SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale – DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Educazione terapeutica: interventi infermieristici efficaci, atti a modificare uno stile di vita non salutare nel paziente infartuato

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Cefis Mara

Direttrice di Tesi:
Camponovo Silvana

Anno accademico: 2016-2017
Manno, 31 luglio 2017

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi."

“Il cuore dell’uomo è come il vestito del povero; è dove è stato rammendato più volte che è più forte”.

Paul Brulat

(«Esami | Il Cuore di Roma», s.d.)

ABSTRACT

Background

Nei paesi occidentali, le malattie cardiovascolari risultano essere una delle prima cause di mortalità e morbilità, nonostante i continui progressi della medicina. L'Infarto Miocardico Acuto (IMA), è da considerarsi una malattia cardiovascolare destabilizzante sia sul piano fisico che su quello psicologico. La stessa, può ridurre la qualità di vita del soggetto, rallentandone di conseguenza la riabilitazione cardiovascolare. Questo importante programma riabilitativo di prevenzione secondaria, è da considerarsi utile ad ottenere un recupero globale del paziente in funzione ad un ottimale ritorno ad una vita soddisfacente. L'infermiere, all'interno del programma riabilitativo, agisce principalmente da insegnante e promotore della salute, essendo in grado di erogare interventi educativi utili ad aiutare i soggetti infartuati, ad evitare fattori di rischio cardiovascolari e a modificare il proprio stile di vita non salutare.

Obiettivo

L'obiettivo principale del corrente Lavoro di Tesi, è quello di identificare all'interno della letteratura scientifica, quali siano gli interventi infermieristici che risultano efficaci a stabilire nel paziente infartuato la capacità di aderenza al trattamento e la modifica di uno stile di vita non salutare.

Metodologia

La metodologia utilizzata è una revisione di letteratura scientifica. Le principali banche dati consultate sono PubMed e Science Direct (Elsevier). La domanda di ricerca del Lavoro di Tesi è "*Quali interventi infermieristici di educazione terapeutica coordinati da infermieri, risultano efficaci a stabilire nel paziente infartuato la capacità di aderenza al trattamento e la modifica di uno stile di vita non salutare*?" La stringa di ricerca maggiormente utilizzata è " **myocardial infarction AND lifestyle AND nurse education".** I criteri di inclusione per gli articoli trovati sono stati: anno di pubblicazione tra 2005 e 2017, articoli comprendenti interventi educativi erogati da infermieri, studi comprendenti entrambi i sessi, abstract consultabile e area geografica internazionale.

Risultati

I risultati di sette articoli consultati ed approfonditi, hanno comprovato l'efficacia di alcuni interventi educativi coordinati dalla figura infermieristica, al punto tale che i soggetti attenti nel modificare il loro stile di vita e le loro abitudini, hanno ridotto i fattori di rischio cardiovascolari e la mortalità. L'infermiere tramite riunioni, colloqui, accesso a siti web, incontri ambulatoriali, telefonate a domicilio e consulenza individuale (counselling), eroga interventi educativi e si impegna a fornire ai soggetti il suo sapere rispetto a come comportarsi a riguardo di abitudini inappropriate, incoraggiando e motivando i pazienti ad essere attivi nella propria cura.

Conclusioni

L'infermiere ha la possibilità di fornire molteplici interventi educativi per la promozione della salute nei pazienti che hanno subito un IMA. Questi professionisti, si ipotizza possano facilmente implementare programmi di educazione rispetto alla riduzione del rischio e al miglioramento del decorso post-infarto nel soggetto cardiopatico.

INDICE

1. INTRODUZIONE 1
1.1 Introduzione alla tematica 1
1.2 Motivazioni personali e professionali 1
2. METODOLOGIA 3
2.1 Evidence- Based- Nursing 3
2.2 Revisione della letteratura 3
3. QUADRO TEORICO 6
3.1 Infarto miocardico acuto 6
3.2 Epidemiologia 6
3.3 Eziologia 7
3.4 Fisiopatologia 8
3.5 Fattori di rischio cardiovascolari 9
3.6 Tipologie di infarto 9
3.7 Manifestazioni cliniche 10
3.8 Diagnostica 10
3.9 Trattamento farmacologico e non farmacologico 12
3.10 Procedure d'intervento invasive 14
3.11 Riabilitazione cardiovascolare 14
3.12 Fattori influenzanti l'aderenza terapeutica nella riabilitazione cardiovascolare 16
3.13 L'infermiere promotore della salute 20
3.14 L'infermiere e l'educazione terapeutica 22
4. METODOLOGIA 27
4.1 Domanda di ricerca e obiettivi 27
4.2 Tappe metodologiche 28
4.3 Sintesi dei risultati 30
5. DISCUSSIONE DELLA REVISIONE 32
5.1 Discussione dei risultati 32
5.2 Limiti degli studi 38
6. CONCLUSIONI 40
6.1 Conclusioni della revisione della letteratura 40
6.2 Conclusioni personali e possibili sviluppi per la ricerca futura 41
7. RINGRAZIAMENTI 43
8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 44
9. ALLEGATI 49
9.1 Acronimi e tabelle riassuntive dei risultati 49

