 errori al massimo di 8 errori. Quello più frequente è un solo errore che rappresenta il 43%, mentre quello di zero errori vale il 17%. Inoltre, si evidenzia che circa la metà dei rispondenti non ha appreso che può alimentarsi liberamente e che è importante preoccuparsi in caso di traumi.

Discussione e conclusioni. Questo studio mette in risalto quanto la locandina trova efficacia tra i partecipanti e, soprattutto, quanto il lavoro dell'infermiere è rilevante in un'ottica di prevenzione delle complicanze e la promozione della consapevolezza e dell'autogestione della terapia con i NOAC, con l'utilizzo degli strumenti informativi.

Parole chiave: elderly people, anticoagulant therapy, patient education, self management.

Indice.....	pag. 1
CAPITOLO 1 Introduzione	pag. 3
CAPITOLO 2 I Nuovi Anticoagulanti Orali.....	pag. 5
2.1 Problema.....	pag. 5
2.2 Revisione di letteratura: Il sangue e la cascata coagulativa.....	pag. 5
2.3 Nuovi farmaci anticoagulanti orali (NOAC).....	pag. 11
2.4 Indicazioni alla terapia anticoagulante orale.....	pag. 13
2.5 Anziani e aderenza alla terapia.....	pag. 18
2.6 Ruolo dell'infermiere nella " <i>patient education</i> ".....	pag. 19
CAPITOLO 3 Scopo dello studio.....	pag. 21
CAPITOLO 4 Materiali e metodi.....	pag. 23
4.1 Disegno dello studio.....	pag. 23
4.2 Campionamento.....	pag. 24
4.3 Setting.....	pag. 24
4.4 Attività di raccolta dati e strumenti di misura.....	pag. 24
4.5 Affidabilità della raccolta dati.....	pag. 25
4.6 Analisi dei dati.....	pag. 26
CAPITOLO 5 Risultati.....	pag. 27
CAPITOLO 6 Discussione e conclusioni.....	pag. 29
6.1 Discussione.....	pag. 29
6.2 Conclusione.....	pag. 31
Bibliografia	
Allegati	

CAPITOLO 1

Introduzione

L'origine di questo lavoro ha avuto luogo durante il tirocinio svoltosi presso l'Unità Operativa di Geriatria nel secondo Anno Accademico, quando in un turno è capitato di preparare la terapia di un assistito che comprendeva anche un farmaco appartenente ai nuovi anticoagulanti orali (NOAC). La curiosità è stata alimentata dall'azione che tale farmaco possedeva e soprattutto per i rischi che poteva comportare, anche in relazione alle varie patologie.

Successivamente l'argomento dei nuovi anticoagulanti orali è stato affrontato spesso anche nei corsi accademici seguenti, incitando la curiosità e il desiderio di ricercare ulteriori informazioni, soprattutto sulla prevenzione degli eventi avversi dovuti ad un'informazione precaria ben diffusa.

Oltre la volontà di promuovere l'informazione circa questa nuova categoria di farmaci, interessa anche l'idea di portare un ulteriore aiuto alle persone anziane alle quali viene prescritta tale terapia. Si idealizza la locandina informativa destinata agli anziani che assumono un nuovo anticoagulante orale, con lo scopo di far arrivare loro delle note informative, dei consigli comportamentali e accortezze da assumere quotidianamente.

L'organizzazione interna dell'elaborato è strutturata in sei capitoli. La prima parte è dedicata ai contenuti teorici ricercati in letteratura attraverso fonti quali articoli scientifici, libri di testo accademici e siti web certificati; si trattano i temi del sangue come unico tessuto fluido del corpo umano e della cascata coagulativa, nonché quel processo che vede la formazione del coagulo.

Di seguito, sono i nuovi anticoagulanti orali il tema approfondito (Apixaban, Edoxaban, Dabigatran e Rivaroxaban), le indicazioni all'assunzione, le patologie che ne richiedono l'impiego e le controindicazioni. È dedicata una parte anche alle indicazioni per una corretta assunzione e le condizioni dove prestare particolare attenzione. Proprio in relazione a quest'ultima frase, il tema dell'anziano viene esposto in quanto destinatario principale che usa i NOAC. Molto legato al concetto di anziano, vi è quello della fragilità in quanto data l'età avanzata, sono molto presenti le malattie croniche e invalidanti che, se non gestite correttamente, costituiscono i presupposti per l'insorgenza e sviluppo delle disabilità.

Si espone, poi, come la professione infermieristica può agire per arginare le condizioni di pericolo, presentando il concetto della promozione dell'aderenza alla terapia attraverso la "*patient education*" e soprattutto come una corretta informazione rende più sicuro ed efficace il percorso di trattamento dell'utente.

Lo scopo di tale lavoro è realizzare una locandina informativa che presenta le informazioni tecniche circa i NOAC e le indicazioni comportamentali per promuovere l'autogestione della terapia aumentando la consapevolezza nell'assistito; un questionario di valutazione destinato agli utenti, con il quale si raccolgono i dati.

L'obiettivo è trovare risposta al seguente quesito: la locandina informativa trova efficacia nel fornire informazioni e indicazioni agli utenti che assumono i nuovi anticoagulanti orali con patologie di carattere cardiocircolatorio?

Si struttura un trial non controllato sviluppatosi nel territorio in collaborazione con il medico di medicina generale che, presso il suo studio, ha somministrato ai suoi assistiti la locandina e il questionario previa adeguata informazione circa lo studio e dopo aver ottenuto il consenso orale di partecipazione all'indagine.

Infine, si riordinano i risultati esponendoli anche con criteri statistici.

CAPITOLO 2

I Nuovi Anticoagulanti Orali

2.1 Problema

L'avvento in Italia della terapia con i Nuovi Anticoagulanti Orali (NOAC), ha apportato un grande cambiamento nel trattamento delle patologie cardiocircolatorie in quanto essi sono più sicuri rispetto agli anticoagulanti di vecchia generazione. Nonostante i numerosi vantaggi di cui dispongono, risulta essenziale fornire un'accurata informazione rivolta agli utenti che ne fanno utilizzo perché tali farmaci sono ancora oggetto di studi e sperimentazioni.

Gli utenti sono principalmente persone anziane affette da una o più malattie croniche e in trattamento terapeutico, anche numeroso e complesso.

Si presentano in Unione Europea ogni anno, circa trecentomila decessi causati dalla tromboembolia venosa, dieci milioni decessi causati dalla fibrillazione atriale e trecentosessanta mila decessi causati da eventi improvvisi quali ictus. A livello italiano invece la presenza di fibrillazione atriale risulta aumentata e secondo recenti studi è pari al 1,85%.

Pertanto, l'aspetto della fragilità dell'anziano unita alla polifarmacoterapia, possono andare a compromettere il fenomeno dell'aderenza alla terapia.

L'ambito nel quale la professione infermieristica può agire, riguarda l'aspetto educativo ed informativo dell'assistito e del caregiver per favorire e garantire un trattamento ottimale. [1]

2.2 Revisione di letteratura: il sangue e la cascata coagulativa

È noto che il nostro organismo è una macchina perfetta perché, proprio come una macchina, è costituito da numerosi organi i quali, con il loro lavoro sinergico e con le proprie preziose funzioni, si alimentano e sostengono a vicenda. Ogni organo è essenziale per lo sviluppo e la crescita del corpo umano e qual ora uno di questi dovesse ridurre la sua *performance* di lavoro, ecco che il deficit si ripercuote anche sugli organi ad esso strettamente collegato, come si può notare con il processo fisiologico dell'invecchiamento. [2]

Gli organi sono collegati tra loro grazie alla presenza dell'unico tessuto del corpo umano allo stato liquido: il sangue.

Dal punto di vista etimologico, la parola sangue possiede una radice indoeuropea *-sak*, dalla quale deriva *sanguen*, un termine dal latino arcaico divenuto successivamente *sanguis*. Con il termine sangue ci si riferisce quindi a un fluido che scorre, che è in movimento. [3]

Il movimento può essere riconducibile all'idea di vita che, per esempio, si può intendere come il movimento delle molecole che produce energia cinetica, perciò lavoro, oppure come il movimento terrestre che ha permesso lo sviluppo della vita sulla Terra o come l'attività fisica che porta molti benefici alla vita di ognuno di noi.

Storicamente, al sangue sono stati conferiti numerosi significati, soprattutto di carattere simbolico, dalle civiltà del passato. Il sangue era qualcosa che univa il corpo all'anima e distingueva la vita dalla morte. Ogni civiltà, in relazione alla cultura di appartenenza, aveva delle credenze spirituali che portava ad assumere dei comportamenti terreni in onore delle divinità o per liberarsi dal male.

Il drenaggio del sangue era una pratica che veniva impiegata dai medici di un tempo per il trattamento di sintomi come il mal di testa e il dolore, ma anche per l'infermità mentale. Quando si scoprì che anche nelle arterie scorreva il sangue, invece dell'aria come si pensava, iniziarono gli studi più approfonditi. Questo avvenne ad opera di Galeno, medico romano che segnò una grande svolta per la medicina di un tempo.

In seguito, alla fine del XVI secolo con l'invenzione del microscopio, vennero compiute grandi scoperte perché questo strumento permetteva di vedere ciò che l'occhio umano non poteva vedere e di studiare approfonditamente l'ignoto. Così la tecnologia ha permesso di conoscere il sangue: un tessuto costituito da una parte liquida e una corpuscolata. [4]

Il sangue è un tessuto connettivo fluido prodotto dai tessuti emopoietici, protagonisti del processo di emopoiesi, la quale si distingue in emopoiesi mieloide e linfoide a seconda che questa avvenga rispettivamente nel midollo osseo oppure negli organi linfatici. Un essere umano adulto ne detiene dai 4 ai 6 litri, ovvero l'8% del peso corporeo.