1. INTRODUZIONE

1.1 Introduzione alla tematica

Nel presente Lavoro di Bachelor, il mio intento consisterà nel valutare, tramite una revisione della letteratura, una tematica legata all'IMA. Più precisamente, ciò a cui vorrei prestar maggior attenzione, sarà identificare quali interventi infermieristici di educazione terapeutica, sono maggiormente citati scientificamente e risultano essere efficaci nel permettere al paziente infartuato l'aderenza al proprio trattamento e la modifica di uno stile di vita non salutare.

Dopo un evento cardiovascolare acuto come l'infarto, molteplici sono i fattori che possono influenzare la partecipazione e l'adesione ai programmi riabilitativi. Alcuni soggetti non si sentono all'altezza di far parte di questi programmi, poiché riferiscono di possedere alcuni fattori del proprio stile di vita a cui non possono fare a meno, come il fumo di sigaretta, l'alimentazione ricca di grassi saturi e l'inattività fisica (Ruano-Ravina et al., 2016).

Altri studi riportano come in seguito a un IMA, le persone possono sviluppare uno stato d'ansia, l'insorgenza di sintomi depressivi e uno stato di stress (Piegza et al., 2015). La problematica in oggetto, risulta così un evento estremamente significativo sul piano fisico, ma anche un'esperienza fortemente traumatica a livello psicologico; tutto ciò può ridurre la qualità di vita del paziente, rallentando di conseguenza la riabilitazione cardiovascolare e il ritorno alla propria vita di sempre (Molinari, Compare, & Parati, 2006).

Da queste molteplici nozioni, mi sono posta alcuni interrogativi che mi hanno portato ad approfondire maggiormente la tematica e, grazie al mio Lavoro di Bachelor, cercherò di dare risposte a queste domande.

1.2 Motivazioni personali e professionali

Le motivazioni che mi hanno portato a scegliere questo argomento sono molteplici. In primo luogo, le malattie cardiovascolari sempre più riconosciute come una delle principali cause di morte, mi hanno da sempre incuriosita in particolar modo per il luogo in cui insorgono.

L'IMA, non è solo una grave patologia cardiovascolare, essendo che colpisce l'individuo nella sua globalità. Il cuore, occupa nella coscienza umana una posizione significativa considerando che, il suo pulsare è il motore della vita. Proprio per questo, il cuore risulta al centro della vita emotiva, poiché ogni stato d'animo si riflette in tutti i suoi aspetti su questo organo vitale ed in particolare nel suo modo di battere. La sua parte anatomica e le sue molteplici funzioni, mi hanno portata ad approfondire questa tematica e, più precisamente, ad esaminare nello specifico cosa avviene quando nell'individuo si sviluppa un IMA.

Nel mio percorso professionale alla SUPSI, durante uno stage ospedaliero praticato in medicina, ho avuto la possibilità di prendermi a carico di pazienti cardiopatici che avevano subito un IMA in passato. I soggetti in questione dopo l'evento, dimostravano ancora stati di preoccupazione e, nonostante fosse passato del tempo, indagando, ho potuto constatare che molti di loro possedevano ancora delle abitudini legate al proprio stile di vita poco salutare. Spesso, nonostante questi pazienti avessero effettuato un programma riabilitativo cardiovascolare, accusavano preoccupazioni e difficoltà nel ritornare alla propria vita di sempre; in quanto, l'evento stesso aveva arrecato dei