Il sangue ha la funzione di trasporto di ossigeno dai polmoni ai vari tessuti e di anidride carbonica dai distretti corporei ai polmoni per consentirne l'eliminazione attraverso la

respirazione; le sostanze di nutrimento presenti nell'apparato digerente vengono portate ai tessuti e le sostanze di scarto vengono allontanate dai tessuti ai reni per permetterne lo smaltimento attraverso l'azione di filtraggio promossa dai reni; trasporta anche ormoni dalle cellule endocrine agli organi bersaglio e, infine, le cellule staminali che dal midollo osseo vengono dirottate ai tessuti dove avviene l'impianto e successivamente la maturazione per dare luogo al processo di *turnover cellulare*.

Un'altra funzione del tessuto ematico è quella di proteggere l'organismo dalle offese sia esterne sia interne. Ciò avviene attraverso l'attivazione del processo di infiammazione, cioè un meccanismo che si innesca nel momento in cui il corpo umano rileva delle alterazioni chimiche, fisiche e biologiche. L'infiammazione si manifesta secondo i segni cardine: *dolor, calor, rubor, tumor e functio laesa*, cioè la zona interessata si presenta dolente, calda al tatto rispetto agli altri distretti corporei, la zona è circoscritta da arrossamento e gonfiore. Talvolta, si presenta anche la perdita della funzionalità di quel distretto corporeo.

Il sangue ha anche la funzione di regolazione del pH delle sostanze extracellulari in quanto il pH ematico è compreso tra i valori 7,35- 7,45 e, nelle situazioni in cui questo valore aumenta o diminuisce, si parla rispettivamente di alcalosi e acidosi. Il sangue ha la capacità di agire sulle anomalie del pH applicando i sistemi tampone e stabilizzandone il valore.

Inoltre, vi è anche la regolazione della distribuzione dei fluidi nel corpo e del loro bilancio nel senso che avviene attraverso l'assorbimento o l'espulsione in relazione alle necessità dell'organismo. Infine, la capacità di termoregolazione è un'altra funzione del sangue che consente di adattare il corpo agli stimoli provenienti dall'ambiente esterno.

Del tessuto connettivo si distinguono due elementi: la matrice extracellulare e la componente corpuscolata.

La matrice prende il nome di plasma ematico, un liquido di colore giallognolo, il quale è costituito da acqua pari al 92% del peso, nutrienti come glucosio, aminoacidi, acido lattico e lipidi; inoltre, sono presenti le proteine quali l'albumina, le globuline, il fibrinogeno, i fattori della coagulazione e gli enzimi. Sono presenti elettroliti come sodio (Na), potassio (K), magnesio (Mg), cloro (Cl), calcio (Ca), bicarbonato (HCO_3^-), solfato (SO_4^{2-}), fosfato (PO_4^{3-}) e prodotti di scarto azotati quali l'urea, l'acido urico,

l'ammoniaca, la bilirubina, la creatinina e la creatina. Infine, si trovano anche gli ormoni e i gas cioè ossigeno, anidride carbonica e azoto.

Le proteine sono la parte più consistente del plasma, ne sono state contate molte, ma quelle più importanti sono tre e vengono prodotte dal fegato.

L'albumina rappresenta il 60% delle proteine totali, ha la capacità modificare il flusso, la pressione e il volume ematico agendo sulla densità del sangue e quindi altera la resistenza allo scorrimento e agisce anche sull'osmolarità.

Le globuline si suddividono in sottoclassi quali alfa 1 globuline e alfa 2 globuline che hanno la funzione di trasportare lipidi, ormoni e grassi; beta globuline sono adibite al trasporto di transferrine e le gamma globuline derivano dai linfociti B e agiscono nell'immunità combattendo i patogeni.

Il fibrinogeno è una glicoproteina che ha un ruolo essenziale nel processo della coagulazione. È il fattore I della coagulazione, precursore della fibrina che è una sostanza costituente il coagulo ematico. La presenza o meno del fibrinogeno, distingue il plasma ematico dal siero ematico in quanto quest'ultimo è privo del fibrinogeno e quindi non ha la capacità di attivare il processo della coagulazione a differenza del plasma.

La parte corpuscolata del tessuto connettivo è costituita da sette diversi tipi di elementi figurati cioè gli eritrociti, le piastrine e i leucociti, i quali si distinguono in granulociti come i neutrofili, basofili ed eosinofili e in agranulociti come i linfociti e i monociti.

Gli eritrociti sono la componente principale del sangue (dai 4 ai 6 milioni di GR/ μ L), sono di forma discoidale, hanno sulla loro membrana delle glicoproteine e glicolipidi che determinano il gruppo sanguigno della persona (A, B, O e i gruppi Rh di tipo Rh+ e Rh-). La presenza degli eritrociti nel sangue è fondamentale perché hanno la funzione di trasportare i gas quali ossigeno ed anidride carbonica nell'organismo. Questo è possibile grazie alla presenza dell'emoglobina, che è una proteina presente con concentrazione compresa tra i 13-18 g/dl negli uomini e 12-16 g/dl nelle donne. Il trasporto è permesso dalla presenza del gruppo eme al cui centro si trova uno ione ferroso che costituisce il sito di legame per l'ossigeno. Per l'anidride carbonica invece il sito di legame si trova nelle globine (le quattro catene che costituiscono l'emoglobina, cioè le due catene *alfa* e le due catene *beta*). Questo permette

all'eritrocita di trasportare entrambi i gas contemporaneamente. Il globulo rosso vive centoventi giorni dopodiché nella milza avviene l'emolisi.

Le piastrine sono la componente ematica più numerosa secondaria agli eritrociti (150.000-450.000 piastrine/ μ L). La trombopoiesi è la produzione di piastrine che ha origine dai megacariociti che si trovano nel midollo osseo rosso. Il loro ciclo vitale è di dieci giorni.

Le piastrine, unendosi l'una all'altra, costituiscono i tappi piastrinici per tamponare le piccole lesioni vascolari, promuovono la manutenzione dei vasi secernendo i fattori di crescita e promuovendo l'emostasi. Un'ulteriore funzione è quella di sintetizzare il fattore XII della coagulazione, una proteina che va a sciogliere la fibrina del coagulo quando questo non è più necessario.

I leucociti sono la parte corpuscolata del sangue meno numerosa (5000-10.000 GB/ μ L), ma sono essenziali perché proteggono l'organismo da agenti patogeni e infettivi. Si distinguono i granulociti (neutrofili, eosinofili, basofili) e gli agranulociti (monociti e linfociti). [5]

Come precedentemente anticipato, il sangue funge anche da promotore della coagulazione nel caso in cui vi siano dei sanguinamenti a livello vascolare e si attiva per limitare la perdita di sangue; il processo fisiologico prende il nome di *cascata coagulativa*. I fattori della coagulazione sono delle proteine di produzione vascolare ed epatica. Quest'ultima è sostenuta dalla presenza della vitamina K, cioè una vitamina liposolubile che ha la funzione di garantire la presenza dell'enzima consentendo la produzione dei fattori della coagulazione. [6]

La cascata coagulativa è composta da delle fasi che si susseguono, ma l'innesco si ottiene soprattutto a seguito di un danno vascolare di origine traumatica o infiammatoria perché sulle pareti dei vasi sono presenti delle sostanze chimiche, quali il fattore di Willebrand e il trombossano A₂, che fungono da attivatori delle piastrine. Con ciò ha luogo la prima fase poiché, con il danneggiamento del vaso, si ottiene una risposta immediata che è la vasocostrizione e ciò permane fino a quando non vi è la riparazione completa del vaso. Successivamente vi è l'essenziale fase piastrinica, la quale ha luogo con l'adesione di piastrine alla lesione. Le piastrine poi si attivano e rilasciano delle sostanze chimiche che vanno ad attivare altre piastrine, ottenendo

l'aggregazione piastrinica finale. La fase successiva è quella della coagulazione, o fase plasmatica, cioè la coagulazione del sangue grazie alla trasformazione del fibrinogeno in fibrina che, insieme alle piastrine, si aggrega in un coagulo portando l'emostasi completa.

La trasformazione del fibrinogeno in fibrina avviene grazie alla trombina che deriva dalla protrombina (fattore II) e azionata dal fattore X attivato. Esso può essere attivato in due modi, attraverso la via intrinseca e la via estrinseca. Con la via intrinseca avviene la mutazione del fattore XII in fattore XII attivo, la via estrinseca avviene tramite sostanze chimiche vasali che vengono rilasciate, cioè la tromboplastina tissutale attiva il fattore VII e in seguito il fattore X. [7]

Una volta arrestata l'emorragia e riparato il vaso, avviene la fase fibrinolitica in cui interviene il plasminogeno, una proteina che viene trasformata in plasmina che lisa la fibrina e il fibrinogeno con la produzione di fattori di degradazione del fibrinogeno, i quali inibiscono la trombina. Inoltre, la plasmina consente di mantenere in equilibrio i fattori che producono il coagulo e i fattori che lo impediscono, con lo scopo di mantenere il sangue fluido e scorrevole. [8]

Per verificare l'adeguata fluidità ematica, è possibile effettuare un prelievo e ricercare i valori di *Prothrombin Time* (tempo di protrombina-PT) e *International Normalized Ratio* (rapporto internazionale normalizzato-INR), sono indici della coagulabilità ematica. Il PT misura quanti secondi impiega il plasma a coagulare (normalmente tra 9,5-13,5 secondi) e valuta la via estrinseca della coagulazione. [9]

I range dell'INR variano a seconda della condizione del soggetto analizzato perché in una persona sana i valori sono compresi tra 0,8-1,2; in una persona che fa uso di terapia anticoagulante il range è 2-3; mentre, in una persona ad elevato rischio tromboembolico, la finestra di valori è 3-4,5.