cambiamenti, tali da non permettere loro di svolgere le attività che precedentemente venivano eseguite senza problemi.
Il rientro a casa dopo un ricovero ospedaliero per IMA, per molti, porta all'inizio di una nuova vita. Il corpo è sopravvissuto a un serio pericolo e, anche la psiche, oltre al fisico, viene messa a dura prova. Il soggetto può avere un'altra percezione di sé, al punto di dover rivedere i propri rapporti con la famiglia, con la società e con il mondo lavorativo. Senso di fragilità, paura e a volte anche rabbia possono aprire le porte ad ansia e anche ad esaurimento. Ciò che ho sempre voluto effettuare nei molteplici stage svolti come allieva infermiera, era sì, stabilizzare il soggetto a livello fisico ma, quello su cui preferivo indirizzarmi era approfondire la parte psicologica, che talvolta era disfunzionale e portava il soggetto in questione a non modificare aspetti negativi che si ripercuotevano sulla sua vita. L'approfondimento dell'aspetto psicologico, legato alla patologia in essere, spesso si dimostra uno dei più ostici da elaborare e perciò, ritengo vada preso maggiormente in considerazione.
In conclusione, una delle motivazioni che mi ha sicuramente portata ad approfondire il tema in questione, è riconducibile ad un evento personale che mi ha toccata particolarmente. Purtroppo, circa 1 anno fa, mio padre ha subito un infarto miocardico. A partire dalla sua testimonianza e dall' esperienza che ho vissuto anch'io in prima persona, ho potuto constatare che la problematica citata poco sopra, faceva parte del vivere quotidiano di mio padre. Dopo l'evento cardiovascolare, tanti sono stati i sentimenti negativi che l'hanno colpito come lo stress e gli stati d'ansia. Inoltre, mio padre ha riscontrato delle difficoltà nell'apportare modifiche al proprio stile di vita. Se da una parte ha aderito in maniera positiva al programma di riabilitazione cardiovascolare propostogli, dall'altra, apportare le dovute modifiche al suo stile di vita non è stato per nulla facile.
Mio padre, come appena citato, nonostante avesse seguito un programma riabilitativo, accusava spesso sintomi ansiosi e si poneva diversi interrogativi circa "la sua nuova vita". Questi elementi, hanno ritardato la ripresa di alcune attività e per un certo periodo, questa situazione non gli ha permesso di vivere le sue giornate in modo completamente sereno.
Nel mio piccolo, quale allieva infermiera, ho cercato di applicare e mettere in pratica interventi educativi, informando mio padre sulle conoscenze in mio possesso che potevano aiutarlo a tranquillizzarsi per far fronte al problema.
Ciò in cui ho avuto maggiori difficoltà, era l'erogare interventi informativi ed educativi rispetto alla rimozione di caratteristiche dello stile di vita non salutari, come il tabagismo e l'alimentazione ricca di grassi saturi.
Purtroppo, ho potuto constatare personalmente che quel che avevo messo in pratica non era abbastanza ed è per questo, che grazie al mio Lavoro di Tesi, vorrei comprendere quali possono essere alcuni interventi e strategie efficaci che si possano applicare alla problematica in oggetto e, se quest'ultime potranno essere realmente indicate nell'apportare delle modifiche significative nel paziente infartuato.

2. METODOLOGIA

Di seguito, presenterò la metodologia utilizzata per l'elaborazione del documento redatto. Questo mi permetterà di esporre successivamente il mio Lavoro di Bachelor. Inizialmente, comincerò nel descrivere l'Evidence Based-Nursing (EBN) e successivamente, mi addentrerò nell'approfondire e spiegare nel miglior modo possibile il metodo di revisione della letteratura, procedimento adoperato per lo sviluppo del presente Lavoro di Tesi.

2.1 Evidence- Based- Nursing

L'assistenza al paziente, risulta un processo complesso che deve tenere conto della situazione del soggetto con suoi bisogni, i suoi limiti, le sue risorse e la pianificazione di obiettivi assistenziali realistici con una personalizzazione mirata dei trattamenti (Chiari, Mosci, & Naldi, 2006). Per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate alla popolazione, con il passare del tempo vi sono stati molteplici cambiamenti. Tali procedure hanno creato dei mutamenti che, hanno fatto crescere in termini qualitativi e quantitativi, le competenze richieste al professionista. Sempre più spesso l'educazione è un aspetto che, oltre ad essere praticato ai pazienti, viene erogato anche ai colleghi ed altri operatori sanitari. Il continuo aggiornamento e insegnamento al prossimo, implica al singolo professionista, la capacità di destrezza e dimestichezza con gli strumenti informatici e l'abilità nell'uso e nella valutazione critica della letteratura. Tale processo porta i professionisti sanitari all'inevitabile ricerca clinica orientata a risultati validati (Chiari et al., 2006). La pratica infermieristica basata sulle evidenze, risulta un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza del paziente, stimola il professionista a ricercare informazioni clinicamente valide e rilevanti di tipo prognostico, terapeutico e diagnostico. Tale pratica si incentra nell'identificare i problemi che si generano nelle attività quotidiane o, più specificatamente, nell'assistere un determinato paziente, traducendo queste incertezze in quesiti ricercabili (Chiari et al., 2006). L'EBN, viene identificato come un processo per mezzo del quale la figura infermieristica, assume le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili. Grazie a questa pratica, che deve essere sempre basata su solide prove scientifiche aggiornate, i professionisti possono migliorare la qualità delle cure assumendo decisioni basate sulle migliori ricerche disponibili (Chiari et al., 2006).

2.2 Revisione della letteratura

Le revisioni di letteratura, sono delle ricerche scientifiche volte a raccogliere e sintetizzare in un unico documento, gli studi pubblicati e condotti su un determinato quesito o argomento (Aromataris & Pearson, 2014).
Eseguire una sintesi critica dei lavori pubblicati, risulta una funzione fondamentale in ambito sanitario, in quanto permette di offrire una revisione letteraria, finalizzata all'aggiornamento di un determinato argomento (Saiani & Brugnolli, 2010). Le revisioni, non sono incentrate su nuovi studi o sull'apprendimento di nuove conoscenze, bensì, il loro scopo è quello di sintetizzare e raccogliere quelle già esistenti (Aromataris & Pearson, 2014). La messa in atto delle stesse, permette di avere a disposizione una dettagliata e approfondita analisi dei singoli articoli, così da poter arrivare a delle conclusioni, mettendo in evidenza possibili lacune collegate ad un determinato argomento (Westlake, 2012).

Le revisioni della letteratura, possono essere suddivise in tre tipologie differenti: le revisioni tradizionali, le metanalisi e le revisioni sistematiche (Chiari et al., 2006).
Le revisioni tradizionali hanno spesso come oggetto un tema vasto, come ad esempio l'assistenza al paziente colpito da ictus. All'interno di tale documento, si possono evidenziare ad esempio la fisiopatologia dell'ictus e le risposte ad altri svariati quesiti dati dalla patologia presa in considerazione. Solitamente, la revisione tradizionale non segue alcun metodo predefinito e come tale, i suoi risultati possono essere pesantemente condizionati dai suoi autori. Tali documenti fanno parte della letteratura terziaria, ossia basata su opinioni (Chiari et al., 2006).
Le metanalisi, riassumono gli studi primari attraverso una metodologia quantitativa, integrando all'interno risultati numerici di più studi. Vengono definite elaborazioni statistiche in grado di fornire in modo pratico la valutazione globale di diversi studi (Chiari et al., 2006).
Le revisioni sistematiche, sono delle sintesi di ricerche precedentemente effettuate nell'ambito di un tema clinico e rappresentano dei veri e propri studi scientifici letterari. Questa tipologia di revisione, risponde ad un quesito particolarmente specifico articolato in quattro punti: Popolazione (P), Intervento (I), Comparazione (C), Esito (O). Questo metodo di revisione, deve realizzarsi partendo da un protocollo di ricerca esplicito e ben definito. Per tale motivo, le revisioni sistematiche si dicono parte della letteratura secondaria, ossia formulata a partire da studi primari (Chiari et al., 2006).
Per essere definita sistematica, una revisione di letteratura deve possedere un protocollo di ricerca che chiarisce anticipatamente tutto il percorso delle diverse fasi che compariranno all'interno dello documento. Le fasi da presentare sono molteplici (Saiani & Brugnolli, 2010). Come appena riportato, la prima azione da svolgere si collega alla definizione del quesito di ricerca: il metodo PICO. Attraverso tale ricerca, lo scopo è quello di rispondere a quesiti specifici. La precisione e la chiarezza del quesito di ricerca, permette di effettuare una revisione letteraria la più esclusiva possibile e pertanto, una domanda di ricerca ben determinata faciliterà l'individuazione della letteratura che meglio saprà rispondere al quesito principale (Chiari et al., 2006). Secondariamente vi sono le strategie di ricerca, ovvero la ricerca degli studi. Per favorire questa azione, occorre eseguire in modo preventivo la definizione e la formalizzazione delle strategie di ricerca. In questa fase occorre esporre i database da consultare e per essere certi di non escludere parti rilevanti, bisogna sviluppare delle ricerche iniziali ampie, per poi effettuarne di più specifiche e mirate (Chiari et al., 2006).
La composizione del lavoro di revisione è seguita dalla definizione dei criteri di inclusione ed esclusione degli studi. I criteri di inclusione solitamente indicano il tempo di pubblicazione, il principale focus dell'articolo, il disegno di ricerca, gli interventi e gli esiti che devono comparire (Saiani & Brugnolli, 2010). Anche i criteri di esclusione sono fondamentali per specificare maggiormente la ricerca; alcuni possibili criteri possono essere l'età dei partecipanti e le caratteristiche di alcune popolazioni. Il processo di selezione degli studi, solitamente si applica a partire dagli abstract degli articoli e, già da questa azione, si può verificare se nel loro contenuto vi sono elementi pertinenti al quesito di ricerca iniziale (Saiani & Brugnolli, 2010).
Oltre alla formulazione di criteri di inclusione ed esclusione, all'inizio della ricerca è fondamentale inserire all'interno dei motori di ricerca, delle parole chiave che possano aiutare a identificare articoli che parlino dell'argomento di cui si necessita e che rispondano al quesito di ricerca iniziale (Aromataris & Pearson, 2014). Tra le molteplici parole chiave che riteniamo importanti da usare, si possono introdurre gli operatori booleani che permetteranno di ampliare o restringere la ricerca. Tra i diversi operatori troviamo: AND che delimita la ricerca alle citazioni che includono sia parole di testo o