Inoltre, esistono altri due parametri che offrono informazioni utili circa la coagulazione del sangue: si tratta del tempo di tromboplastina parziale (PTT), il cui range è 60-70 secondi e il test di tromboplastina parziale attivata (APTT) il quale valuta la via intrinseca della coagulazione e normalmente si rileva tra i 30-40 secondi.

Infine, c'è il fibrinogeno che negli uomini è compreso tra 200-370 mg/dl e nelle donne 200-430 mg/dl. [10]

2.3 Nuovi farmaci anticoagulanti orali (NOAC)

La categoria dei nuovi farmaci anticoagulanti orali (NOAC) è stata introdotta in Italia nell'anno 2013. Dapprima, la terapia anticoagulante era capitanata dai due principi attivi: Warfarin e Acenocumarolo, i quali agiscono come antagonisti della vitamina K (AVK), cioè inibisce all'origine il processo della coagulazione; essi possiedono un'emivita plasmatica piuttosto protratta (8-11h per Acenocumarolo e 20-60h per Warfarin), il picco per il Warfarin si ottiene dopo 72 ore e l'effetto scompare dopo 3-5 giorni. Data la loro scarsa maneggevolezza, anche una piccola variazione del dosaggio, altera notevolmente la fluidità ematica portando il soggetto ad un'esposizione notevole di sanguinamenti, soprattutto a livello cerebrale. Possiedono anche numerose restrizioni in quanto interagiscono farmaci e alimenti ed è necessario un monitoraggio costante. Per tali motivi sono state elaborate nuove molecole, i NOAC. Si ritrovano i principi attivi Apixaban, Edoxaban e Rivaroxaban che inibiscono il fattore Xa, mentre Dabigatran inibisce la trombina in modo reversibile. Gli inibitori del fattore Xa, pur facendo parte della stessa categoria di classificazione, agiscono in modo molto differente. Analizzando i meccanismi d'azione si osserva che Apixaban è la molecola più potente perché ha un'affinità molto alta con il fattore Xa; la molecola Rivaroxaban è dose-dipendente, perciò, più il fattore Xa è presente, più la molecola è efficace; invece, la molecola Edoxaban inibisce il fattore Xa. Dal momento che il fattore Xa si trova in un punto di condivisione delle vie intrinseca ed estrinseca della coagulazione, gli inibitori del fattore Xa sono capaci di agire in entrambe le vie. Invece la molecola Dabigatran inibisce la trombina, ovvero il fattore II della coagulazione.

Numerosi studi sono stati svolti per accertare l'efficacia delle nuove molecole ed emerge che i NOAC sono più efficaci e sicuri rispetto agli AVK in termini di prevedibilità, tanto da poter utilizzare il farmaco in monodose giornaliera; si ottiene un risultato/ effetto veloce e non rende necessario un monitoraggio continuo degli indici della coagulabilità ematica perché il PT e APTT non sono sensibili e specifici a determinare l'azione di queste molecole. Ma, per valutare l'efficacia della terapia anticoagulante, si ricorre ad effettuare altri test specifici quali la misurazione del tempo di trombina (TT) e lo studio dell'attività inibente il fattore Xa. [11]

La cinetica di questi farmaci è molto differente tra loro; infatti, il Dabigatran è formulato come profarmaco e, una volta arrivato nel circolo sistemico, viene attivato dalle esterasi epatiche e sieriche. La molecola viene assorbita nell'intestino tenue. È importante che si assumano i pasti non in concomitanza con l'assunzione del farmaco perché ne riduce la tempestività dell'assorbimento ottenendo un effetto ritardato. La concentrazione massima si ottiene dopo 1-3 ore dall'assunzione e l'emivita è di 12-17 ore. Viene eliminato principalmente attraverso i reni e si assume in due volte al giorno. Rivaroxaban è anch'esso assorbito dall'intestino tenue, il suo assorbimento aumenta dopo l'assunzione del pasto, portando un aumento anche della biodisponibilità. La concentrazione massima avviene dopo 2-4 ore ed ha un'emivita di 11-13 ore. È disponibile in monodose.

L'assorbimento di Apixaban avviene nell'intestino tenue e nel tratto del colon ascendente, il picco di concentrazione avviene entro le 1-4 ore, l'emivita è di 8-15 ore e si assume con dose doppia giornaliera.

Edoxaban ha una concentrazione massima che avviene dopo 1-2 ore dall'assunzione e ha un'emivita di 10-14 ore, è presente in monodose. Queste ultime due molecole vengono eliminate attraverso la via renale e la posologia dipende dall'età e al peso.

L'assorbimento nell'intestino tenue è la caratteristica che accomuna i NOAC. In questo luogo è presente la glicoproteina P, cioè una proteina di trasporto che consente la fuoriuscita delle molecole dalle cellule impedendo l'assorbimento di farmaci e promuove l'eliminazione. Nel caso degli inibitori del fattore Xa, il metabolismo avviene ad opera dei citocromi CYP2C9 e CYP3A, presenti nelle cellule epatiche.

Dunque, gli inibitori e gli induttori della glicoproteina P modulano l'effetto della sua azione diminuendo o aumentando il risultato. È da evitare l'assunzione di NOAC in concomitanza agli induttori, come rifampicina, ipperico e il Fluconazolo. Nel caso di Dabigatran e Edoxaban è l'Amiodarone che incrementa la quantità sistemica dei farmaci in quanto inibitore della glicoproteina P.

L'eliminazione dei NOAC è principalmente renale per Dabigatran, mentre per Apixaban, Rivaroxaban e Edoxaban l'eliminazione è riservata sia a fegato sia a reni. È importante quindi rilevare eventuale presenza di insufficienza epatica perché determina un limite alla non prescrizione. Invece, in un quadro di insufficienza renale

moderata si diminuiscono i dosaggi della terapia e si monitora la clearance renale il cui range è 30-50 ml/min.

Nonostante i numerosi benefici, i NOAC possiedono anche dei fattori di rischio. Per i sanguinamenti del tratto gastrointestinale, la molecola Dabigatran risulta essere più impattante rispetto al Warfarin, come anche la molecola Rivaroxaban ha dimostrato causare un aumento di sanguinamenti gastrointestinali rispetto all'azione di Warfarin, si riconduce questa caratteristica al fatto che la modalità d'azione di questa molecola è dovuta al suo picco che avviene dopo 2-4 ore dall'assunzione. Apixaban, invece, si dimostra pressoché simile a Warfarin in relazione all'incidenza di sanguinamenti, ma è il farmaco più sicuro ed efficace nell'ottica di sanguinamenti del tratto gastrointestinale e sanguinamenti maggiori. Sono ancora in fase di studio e progettazione gli antidoti, tipologie di molecole che contrastano e neutralizzano l'effetto degli anticoagulanti, utilizzabili in situazioni di sanguinamenti importanti.

Nel caso di Dabigatran, il suo effetto viene neutralizzato dopo pochi minuti dalla somministrazione di Idarucizumab, ma al suo termine, il NOAC riprende l'effetto. Dato il limitato legame proteico, un'altra tecnica efficace è l'emodialisi. Diversamente, per Apixaban ed Rivaroxaban non è possibile applicare questa tecnica perché eliminati per via epatica. [12]

2.4 Indicazioni alla terapia anticoagulante orale

Essendo i NOAC dei farmaci particolari, possiedono delle precise indicazioni all'eleggibilità e delle controindicazioni per l'accesso alla terapia.

Le controindicazioni si riservano nei casi di gravidanza, di un'emorragia maggiore in atto, un'ipersensibilità al principio attivo e anche una predisposizione a grandi sanguinamenti. Dal punto di vista cardiologico, le controindicazioni si estendono anche nei casi in cui sia presente una valvola protesica meccanica e nei casi di stenosi mitralica da moderata a severa, che solitamente è di origine reumatica.

È poi presente un gruppo di condizioni cliniche che necessitano di una valutazione molto attenta bilanciando i benefici della terapia e i rischi ad essa correlati. Tra queste si ritrovano l'ulcera gastrointestinale, patologie neoplastiche che rischiano di produrre grandi sanguinamenti, un intervento chirurgico maggiore eseguito recentemente, recenti traumi ed un'emorragia sia a livello cranico, a livello spinale, nell'area del

retroperitoneo, la presenza di varici esofagee, la presenza di aneurismi, delle malformazioni a livello vascolare, condizioni di piastrinopatia e piastrinopenia, la presenza dell'ipertensione arteriosa grave e/o non controllata. [13]

L'eleggibilità è prevista nei casi di prevenzione dell'ictus ischemico secondario alla fibrillazione atriale non valvolare, cioè in assenza di protesi valvolare cardiaca meccanica. Inoltre, ne è previsto l'utilizzo nella prevenzione del tromboembolia venosa profonda (TVP) in concomitanza alla fibrillazione atriale correlata alla stenosi mitralica nativa e nelle insufficienze mitraliche; nella prevenzione dell'embolia polmonare (EP), anche nella riparazione della valvola mitrale, alla sostituzione della valvola bioprotesica, negli interventi riguardanti la valvola con tecnica transaortica. Inoltre, vengono sottoposti a trattamento anche gli assistiti che presentano tromboembolia secondaria a intervento chirurgico.