intestazioni di soggetto. Successivamente vi è OR, che permette di espandere la ricerca e, infine, vi è l'operatore NOT che scarta studi inclusi nella citazione effettuata (Aromataris & Pearson, 2014). All'interno della ricerca bisogna porre particolare attenzione anche al Bias, ovvero l'errore sistematico, che può apportare delle modifiche sulla rappresentatività degli esiti, rendendo così non esatta la conclusione logica (Chiari et al., 2006).

Dopo diverse ricerche e identificazione di testi idonei al nostro quesito iniziale, vi è l'estrapolazione dei dati e l'analisi dei dati derivanti dagli studi trovati (Chiari et al., 2006). L'estrapolazione dei dati, è il processo attraverso il quale lo scrittore della revisione ottiene le informazioni necessarie sulle caratteristiche e i risultati degli studi inclusi. Solitamente, un metodo molto utile di estrazione dei dati viene reso dalle tabelle riassuntive che riportano le informazioni generali dello studio, le caratteristiche di tale studio insieme ai partecipanti, i tipi di intervento, gli esiti misurati e i risultati (Chiari et al., 2006)

Infine vi è l'ultima fase dove, con l'analisi dei dati, si possono sintetizzare i singoli studi insieme ai loro risultati e questo, permette di fornire un risultato globale rispetto al quesito della revisione. Tale azione ci permette in conclusione di identificare se realmente gli effetti del trattamento da noi ricercato sono coerenti e soddisfacenti con il quesito di ricerca identificato all'inizio di tutto il percorso (Chiari et al., 2006).

3. QUADRO TEORICO

3.1 Infarto miocardico acuto

L'infarto miocardico è un urgenza vitale («Info infarctus du programme ELIPS à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève», s.d.). Più precisamente, l'infarto miocardico sottostà ad un grande insieme di sindromi denominate "sindromi coronariche acute". Se presenti, le sindromi coronariche acute risultano situazioni d'urgenza che vanno prese seriamente in considerazione e vanno riconosciute e trattate rapidamente (Wyss et al., 2015).
In caso di IMA, un'area del cuore subisce un processo di necrosi cellulare, ovvero muore (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). La necrosi a livello miocardico è causata da un' ischemia prolungata che è data dal risultato di un' inadeguata perfusione per squilibrio tra richiesta ed offerta di ossigeno (Thygesen, Alpert, & White, 2007).