I NOAC sono la terapia di elezione per le persone che, sottoposte a intervento di riparazione di valvole biologiche, necessitano di terapia anticoagulante a breve termine. In molti campi di situazioni patologiche, i NOAC non sono ancora utilizzati perché sono in corso studi che ne accertano l'efficacia e le varie criticità. [14]

Essendo i NOAC più sicuri, prevedibili e controllabili, nel caso di mancata assunzione di dose, si può assumere la compressa entro la metà dell'intervallo di tempo previsto. Dal momento che i NOAC possiedono la caratteristica di avere mono o doppia somministrazione, si differenziano gli approcci di aggiustamento della dose. Quindi, nei NOAC che si assumono una volta al giorno, la dose deve essere ingerita non oltre le 12 ore successive all'assunzione prevista. Nel caso di doppia assunzione, si assume la dose successiva come da programma. Nell'incertezza dell'assunzione della dose, l'approccio varia in relazione al rischio tromboembolico, cioè se esso è elevato si consiglia l'assunzione di un'altra dose dopo 6-8 dalla presunta assunzione, se il rischio è basso si assume la dose successiva come da programma. Per i NOAC con regime di dosaggio due volte al giorno, la dose deve essere assunta non oltre le 6 ore dopo l'assunzione prevista. Oltre queste tempistiche, non deve essere assunta alcuna dose e si assume quella successiva come da programma. Se vi è il dubbio nell'assunzione della dose programmata, è prevista l'assunzione della dose 24 ore dalla presunta doppia assunzione. Nell'incertezza dell'avvenuta assunzione, in questo caso non è

previsto un ulteriore introito per il rischio di sovraccarico della molecola nel sangue, pertanto la dose successiva avverrà a periodi di 12 ore.

I NOAC vantano la fama di essere più sicuri rispetto al Warfarin in termini di sanguinamenti intracranici. L'incidenza dei sanguinamenti è inferiore, tuttavia, gli esiti che possiedono gli assistiti a seguito di emorragia intracranica sono dimostrati essere di minore impatto anche in termini di mortalità, che risulta essere diminuita con la terapia NOAC rispetto alla terapia con Warfarin. [15]

Oltre i sanguinamenti, possono verificarsi anche altre complicanze “*reazioni allergiche, trombocitopenia, necrosi cutanea, dita violacee (microembolizzazione del colesterolo) o alopecia*”. I sanguinamenti vengono poi classificati nel seguente modo: “*fatale, maggiore, pericoloso per la vita, eccessivo, clinicamente significativo, minore, evidente, banale o fastidioso.*” [16]

I sanguinamenti maggiori sono molto impattanti sia dal punto di vista sanitario ed economico, sia dal punto di vista di conseguenze alla persona perché gli esiti sono pressoché di tipo cronico. Le distinzioni dell'emorragia maggiore sono: “*emorragia fatale, un sanguinamento sintomatico in un'area o un organo critico, un sanguinamento che causa un calo del livello di emoglobina di 20 g L⁻¹ o che porta alla trasfusione di due o più unità di sangue intero o globuli rossi*”. [17]

Se il sanguinamento avviene durante un trattamento con NOAC, è importante conoscere di quale farmaco si tratta. È importante indagare la dose assunta, l'orario e se è presente anche una terapia adiuvante, come farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) e antiplastrinici. Risulta utile effettuare un prelievo ematico per indagare la funzionalità renale, epatica e la formula leucocitaria, oltre alla valutazione della coagulazione e la concentrazione nel plasma della terapia.

Nel sanguinamento lieve è importante posticipare la dose programmata, rivalutare il farmaco ed il suo dosaggio, oltre la rivalutazione della terapia adiuvante.

Nell'emorragia maggiore che non determina un pericolo per la vita, si attuano le misure di supporto, ossia la pratica della compressione meccanica favorendo quindi l'emostasi; per il sanguinamento di origine gastrointestinale, si pratica l'emostasi con tecnica endoscopica; anche l'emostasi chirurgica rientra tra le misure di supporto insieme all'utilizzo dell'acido tranexamico. Si utilizzano anche gli *antidoti* che, nel

caso del Dabigatran si tratta di Idarucizumab, ma per gli altri farmaci si pratica l'emodialisi. [18]

Nell'evenienza di effettuare un intervento chirurgico, variano gli approcci rivolti alla terapia anticoagulante perché si considera il fattore tempo. Negli interventi di emergenza, in cui vi è un grande rischio per la sopravvivenza della persona, si agisce immediatamente a livello ematico. Per la molecola Dabigatran, si utilizza l'antidoto Idarucizumab. Per gli altri tipi di NOAC, è previsto l'utilizzo degli inibitori del fattore Xa. In assenza di questi, si procede con la valutazione di concentrati di processo protrombinico (PCC) o del complesso protrombinico concentrato attivo (aPCC). Negli interventi urgenti, eseguibili in condizioni in cui vi è la minaccia della funzionalità di un determinato distretto corporeo, ma eseguibili entro qualche ora, devono essere effettuati almeno a 12 ore dall'ultima assunzione del farmaco, generalmente dopo 24 ore. In più, essendo disponibile un lasso di tempo di attesa della fine dell'effetto terapeutico, è possibile eseguire degli esami ematici per valutare la coagulazione e la possibile necessità di utilizzare gli inibitori dell'effetto anticoagulante prestatato dalla terapia. Poi ci sono le procedure che possono essere effettuate entro qualche giorno in quanto non vi sono condizioni che minacciano la sopravvivenza della persona. [19]

Per quanto concerne la gestione degli interventi in elezione che richiedono un'interruzione della terapia, si devono considerare i fattori chirurgici dell'assistito quali età, emorragie pregresse, trattamento con altri farmaci e la clearance renale. Talvolta, però, si effettuano degli interventi poco invasivi che in concomitanza a un basso rischio di sanguinamento e la possibilità di ottenere un controllo costante e sicuro, non rendono necessaria l'interruzione della terapia.

Nei sanguinamenti minori, infatti, è sufficiente interrompere la terapia 12-24 ore prima dell'intervento, ed è possibile riprenderla 6 ore dopo l'intervento. Successivamente, una volta che il rischio emorragico perioperatorio viene definito terminato, l'assistito può ritornare al proprio domicilio previa adeguata educazione alla gestione di un eventuale quadro emorragico e previa informazione del medico di medicina generale, il quale ricopre il ruolo di punto di riferimento per eventuali complicanze. Ed è raccomandato l'evitamento dell'assunzione di FANS.

In questa categoria, rientrano anche gli interventi ortodonzia per i quali non è ritenuto necessario sospendere la terapia anticoagulante per la presenza di tecniche emostatiche

che comprendono “*cellulosa ossidata o spugna di gelatina riassorbibile, suture, collutori con acido tranexamico o garze compressive imbevute di acido tranexamico*”. [20]

Nel caso di basso rischio di sanguinamento, un ruolo importante lo detiene la funzionalità renale perché in base ai suoi valori, si modula la somministrazione della terapia e il tempo.

Ossia, per l'assistito con una clearance renale normale, l'ultima assunzione la effettua 24 ore prima dell'intervento. È necessaria, invece, un'interruzione graduale per l'assistito che assume Dabigatran e possiede una funzionalità renale <80 ml/min. Nel caso di assunzione di inibitori del fattore X attivo e una funzionalità renale intorno a 15-29 ml/min, è necessario che l'ultima assunzione del NOAC risalga a più di 36 ore. Nel rischio elevato di sanguinamento è raccomandato che l'ultima assunzione di terapia anticoagulante, risalga a più di 48 ore. In questo caso è da considerare anche l'aumento del rischio tromboembolico, pertanto, si rende necessaria la valutazione dei rischi e benefici conseguenti al tipo di intervento terapeutico. In questa categoria rientra l'anestesia regionale in quanto è una procedura invasiva ed è possibile effettuarla previa sospensione da tre giorni per gli inibitori del fattore Xa e quattro, cinque giorni per Dabigatran. [20]

I NOAC sono stati formulati per ottenere una terapia con meno restrizioni. In relazione a ciò, anche dal punto di vista alimentare avviene una svolta importante perché questi farmaci consentono di conservare le abitudini alimentari, ma attenzionando a non assumere troppa vitamina K, ossia l'elemento che riduce l'attività della terapia.

La vitamina K si trova principalmente nelle verdure a foglia verde come spinaci, bietole, i cavoli, prezzemolo, broccoli, cime di rapa, carciofi. Anche in cereali, uova, thè verde e thè nero, nel fegato, nei latticini e in alcuni frutti come avocado, banane e kiwi. Invece c'è libertà di assunzione per melanzane, zucchine, finocchi, peperoni, funghi, zucca e cipolle. È importante regolare l'assunzione di alcolici a non più di mezzo litro di vino alla settimana perché, essendo metabolizzati dal fegato che è anche il produttore dei fattori della coagulazione, possono alterare tale fenomeno. È sempre consigliata l'attività fisica purché non esponga il corpo a subire traumi violenti. Per quanto concerne i viaggi è importante non variare troppo la dieta abituale. Nella sfera lavorativa è importante prestare molta attenzione all'attività da svolgere, prevenendo

traumi e incidenti facendo un corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e osservando le misure di sicurezza presenti nel luogo di lavoro. [21]

2.5 Anziani e aderenza alla terapia

La definizione di anziano è stata aggiornata molte volte in relazione al mutamento della società. Dato l'allungamento della prospettiva di vita, in Italia di 85 anni per le donne e di 82 anni per gli uomini, esistono vari modi per identificare l'anzianità in relazione anche delle caratteristiche delle persone. Si considera anziana una persona di età 65 anni; pertanto, individui dai 65 anni che possiedono un buon stato di salute e sono socialmente attive, rientrano nella terza età; le persone con più di 65 anni e si trovano in condizioni di diminuzione dell'autonomia e deperimento fisico, rientrano nella quarta età. Inoltre, un altro metodo di identificazione delle fasi dell'anzianità si ritrova nella creazione di sottogruppi, come i *“giovani anziani” (persone tra i 64 e i 74 anni), anziani (75 – 84 anni), “grandi vecchi” (85 – 99 anni) e centenari*. [22]

Secondo i dati Istat, *“nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche” e “le patologie più diffuse (in una lista di 22) sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%)”*. [23]

La presenza di più patologie di spessore implica una gestione terapeutica complessa, richiedendo manualità, attenzione e precisione. Ecco che, dato l'aumento della prospettiva di vita, il fenomeno della polifarmacoterapia (assunzione di cinque o più principi attivi al giorno) è molto diffuso. A ciò è correlato il concetto di *fragilità* che consiste nel determinare delle conseguenze consistenti sulla salute dell'anziano dal punto di vista organico, funzionale e dell'indipendenza a seguito di un evento anche esiguo. Perciò, attuando degli interventi specifici volti a promuovere l'autonomia, si riduce lo stato di fragilità dell'anziano. La presenza di disabilità date anche dalle patologie croniche, determina una diminuzione progressiva dell'autonomia e l'incremento della condizione di fragilità e la dipendenza nelle attività quotidiane. [24] Le patologie concomitanti necessitano di una terapia complessa che le vada a trattare in toto. Ma il successo del trattamento, si è visto essere condizionato notevolmente

dall'aderenza alla terapia, cioè “la costanza con cui il paziente segue le istruzioni date nella prescrizione dei trattamenti”. [25]

L'aderenza è compromessa dalla possibilità di effetti avversi potenziali, preparazione culturale esigua, presenza di deterioramento cognitivo, di disturbi psicologici, comportamentali e sociali. Invece, è sostenuta da una relazione di fiducia stabile tra utente/caregiver e infermiere, un trattamento di facile esecuzione e un'informazione chiara e consolidata circa la patologia da parte dell'utente e caregiver. [25]

2.6 Ruolo dell'infermiere nella *patient education*

L'educazione è uno dei vari aspetti che la professione infermieristica detiene. Infatti, il Profilo Professionale dell'infermiere, emanato attraverso il Decreto Ministeriale 739/94, recita al comma 2 dell'Articolo 1 “*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*”. [26]

Questo elemento lo si ritrova anche nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, precisamente nel Capo IV Rapporti con le persone assistite, all'Articolo 17- Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura, recita nella seconda parte “*L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili*”. [27]

Ciò rientra nel concetto di *patient education*, un tema molto discusso poiché il percorso di cura ha subito un'evoluzione dovuta alla riduzione delle degenze e l'importanza di effettuare un'informazione adeguata ed esaustiva per il proseguimento delle cure a domicilio.

Pertanto, l'educazione dell'assistito nell'attenersi al piano terapeutico diventa un passo essenziale da effettuare per raggiungere l'obiettivo della guarigione o comunque il mantenimento della stabilizzazione per le malattie di carattere cronico. Questo vede l'assistito come soggetto attivo nel percorso di cura, dotato di consapevolezza circa la condizione, l'acquisizione di nuove competenze e coinvolgimento nel percorso. [28]

Siccome la dimensione educativa rientra nella professione infermieristica, l'infermiere è quindi il punto cardine nell'educazione terapeutica del paziente (ETP) poiché

possiede le competenze per promuovere e sviluppare le abilità dell'assistito volte ad autogestire la propria condizione e di adattamento al trattamento favorendo l'aderenza. La relazione è di notevole importanza in quanto essa è tempo di cura e soprattutto permette di instaurare un rapporto tra infermiere e assistito che prevede delle fondamenta solide costituite da un rapporto di fiducia e rispetto reciproco. Per questo l'infermiere deve adattarsi alle caratteristiche dell'assistito e calibrare i termini relazionali per esprimere concetti educativi. È importante prediligere un ambiente tranquillo e confortevole, di disponibilità e che non sia di ostacolo o renda difficile tale processo. Nella relazione terapeutica è importante anche, una volta ricevute le informazioni, restituire all'interlocutore un *feedback* circa quanto stato detto per confermare la comprensione dei contenuti, che rende l'ascolto attivo un approccio efficace. Includere i familiare/caregivers nel processo, può essere favorevole in quanto strettamente legati all'assistito e possono fornire al professionista delle informazioni più dettagliate per un supporto domiciliare completo. Anche l'utilizzo di strumenti informativi a supporto dell'argomentazione è un metodo valido. [29]

Promuovere l'aderenza alla terapia è essenziale per fornire all'assistito tutte le informazioni riguardanti la patologia, la terapia, i comportamenti da assumere in vista di prevenire e gestire le complicanze potenziali e informare sul cambiamento che la quotidianità può subire.

CAPITOLO 3

Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è creare una locandina informativa con l'intento di fornire informazioni tecniche e gestionali riguardo alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali, NOAC.

Il lavoro è rivolto alle persone anziane con patologie a carico del sistema cardiocircolatorio. L'intento è di coinvolgere maggiormente l'assistito nel suo percorso di cura e di aumentare la consapevolezza personale dell'assistito circa la malattia e la terapia; infine, incrementare l'adesione e facilitare l'autogestione della terapia.

CAPITOLO 4

Materiali e metodi

4.1 Disegno dello studio

È stato condotto uno studio applicativo/sperimentale (trial non controllato) della durata di due settimane (dal 14/09/2022 al 30/09/2022) presso gli studi di medici di medicina generale ubicati nella località di San Polo di Piave (TV), in collaborazione con il medico di medicina generale della sottoscritta, la quale si è resa disponibile per somministrare locandina e questionario ai suoi utenti.

È stata ideata una proposta di locandina informativa (si consulti l'Allegato 1) che con questo studio si cerca di indagare il grado di efficacia e annotare i punti di forza e debolezza dello studio per l'eventuale modifica da apporre in futuro.

La locandina è stata progettata fruendo dell'applicazione PowerPoint in modo tale da organizzare e presentare le informazioni teoriche e le indicazioni pratiche in modo ordinato e preciso.

È stata ideata per un pubblico di persone anziane, pertanto si è cercato di presentare i contenuti con un font ben visibile (Arial 16) e sono state messe in risalto le parole importanti delle frasi impostando il loro carattere in grassetto. Si è cercato, poi, di prediligere frasi brevi con parole semplici in modo tale da permettere ai fruitori di cogliere i concetti. Un altro modo per far risaltare i contenuti e di distinguerli tra loro è stato l'utilizzo dei riquadri colorati, preferendo le sfumature per non appesantire la lettura. Le immagini (si veda l'Allegato 2) sono state ricavate liberamente da Internet cercando nel motore di ricerca la parola "sangue", "goccia di sangue" e "anticoagulanti". Per ottenere un effetto scenico, è stato scelto di ordinare i contenuti in tre colonne, permettendo così di ripiegare il foglio in tre parti, avendo così una parte esterna di presentazione e una interna contenutistica.

Per valutare poi la comprensione dei dati presenti nello strumento informativo, è stato creato un questionario (per i dettagli si veda l'Allegato 3) contenente all'inizio tre quesiti di carattere socio-demografico come introduzione. Successivamente, si ritrovano diciassette frasi alle quali corrisponde una risposta dicotomica (Sì-No). Nell'elenco delle frasi, vi sono anche delle formulazioni opposte presenti in modo sparso, di conferma. Anche le frasi sono state formulate in modo tale da far arrivare in modo diretto il quesito, inerenti ai contenuti esposti in locandina.

4.2 Campionamento

Il campione scelto per effettuare questo studio è 30 anziani, dai 65 anni in poi, affetti da una malattia di carattere cardiocircolatorio ed in terapia con un NOAC - Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban e Dabigatran - che si sono presentati nello studio del medico nel periodo di tempo utilizzato per la raccolta dati.

Tra i criteri di esclusione rientrano: persone più giovani (<65 anni), che non hanno patologie cardiocircolatorie e che non fanno uso di nuovi anticoagulanti orali o assumono Warfarin e Acenocumarolo.

4.3 Setting

Lo raccolta dei dati si svolge presso lo studio medico dei medici di medicina generale ubicato nel comune di San Polo di Piave (TV). Nel momento in cui l'utente con le caratteristiche conformi ai criteri di inclusione si presenta dal medico di medicina generale, questi gli somministra la locandina e il questionario alla fine della visita, prima del congedo.

4.4 Attività di raccolta dati e strumenti di misura

A seguito della richiesta di disponibilità avvenuta telefonicamente per la collaborazione alla raccolta dati avvenuta all'inizio del mese di luglio 2022 al medico di medicina generale della sottoscritta, con esito positivo, il giorno 26/08/2022 la stessa riceve il materiale, tre copie di locandine informative e 30 questionari. In questa occasione di colloquio avvenuto presso lo studio medico, si presenta nuovamente il progetto dello studio, chiarendo il lavoro in ogni suo aspetto.

L'attività di raccolta dati ha luogo dal giorno 14/09/2022 al giorno 30/09/2022, per un totale di due settimane e si articola in più fasi.

Una volta che l'utente si presenta presso lo studio del medico per presenziare all'appuntamento, a seguito della visita il medico propone di partecipare allo studio. Dunque, informa l'assistito in cosa consiste, cioè uno studio sperimentale per una tesi di laurea in infermieristica; tale studio prevede per l'utente la lettura di una locandina seguita dalla compilazione di un questionario di comprensione dei dati. Si informa anche che lo scopo è di verificare l'efficacia di tale strumento per conseguire l'obiettivo di aumentare l'adesione e la consapevolezza circa la terapia con i NOAC,

cui l'assistito è sottoposto. Si precisa inoltre, che la partecipazione è libera ed è garantito l'anonimato.

Dopo aver ottenuto il consenso verbale dall'utente, si può procedere con la rilevazione. Si sottolinea che l'utente non deve ricevere spiegazioni circa quanto scritto nel testo e aiuti nella compilazione del questionario, per non ottenere dei risultati non conformi alla realtà.

Lo strumento di misura è rappresentato dal questionario di valutazione. Esso è stato progettato per ottenere delle informazioni il più oggettive possibile circa la comprensione di quanto scritto all'interno dello strumento informativo. Dunque, sono state ideate diciassette frasi brevi, dal contenuto semplice e chiaro in modo tale da rendere tutto il questionario veloce da eseguire, intorno a cinque minuti.

Trattasi di frasi alle quali corrisponde una risposta che si è scelto essere di tipo dicotomico, cioè Sì oppure No per affermare o negare il concetto proposto.