3.2 Epidemiologia

L'IMA, risulta una delle principali cause di mortalità e disabilità nel mondo intero (Roffi et al., 2016). Se da una parte questo evento può costituire una situazione minore nell'ambito di una patologia cronica persistente e, in alcuni casi può sfuggire alla diagnosi, d'altro canto la problematica può rilevarsi uno degli eventi più catastrofici che conducono alla morte improvvisa conseguente ad un grave deterioramento emodinamico (Thygesen et al., 2007).
Il termine *infarto miocardico,* comporta delle importanti implicazioni fisiche e psicologiche sia per la persona che per la società; questo perché è considerato un indicatore di uno dei maggiori problemi di salute pubblica al mondo e una delle primarie malattie cardiovascolari (Thygesen et al., 2007).
Secondo l'Ufficio Federale Svizzero di Statistica (UST), nel 2012, per quel che riguardava le cause di ricovero più frequenti in ospedale, le malattie del sistema cardiocircolatorio (152'000 casi) si collocavano al terzo posto, soprattutto per la presenza di infarti del miocardio e/o insufficienza cardiaca («Statistiche degli stabilimenti ospedalieri 2015: dati provvisori», s.d.).
Secondo un'altra statistica Svizzera (UST) effettuata nel 2014, un terzo delle persone moriva a causa di malattie cardiovascolari. Risalgono a 20'972 i casi di morte dovuti a questa problematica, ovvero il 33% di tutti i decessi («Cause di morte nel 2014», s.d.).

Nella successiva tabella, viene illustrata una statistica che riporta alcuni dati riguardanti le cause di morte nell'Unione Europea (UE) nell'anno 2016 calcolata su 100'000 abitanti.
Come si può evincere, sia in Svizzera che nelle diverse nazioni dell'UE, le malattie del cuore (Heart Disease) sono causa importante di mortalità, collocandosi al terzo posto. Purtroppo, tale classifica è la dimostrazione che, le malattie cardiovascolari sono una problematica attuale e in continua crescita.

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (¹)	Cancer (²)	Lung cancer (³)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28 (⁴)	383.4	131.9	265.1	55.2	31.3	82.5	38.1	5.9	11.7	33.2	4.0	6.6
Belgium	301.2	78.4	259.5	61.9	27.7	109.2	51.3	7.2	17.3	38.7	3.1	6.2
Bulgaria	1 085.8	199.5	245.9	47.6	35.5	53.8	14.7	8.3	9.8	30.6	8.7	10.1
Czech Republic	670.3	364.4	289.7	55.5	39.3	82.0	30.4	7.7	15.2	31.8	6.8	8.4
Denmark	267.7	86.8	301.6	72.0	36.6	127.5	42.0	4.1	11.3	38.5	4.0	5.7
Germany	433.1	155.0	256.2	51.1	29.6	76.8	29.9	4.7	11.8	36.3	3.3	5.1
Estonia	718.2	311.1	291.1	51.5	36.5	42.6	22.6	7.3	17.0	27.1	8.1	7.4
Ireland	343.9	166.5	286.2	60.0	34.4	131.3	48.6	4.0	11.1	40.3	4.0	6.7
Greece	404.7	97.9	250.2	61.5	21.8	95.7	15.6	9.5	4.8	32.1	2.3	5.5
Spain	253.1	72.1	238.9	49.5	34.5	91.7	45.7	4.4	8.1	25.3	2.6	6.6
France	212.9	51.8	245.0	49.1	26.8	56.5	52.8	5.1	15.5	32.9	2.3	7.1
Croatia	694.6	310.3	333.8	65.4	50.2	57.8	21.4	10.1	16.2	41.3	5.3	9.5
Italy	322.8	104.2	250.6	50.5	27.8	60.3	34.6	5.8	6.6	31.6	1.2	6.7
Cyprus	341.6	104.2	202.3	36.2	19.6	84.3	30.9	6.2	5.2	30.5	2.5	5.3
Latvia	914.6	462.2	300.6	49.3	34.5	43.1	15.9	9.8	19.1	34.8	11.1	10.0
Lithuania	894.1	589.3	272.6	45.4	32.4	52.0	20.9	11.0	36.1	31.3	10.2	8.5
Luxembourg	310.8	89.7	243.8	47.1	32.0	72.8	44.8	7.8	9.3	39.0	2.4	6.4
Hungary	778.2	396.6	352.1	89.0	56.4	81.3	19.7	7.7	21.2	39.1	7.4	7.4
Malta	405.8	214.2	230.4	40.3	30.2	113.7	23.5	5.1	5.1	40.5	2.0	5.1
Netherlands	282.8	66.5	284.4	67.6	33.9	90.1	54.5	4.2	11.3	37.6	2.7	5.6
Austria	443.8	191.7	249.7	45.9	27.2	50.5	36.9	5.9	15.4	33.5	3.2	5.4
Poland	635.3	140.1	292.4	68.4	36.1	79.8	18.7	10.7	16.4	30.4	8.6	7.9
Portugal	304.8	65.6	243.0	37.6	36.1	123.7	33.4	7.3	9.8	26.8	3.4	6.6
Romania	968.6	323.9	269.7	53.2	32.5	75.7	19.1	12.1	12.2	31.3	16.2	6.1
Slovenia	451.5	111.2	314.7	54.7	41.3	80.4	20.6	8.1	21.7	36.1	3.7	9.5
Slovakia	711.6	433.3	327.1	52.1	53.6	86.1	23.5	7.4	12.1	40.2	9.2	9.8
Finland	388.2	208.5	223.0	41.0	22.7	36.5	141.1	6.1	16.4	28.8	1.8	6.0
Sweden	354.1	139.2	236.8	38.8	29.5	64.2	42.1	3.3	13.0	28.9	3.3	6.5
United Kingdom	276.4	126.1	279.6	61.6	28.1	144.2	44.2	2.7	7.4	35.2	2.8	6.4
Liechtenstein	230.5	87.4	248.3	51.0	11.2	97.6	55.6	2.3	7.5	40.9	11.2	12.7
Norway	288.5	104.9	252.9	52.5	37.0	97.1	41.5	4.8	11.3	26.5	3.2	6.8
Switzerland	294.7	105.7	223.5	42.6	22.4	56.3	45.4	4.3	13.3	31.4	1.7	5.3
Serbia	954.1	158.9	297.9	70.0	39.1	77.4	28.4	8.2	16.8	42.4	11.7	8.7
Turkey (⁴)(⁵)	340.4	104.9	175.5	53.0	15.3	89.1	36.2	6.7	2.1	12.1	1.7	3.5