Per avere un risultato veritiero e coerente, sono state formulate frasi opposte che nell'elenco si trovano in modo sparso. Per esempio, se la risposta alla frase "la principale complicanza della terapia è il sanguinamento" è Sì, alla frase opposta "i nuovi anticoagulanti orali non comportano alcune complicanze" la risposta è No.

Inoltre, si chiede al diretto interessato se le informazioni sono state esposte in modo chiaro e se facilitino la comprensione dell'argomento trattato.

Si rispettano le implicazioni etiche, garantendo il diritto di essere informato assicurando che i candidati le informazioni preliminari riguardanti il tipo di studio, le motivazioni di base, l'obiettivo, la metodica utilizzata; il diritto alla privacy ed alla dignità; il diritto all'anonimato in quanto non sono stati raccolti dati che possano ricondurre alla persona; il diritto alla non partecipazione in quanto l'adesione all'indagine è libera.

4.5 Affidabilità della raccolta dati

L'attività di raccolta dati per valutare l'efficacia dello strumento informativo con l'obiettivo di promuovere l'autogestione alla terapia con i Nuovi Anticoagulanti Orali, è stata eseguita in collaborazione con il medico di medicina generale della sottoscritta, presso il suo studio medico ubicato in San Polo di Piave (TV), per un periodo di tre settimane.

Il campione è stato scelto con le caratteristiche necessarie per orientare la ricerca in modo mirato e per ottenere un risultato conforme alla realtà e che rispondesse al quesito di ricerca iniziale. Il questionario è impostato in modo obiettivo per ottenere precisamente ciò che si vuole indagare.

4.6 Analisi dei dati

Ritirato tutto il materiale consegnato all'inizio dello studio, si è proceduto a effettuare un'analisi attenta e puntuale circa quanto ottenuto dalla ricerca avvenuta nel territorio. Si esegue una conta complessiva dei questionari, si effettua la valutazione delle risposte corrette ed errate presenti in ogni questionario.

Successivamente si crea una tabella che si utilizza per ordinare le risposte esatte e quelle errate. Pertanto, in tale schema si riporta nella prima colonna il numero progressivo della frase presa in esame, nella seconda colonna si riportano le volte in cui le risposte sono state date correttamente e nell'ultima vi sono le volte che le risposte sono state date erroneamente.

Si riporta la stessa tabella nell'elaborato, aggiungendo anche la colonna della percentuale delle volte in cui le risposte sono state date correttamente, al fine di ricavare dati statistici.

Di seguito si analizzano anche gli errori commessi, riportando anch'essi in modo tabulato per poter effettuare un'analisi più completa. La tabella è organizzata in tre colonne nominate progressivamente come: margine di errore, numero di questionari nei quali sono presenti gli errori corrispondenti, seguiti dal valore percentuale.

CAPITOLO 5

Risultati

I questionari compilati sono pari a 30. In relazione al genere si ottengono 17 questionari compilati da uomini e 13 questionari compilati da donne.

Il campione è caratterizzato da utenti che si sono recati presso lo studio del medico di medicina generale nel periodo di ricerca e che possiedono i seguenti indicatori: età \geq 65 anni, in terapia con un NOAC, affetti da patologie a carico dell'apparato cardiocircolatorio.

A seguito delle correzioni delle 17 frasi dei 30 questionari, si ottengono i risultati esposti alla Tabella I. Si rappresenta il grado di efficacia percepito rispetto la locandina, quante volte sono state risposte in modo corretto le frasi, la relativa percentuale e quante volte le frasi sono state risposte erroneamente.

Inizialmente si rileva in quale quantità è percepita l'efficacia della locandina; essa è ritenuta un valido strumento da tutte e 30 le persone che hanno aderito all'indagine.

Tabella I. Risultati dei questionari

Frase	Volte in cui la frase è stata risposta correttamente	% risposte corrette	Volte in cui la frase è stata risposta erroneamente
1-Rispetto alla locandina che ha letto, le informazioni sono chiare?	30: efficace	97%	0: non efficace
2-La principale complicanza della terapia è il sanguinamento.	27	90%	3
3-I Nuovi Anticoagulanti Orali rendono il sangue più fluido.	29	97%	1
4-I Nuovi Anticoagulanti Orali impediscono la formazione di trombi.	28	93%	2
5-Se subisce un trauma non è necessario preoccuparsene.	27	90%	3
6-Il dosaggio dei NOAC va continuamente modificato sulla base degli esami del sangue (come il Coumadin).	26	87%	4
7-La facilità d'uso è la caratteristica principale dei NOAC rispetto al Coumadin.	29	97%	1
8-È importante prestare attenzione ai traumi ed ematomi.	16	53%	14

9-I Nuovi Anticoagulanti Orali facilitano la formazione dei coaguli.	28	93%	2
10-I Nuovi Anticoagulanti Orali non comportano alcune complicanze.	25	83%	5
11-È necessario informare il medico in vista di interventi chirurgici.	28	93%	2
12-Assumendo NOAC non è necessario seguire una dieta particolare.	20	67%	10
13-I Nuovi Anticoagulanti Orali aumentano il rischio di sanguinamenti.	27	90%	3
14- Assumendo NOAC non serve fare gli esami del sangue frequenti.	26	87%	4
15-I NOAC sono meno sicuri di Warfarin e Acenocumarolo.	28	93%	2
16-Non è opportuno rendere noto il regime terapeutico in caso di interventi chirurgici programmati.	28	93%	2
17-Bisogna informarsi se il NOAC va assunto a stomaco pieno o vuoto.	30	100%	0

Complessivamente si rileva che il margine di risposta corretta è ampio; solo una domanda è risposta correttamente da tutti i candidati, la numero 17: Bisogna informarsi se il NOAC va assunto a stomaco pieno o vuoto.

Tuttavia, le frasi numero 8, è importante prestare attenzione ai traumi ed ematomi, e 12, assumendo NOAC non è necessario seguire una dieta particolare, ritrovano la correttezza della risposta molto ridotta rispettivamente in 16 e 20 questionari su 30.

La media delle volte in cui le 16 frasi, dalla numero 2 alla 17, sono state risposte correttamente, è pari a 26.

In ogni questionario corretto, sono stati messi in evidenza la quantità di errori presenti e organizzati e riportati nella Tabella II, nella quale si espongono gli errori dal minimo al massimo commesso, cioè da zero a otto errori, e in quanti questionari si ritrovano seguiti dal valore in percentuale corrispondente.

Da questa analisi si rileva che: 5 questionari su 30 sono stati svolti senza commettere alcun errore, in 13 questionari vi è un solo errore che corrisponde al 43%; in 6 questionari si contano due errori con una percentuale di 20%; nessun questionario contiene il margine di tre e quattro errori; cinque errori si trovano in 2 questionari corrispondenti al 7%, come anche sette errori si contano in 2 questionari.

Entrambi i margine di errore di sei e otto si contano in un questionario, rispecchiando il 3% del totale.

Tabella II. Quantificazione degli errori complessivi

Margine di errore	N° questionari	%
zero errori	5	17%
un errore	13	43%
due errori	6	20%
tre errori	0	0%
quattro errori	0	0%
cinque errori	2	7%
sei errori	1	3%
sette errori	2	7%
otto errori	1	3%

CAPITOLO 6

Discussione e conclusioni

6.1 Discussione

Lo studio sperimentale svolto vuole indagare l'efficacia della locandina informativa prodotta per promuovere l'autogestione della terapia.

I risultati che emergono dalla correzione dei trenta questionari ricavati dal periodo di raccolta di tre settimane sono organizzati in modo tale da esporre quante volte le frasi proposte sono risposte correttamente o meno e quante volte si presentano i margini di errore riscontrati. Più sono presenti le risposte corrette nei questionari, più si ritiene che la locandina informativa sia efficace nel trasferire informazioni.

Dalla prima tabella si rileva che la locandina informativa è ritenuta efficace da trenta persone, cioè tutti gli utenti che hanno aderito alla ricerca. Ciò significa che le persone ritengono utile la locandina informativa per promuovere le informazioni rispetto i NOAC. Data la mancanza di indicazioni richieste nella seconda parte della prima domanda, si deduce che anche l'impostazione contenutistica e grafica abbiano ottenuto approvazione dall'utenza.

Inoltre, è notevolmente visibile che le frasi sono risposte correttamente in molte frasi, ciò si evince dalle quantità dalle ventisette alle trenta volte che sono molto frequenti rispetto alle volte più ridotte e dalla quantità di errori che sono in minor quantità.

Tuttavia, si nota che alla frase numero 8 e 12 si conta un numero di risposte esatte molto inferiore rispetto alle altre risposte complessive e un numero di risposte errate consistente. Esse riguardano rispettivamente le frasi: "È importante prestare attenzione ai traumi ed ematomi" e "Assumendo NOAC non è necessario seguire una dieta particolare". In tal senso, sorge spontaneo chiedersi il motivo di tale risultato, perché gli assistiti non hanno appreso correttamente tali concetti?

Si propone per l'esecuzione di eventuali studi futuri, la possibilità di modificare e ottimizzare i punti della locandina cui non hanno trasmesso le informazioni corrispondenti in modo ottimale, al fine di migliorare la comprensione degli utenti.

Dalla seconda tabella si rilevano i margini di errori commessi contati in ogni questionario, cioè analizzandoli dal minimo di zero al massimo di otto.

Risulta che in 5 questionari non sono commessi errori, un solo errore si conta in 13 questionari, mentre due errori si contano in 6 questionari.

Considerando questi tre indici di risultato, i quali sommati valgono l'80%, si può sostenere che la maggior parte degli anziani che ha partecipato allo studio, ha appreso gran parte delle informazioni presenti nella locandina.

Il 20% dei questionari presentano numerosi errori, dai cinque agli otto errori, una quantità considerevole.

La loro elevata frequenza può trovare spiegazione nelle caratteristiche sociodemografiche dei soggetti, in quanto nei questionari corrispondenti si rileva la predominanza dell'età 75-84 anni e con educazione prettamente elementare.

Inoltre, per accedere allo studio è necessario avere una diagnosi di malattia dell'apparato cardiocircolatorio, ma tra i candidati non è conosciuta la presenza di disturbi cognitivi che determinano quindi la necessità o di uno strumento informativo progettato in modo più adeguato a tale condizione o della presenza di un caregiver dedicato alla spiegazione dei concetti.

In questo ultimo caso però, non sarebbe soddisfatto il criterio di inclusione perché il candidato deve rispondere in totale autonomia per ottenere un risultato il più vicino possibile alla realtà.

Lo studio nel territorio permette di utilizzare uno strumento che è sviluppato a fini informativo/educativi circa la gestione della terapia con i nuovi anticoagulanti orali, con l'obiettivo di promuoverne l'autogestione.

Un limite rilevante per tale studio è la quantità del campione: sono prese in considerazione 30 persone le quali si sono presentate presso gli studi medici; sarebbe più opportuno a fini statistici e di indagine, avere un campione più corposo, indicativamente sulle 50/60 persone, in quanto un campione più vario apporta dei risultati più verosimili alla realtà.

L'indicazione alla non partecipazione dei caregiver alla possibile richiesta di spiegazione dei contenuti, in alcuni casi si è dimostrato essere un limite poiché, dato l'elevato margine di errore raggiunto in sei questionari, è evidente che tale strumento non ha trovato efficacia nelle rispettive persone per una mancata comprensione dei contenuti.

Un ulteriore limite riguarda la scelta del lessico utilizzato sia nella locandina informativa sia nel questionario di valutazione. Talvolta, la semplificazione dei contenuti scientifici si dimostra complessa perché, oltre a rendere le informazioni accessibili agli utenti anziani, si vuole mantenere incorporata l'impostazione scientifica.

6.2 Conclusioni

Con questo elaborato di tesi sperimentale si vuole presentare come i nuovi farmaci anticoagulanti orali siano una categoria tanto interessante quanto particolare e richiedente attenzione, data la vasta gamma di rischi che può portare alla persona.

Per condurre la ricerca e creare il materiale di lavoro, si procede eseguendo una ricerca in letteratura per approfondire l'argomento, scoprendo molteplici curiosità.

Si approfondisce il tema dei NOAC, le indicazioni per accedere al trattamento oltre alle indicazioni cui il trattamento è invece controindicato. Inoltre, si riposta anche quanto la professione infermieristica sia essenziale per sviluppare le conoscenze e promuovere l'aderenza alla terapia con il conseguente obiettivo di promuoverne anche l'autogestione.

Parafrasando i contenuti, si arriva a creare la locandina informativa che viene proposta come strumento soggetto a valutazione da parte degli utenti per verificarne l'efficacia. Questa ricerca eseguita nel territorio ha permesso di sperimentare la qualità dello strumento informativo, ideato per aumentare l'informazione nell'anziano che assume una terapia con i nuovi anticoagulanti orali.

Il metro di misura per definire efficace la locandina, si dimostra essere il maggior numero di risposte corrette da contare nei questionari.

A seguito dello svolgimento dello studio, i risultati sono positivi perché, attraverso l'analisi dei trenta questionari raccolti, si rileva che la maggior parte delle risposte, presente nell'80% dei questionari, è corretta.

Ciò fa dedurre che i contenuti presentati attraverso la locandina, sono stati recepiti e gli utenti hanno dato prova di aver appreso e assimilato il concetto letto in precedenza per poi rispondere correttamente.

Quindi, si ritiene la locandina un valido strumento per promuovere l'informazione di base volta a condurre correttamente il trattamento terapeutico indicato dal medico, in accordo con l'utente.

Dal punto di vista infermieristico, si mette in risalto quanto la professione è di supporto alle persone sottoposte a trattamenti a lungo termine, in modo da unire la parte farmacologica alla quotidianità, per conservare il più possibile lo stile di vita accogliendo così la complessità della terapia.

L'infermiere ricopre un ruolo importante perché, grazie alle competenze e capacità professionali di cui è in possesso, si trova nella posizione tale per cui rende in questo caso le due varianti complessità del farmaco e la quotidianità più affini possibile. Questo perché informare e educare l'utente è essenziale per promuovere l'aderenza alla terapia, nonché la consapevolezza con il risultato finale di un'autogestione del trattamento nel contesto del domicilio.

Un esempio a riguardo si ritrova anche nel momento della dimissione dal nosocomio in cui l'infermiere informa e educa l'assistito circa gli esami successivi a cui dovrà sottoporsi, come anche la gestione delle medicazioni, oppure la gestione dei farmaci antidolorifici a domicilio e l'utilizzo di vari ausili.

L'attività infermieristica di educazione ed informazione ritrova un vasto spazio di impiego; è importante che sia svolta adeguatamente per prevenire le molteplici complicanze che si ripercuotono nelle sfere fisiche, economiche, sociali e ambientali dell'assistito e della comunità tutta.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

¹ Giulia Digiuni, Massimo Alberio, Davide Ausili, Stefania Di Mauro, I nuovi farmaci anticoagulanti orali: prospettive sulla qualità di vita e sull'assistenza infermieristica, L'Infermiere n°2 / 2018, Fnopi, 2018, 15-20.

² Perché il corpo umano è una macchina perfetta?, Sapere.it, 2021 Copyright De Agostini Editore S.p.A. Recuperato da: <https://www.sapere.it/sapere/strumenti/domande-risposte/medicina-corpo-umano/perche-corpo-umano-macchina-perfetta.html>, ultima consultazione il 26/07/2022.

³ Sangue, Il significato originale di parole e parolone nella lingua italiana, 2018. Recuperato da <https://www.etimoitaliano.it/2018/09/sangue.html>, ultima consultazione il 26/07/2022

⁴ Il sangue ha sempre giocato un ruolo altamente simbolico nelle diverse civiltà nonostante la collocazione geografica, il sistema culturale, il grado di sviluppo sociale e scientifico del popolo coinvolto, Il sangue, tra simbologia e storia, 2016. Disponibile a: <http://avisgattinara.it/approfondimenti/sangue-tra-simbologia-e-storia/>, ultima consultazione il 27/07/2022.

⁵ Kenneth S. Saladin, Anatomia umana (2° edizione italiana), Piccin, 2017.

⁶ Vitamina K, ISSalute informarsi conoscere scegliere, 2021. Disponibile a: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/v/vitamina-k#rischi-correlati-a-carenza-o-eccesso>, consultato il 30/07/2022.

⁷ Coagulazione del sangue, Salute nella scienza, 2000-2022, recuperato da: <https://www.salute-nella-scienza.it/medicina/coagulazione-del-sangue.htm>, consultato il 03/08/2022.

⁸ Alessandro Rubini, Elementi di fisiologia umana (II edizione), Piccin, 2010.

⁹ Anticoagulanti orali (TAO), i valori del PT e INR, interazioni con altri farmaci, Nurse Times, 2021, disponibile a: <https://nursetimes.org/anticoagulanti-orali-tao-i-valori-del-pt-e-inr-interazioni-con-altri-farmaci/65586>, consultato il 03/08/2022

¹⁰ Esami della coagulazione, Nurse24+it, aggiornato il 14/06/2022, disponibile a: <https://www.nurse24.it/studenti/indagini-diagnostiche/coagulazione-analisi-sangue.html>, consultato il 06/08/2022

¹¹ Antonio Bellasi, Luca Di Lullo, Gianvincenzo Melfa, Claudio Minoretta, Carlo Ratti, Carlo Campana, Maurizio Volpi, Stefano Mangano, Biagio Di Iorio, Mario Cozzolino, i nuovi anticoagulanti orali (NOAC): cosa deve sapere un nefrologo, *Giornale italiano di Nefrologia*, 2016, 33, 4.

¹² Nicola Ferri, Alberto Corsini, Nuovi anticoagulanti orali: considerazioni di farmacologia clinica, *Giornale italiano di Cardiologia*, 2015, 16, 11, 3-16.

¹³ Nota 97 allegato 2, Guida alla prescrizione della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nella FANV, aggiornato il 14/10/2020, Recuperato da: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1728116/nota-97-all-2.pdf>

¹⁴ Jan Steffel, Peter Verhamme, Tatjana S Potpara, Pierre Albaladejo, Matthias Antz, Lien Desteghe, Karl Georg Haeusler, Jonas Oldgren, Holger Reinecke, Vanessa Roldan-Schilling, Nigel Rowell, Peter Sinnaeve, Ronan Collins, A John Camm, Hein Heidbüchel, The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal*, 2018, 39, 1330-1393, capitolo 1.

¹⁵ Jan Steffel, Peter Verhamme, Tatjana S Potpara, Pierre Albaladejo, Matthias Antz, Lien Desteghe, Karl Georg Haeusler, Jonas Oldgren, Holger Reinecke, Vanessa Roldan-Schilling, Nigel Rowell, Peter Sinnaeve, Ronan Collins, A John Camm, Hein Heidbüchel, The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal*, 2018, 39, 1330-1393, capitolo 9.

¹⁶ S. Schulman, C. Kearon, Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3, 692-694.

¹⁷ S. Schulman, C. Kearon, Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3, 692-694.

¹⁸ Jan Steffel, Ronan Collins, Matthias Antz, Pieter Cornu, Lien Desteghe, Karl Georg Haeusler, Jonas Oldgren, Holger Reinecke, Vanessa Roldan-Schilling, Nigel Rowell, Peter Sinnaeve, Thomas Vanassche, Tatjana Potpara, A John Camm, Hein Heidbüchel, 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of

Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation, European Heart Rhythm Association, 2021, 23, 10, 1612-1676, capitolo 6.