(¹) Ischaemic heart diseases.
(²) Malignant neoplasms.
(³) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.
(⁴) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85–89, 90–94 and 95 and over.
(⁵) 2012.
Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)

Figura: («Causes of death statistics - Statistics Explained», s.d.).

3.3 Eziologia

Sebbene nella maggior parte dei casi, alla base delle sindromi coronariche acute o cardiopatie, vi sia l'aterosclerosi coronarica, oltre alla rottura della placca ateromasica, vi sono altre cause che possono ridurre l'apporto sanguigno al cuore, portando alla necrosi del tessuto miocardico (Thygesen et al., 2007). Una di queste è il vasospasmo, definito come improvvisa vasocostrizione con conseguente riduzione del lume vasale di un'arteria coronaria, oppure il ridotto apporto di ossigeno che può derivare da un episodio di emorragia acuta, ipotensione arteriosa o anemia. Altre cause possono essere legate all'aumentato fabbisogno di ossigeno che origina ad esempio da un aumento della frequenza cardiaca, ad una tireotossicosi o a un'indigestione di cocaina (De Lorenzi, Lehmann, Tognon, & Cominetti, 2010). Infine, l'IMA potrebbe essere causato da un trauma miocardico causato da forze esterne o interne, oppure per la presenza di anomalie congenite o alcune alterazioni strutturali patologiche (Smeltzer et al., 2010). Nonostante ciò, il 90% degli infarti è su base aterosclerotica, mentre il restante 10% riconosce le altre cause (Gioia, 2002).
Come riportato precedentemente, in tutti questi casi si stabilisce un profondo squilibrio tra fabbisogno di ossigeno del tessuto miocardico e apporto dello stesso (Wyss et al., 2015).

3.4 Fisiopatologia

Dal punto di vista fisiopatologico, la sindrome coronarica acuta presa in considerazione viene identificata con un processo di necrosi miocardica causata da un periodo di ischemia (deficit di apporto sanguigno) prolungata (Thygesen et al., 2007). Generalmente, l'insorgenza di questa problematica provoca ipossia, ovvero un ridotto rifornimento di ossigeno che può indebolire le cellule e indurre ad apoptosi, definita morte cellulare (Tortora & Derrickson, 2011).