¹⁹ Jan Steffel, Ronan Collins, Matthias Antz, Pieter Cornu, Lien Desteghe, Karl Georg Haeusler, Jonas Oldgren, Holger Reinecke, Vanessa Roldan-Schilling, Nigel Rowell, Peter Sinnaeve, Thomas Vanassche, Tatjana Potpara, A John Camm, Hein Heidbüchel, 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation, European Heart Rhythm Association, 2021, 23, 10, 1612-1676, capitolo 13.

²⁰ Jan Steffel, Ronan Collins, Matthias Antz, Pieter Cornu, Lien Desteghe, Karl Georg Haeusler, Jonas Oldgren, Holger Reinecke, Vanessa Roldan-Schilling, Nigel Rowell, Peter Sinnaeve, Thomas Vanassche, Tatjana Potpara, A John Camm, Hein Heidbüchel, 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation, European Heart Rhythm Association, 2021, 23, 10, 1612-1676, capitolo 12.

²¹ Guida per la persona in trattamento con farmaci anticoagulanti orali, Azienda ospedaliera Università Padova, 2016, consultato il 30/08/2022.

²² Quando si diventa “anziani”?, Società Italiana Geriatria Gerontologia (SIGG), 2022, consultato il 01/09/2022

²³ Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia Anno 2019, Statistiche report Istat, 2021, consultato il 03/09/2022.

²⁴ Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia, I luoghi della cura rivista online Network Non Autosufficienza (NNA), 2019, disponibile a: <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/01/individuazione-precoce-e-prevenzione-della-fragilita-nella-popolazione-che-invecchia/>, consultato il 12/09/2022.

²⁵ Nicola Ferrara, Pierfranco Terrosu, Giuseppe Zuccalà, Alberto Corsini, Politerapia e polifarmacia nell’anziano con scompenso cardiaco cronico, Giornale Italiano di Cardiologia, 2013, 14, 46-51.

²⁶ Decreto Ministeriale, 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

²⁷ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Il testo approvato dal Consiglio Nazionale, 13 aprile 2019.


²⁸Jessie Gruman, Margaret Holmes Rovner, Molly E. French, Dorothy Jeffress, Shoshanna Sofaer, Dale Shaller, Denis J. Prager, From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education, *Patient education and counselling*, 2010, 78, 3, 350-356.

²⁹ Smith, Jackie A. PhD; Zsohar, Helen PhD, RN, Patient-education tips for new nurses, *Nursing2022 the peer – reviewed journal of clinical excellence*, 2013, 43, 10, 1-3.


ALLEGATI

Allegato 1. Locandina informativa

Facciata esterna



Università degli studi di Padova
Relatore: Prof. A.C. Zorzi Alessandro, Dipartimento di Scienze cardio-toraco-vascolari e sanità pubblica
In collaborazione con Dott.ssa Tomasi Emanuela

 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA & CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE DI TREVISO
ANNO ACCADEMICO 2021-2022
A CURA DI CRISTINA CAMPION

**PROMOZIONE DELLA
CONSAPEVOLEZZA
SULLA TERAPIA
ANTICOAGULANTE
ORALE**

Facciata interna

I **Nuovi Anticoagulanti Orali (NOAC)** sono stati formulati per fare fronte alle numerose limitazioni che Warfarin (Coumadin) e Acenocumarolo (Sintrom) imponevano.

Ma a cosa servono?

A impedire la formazione di coaguli, chiamati **trombi**, nei vasi sanguigni, rendendo il sangue più **fluid**.

Sono indicati nella prevenzione di patologie che colpiscono cuore, polmoni, cervello e gli organi in generale.

I NOAC sono stati introdotti in Italia nel 2013 e sono quattro:

- **Apixaban (Eliquis)**
- **Edoxaban (Lixiana)**
- **Rivaroxaban (Xarelto)**
- **Dabigatran (Pradaxa)**

La loro caratteristica principale è la **sicurezza**.

Metabolismo, cibi e farmaci assunti li influenzano meno, agiscono in minor tempo e siccome l'efficacia è più breve rispetto agli anticoagulanti precedenti, vi è un maggior controllo degli effetti desiderati. Per questi motivi vengono assunti ad un **dosaggio fisso**.

La novità

Questi farmaci **non** necessitano di una costante esecuzione degli esami del sangue per monitorare gli indici della coagulazione (INR) al fine di aggiustare il dosaggio della terapia orale. Rimane **necessario** effettuare esami del sangue periodici (ogni 3-6 mesi).

Nella vita di tutti i giorni

- > Assumi la terapia regolarmente;
- > Controlla se il tuo farmaco va assunto a stomaco pieno;
- > Limita l'assunzione di antidolorifici della categoria dei "FANS" (es. aspirina, ibuprofene);
- > In caso di intervento chirurgico, dentistico o esami invasivi (es gastroscopia o colonscopia) informati se e quanto a lungo devi interrompere il farmaco.

Consigli comportamentali

- ❖ Decidi un orario di assunzione della terapia e mantienilo **costante**;
- ❖ Conserva i blister in un luogo **visibile** e al sicuro da pericoli (es. fonti di calore);
- ❖ Aiutati con i **contenitori** per organizzare la terapia della settimana;
- ❖ Se necessario, organizza la terapia con un **familiare/caregiver**;
- ❖ Fai riferimento al tuo **medico** per ogni dubbio ed evenienza.



Gli effetti dei NAOC possono anche eccedere dalla condizione desiderata. Infatti, la complicanza principale è il **sanguinamento**.

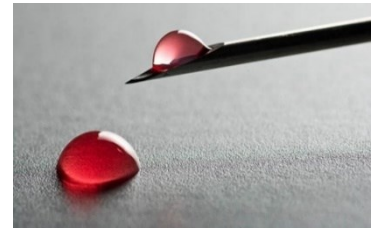
Contatta il medico in caso di:

- ❖ comparsa di sanguinamenti spontanei e di ematomi spontanei,
- ❖ feci scure,
- ❖ traumi, specialmente della testa.

Allegato 2. Immagini presenti nella locandina informativa, liberamente tratte dal web.



URL:https://www.google.com/search?q=universit%C3%A0+degli+studi+di+padova+logo&tbm=isch&ved=2ahUKEwjOr9bc38j6AhV4kP0HHQEbASAQ2-cCegQIABAA&aq=universit%C3%A0+degli+studi+di+padova+&gs_lcp=CgNpbWcQARgAMgUIABCABDIECAAQHjIECAAQHjIGCAAQHhAFMgYIABAcEAUyBAGAEb4yBAGAEb4yBwgAEIAEEBgyBwgAEIAEEBgyBwgAEIAEEBgy6BwgAELEDEEM6CAGAEIAEELEDOgQIABBDOgQIIxAnOgcIIxDqAhAnOggIABCxAXCDAToECAAAQAzolCAAQgAQQsQMgQwFQ-wZYsk1go1toAXAAeAKAAZYBiAH3HZIBBTI1LjE0mAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWewAQRAAQE&scient=img&ei=mko9Y876BPig9u8PgbaEgAl&bih=714&biw=1536



URL:
https://www.google.com/search?q=sangue&sxsrf=ALiCzsaEY7sS5c07rVxl_NiLLJtZQJ5nBw:1664961176295&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjg8ujb38j6AhWHPewKHQvGCigQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1536&bih=714&dpr=1.25#imgcr=74ZPTVEK2wM



URL:https://www.google.com/search?q=anticoagulanti&sxsrf=ALiCzsaMub-dgSu-U6mwhMmoTudlqcEUrA:1664962560891&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj3-oXw5Mj6AhUOH-wKHQeoCg0Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1536&bih=656&dpr=1.25

Allegato 3. Questionario di valutazione

DIPARTIMENTO DI MEDICINA & CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE DI TREVISO ANNO ACCADEMICO 2021-2022
A CURA DI CRISTINA CAMPION



QUESTIONARIO

Ora che ha letto la locandina, la invito a compilare questo sintetico questionario anonimo. Le chiedo di prestare attenzione perché i dati che poi raccoglierò, saranno utili per capire la qualità e l'efficacia dello strumento informativo.

INIZIAMO!

Genere: M F

Età: 64-74 anni 75-84 anni +85 anni

Grado di istruzione:

scuola elementare scuola media scuola superiore laurea

01- Rispetto alla locandina che ha letto, le informazioni sono chiare? Sì No
Se sì, le ha trovate utili? Sì No
Se no, cosa migliorerebbe? (Es. più oppure meno immagini, più colori, testo più sintetico...) _____

- 02- La principale complicanza della terapia è il sanguinamento. Sì No
03- I Nuovi Anticoagulanti Orali rendono il sangue più fluido. Sì No
04- I Nuovi Anticoagulanti Orali impediscono la formazione di trombi. Sì No
05- Se subisce un trauma non è necessario preoccuparsene. Sì No
06- Il dosaggio dei NOAC va continuamente modificato sulla base degli esami del sangue (come il Coumadin). Sì No
07- La facilità d'uso è la caratteristica principale dei NOAC rispetto al Coumadin. Sì No
08- È importante prestare attenzione ai traumi ed ematomi. Sì No
09- I Nuovi Anticoagulanti Orali facilitano la formazione dei coaguli. Sì No
10- I Nuovi Anticoagulanti Orali non comportano alcune complicanze. Sì No
11- È necessario informare il medico in vista di interventi chirurgici. Sì No
12- Assumendo NOAC non è necessario seguire una dieta particolare. Sì No
13- I Nuovi Anticoagulanti Orali aumentano il rischio di sanguinamenti. Sì No
14- Assumendo NOAC non serve fare gli esami del sangue frequenti. Sì No
15- I NOAC sono meno sicuri di Warfarin e Acenocumarolo. Sì No
16- Non è opportuno rendere noto il regime terapeutico in caso di interventi chirurgici programmati. Sì No
17- Bisogna informarsi se il NOAC va assunto a stomaco pieno o vuoto. Sì No

Grazie per la collaborazione!