Di solito, l'apporto sanguigno deficitario e quindi la riduzione del flusso ematico in un'arteria coronaria, è dovuto alla rottura di una placca ateromasica che fa conseguire un'occlusione completa dell'arteria da parte di un trombo all'interno di essa (Smeltzer et al., 2010). Questa completa occlusione a livello coronarico può determinare un infarto miocardico. Siccome il tessuto cardiaco, che è in posizione distale rispetto all'ostruzione, diventa necrotico, viene sostituito da tessuto non contrattile cicatrizzato. Per questo meccanismo, il muscolo cardiaco perde parte della sua forza (Tortora & Derrickson, 2011).

Bisogna tenere in considerazione inoltre che, in base alla grandezza e alla posizione della parte necrotica, un infarto cardiaco può distruggere il sistema di conduzione del cuore e questo potrebbe addirittura portare alla morte per una fibrillazione ventricolare (Tortora & Derrickson, 2011). La placca ateromasica deriva dall'aterosclerosi, che è un accumulo anomalo di lipidi o grassi e di tessuto fibroso nella parete dei vasi sanguigni. L'accumulo di queste sostanze può portare all'occlusione o riduzione del lume del vaso diminuendo così il flusso ematico al miocardio (Gioia, 2002). Non è sempre chiaro come le sostanze lipidiche possano evolvere in questa patologia, tuttavia, vi sono alcuni fattori ambientali e genetici che divengono responsabili di questa formazione. Lo sviluppo delle lesioni aterosclerotiche sono spesso associate a un processo infiammatorio che si attiva dalla lesione dell'endotelio vasale. Questo meccanismo è per lo più innescato dai fattori genetici e ambientali (Smeltzer et al., 2010).

I diversi danni a livello del lume vasale vengono provocati dall'immigrazione dei macrofagi, che si infiltrano nelle lesioni dell'endotelio inglobando i lipidi che a loro volta si trasformano in cellule schiuma. Le cellule macrofagiche a loro volta attivate, rilasciano delle sostanze biochimiche che vanno a danneggiare ulteriormente le lesioni endoteliali, richiamando le piastrine e il processo di coagulazione (De Lorenzi et al., 2010). Successivamente, si creano dei depositi che vengono chiamati ateromi, placche ateromasiche o semplicemente placche che vanno a depositarsi nel lume vasale riducendolo e ostruendo il flusso sanguigno. Gli ateromi possono essere stabili o instabili in base al grado di infiammazione e alla forza che ancora appartiene al rivestimento fibroso (Gioia, 2002). Se il rivestimento è molto fragile e sottile e lo stato infiammatorio è durevole, la formazione lipidica può progredire e aumentare di dimensioni e per questo, andare incontro a una rottura e successiva emorragia all'interno della placca ateromasica. La formazione di un trombo diviene la conseguenza della rottura della placca e la presenza di questo accumulo di sostanze può ostruire il flusso sanguigno portando a un IMA o a morte cardiaca improvvisa (De Lorenzi et al., 2010). Le complicanze e i sintomi dell'aterosclerosi dipendono dal grado e dalla sede dove è avvenuta la formazione di trombi, dalla riduzione del lume vasale e dall'ostruzione del flusso ematico al cuore. L'ostruzione del flusso è solitamente progressiva e, la conseguente insufficiente perfusione miocardica priva le cellule cardiache di ossigeno di cui necessitano per sopravvivere. Questa condizione è detta ischemia miocardica e l'angina pectoris, caratterizzata prevalentemente da dolore toracico, è una problematica che si crea a seguito della presenza di ischemia (De Lorenzi et al., 2010).

A differenza dell'angina pectoris, la riduzione significativa e/o prolungata della perfusione miocardica provoca un danno irreversibile e la necrosi delle cellule del cuore porta all'IMA (Smeltzer et al., 2010). Quando si sta sviluppando l'infarto cardiaco, la morte cellulare non è evidente nell'immediato, ma richiede un determinato periodo di tempo per svilupparsi. La necrosi completa di tutte le cellule miocardiche a rischio richiede almeno dalle due alle quattro ore se non oltre, in funzione della presenza di circolo collaterale nella zona ischemica, dell'occlusione coronarica intermittente o persistente e del fabbisogno individuale di ossigeno e di nutrienti (Thygesen et al., 2007).

3.5 Fattori di rischio cardiovascolari

I fattori ambientali e genetici che possono portare all'insorgenza di una cardiopatia sono molteplici. L'aterosclerosi coronarica e le altre cause che possono condurre a una sindrome coronarica acuta, possono essere scatenate dall'esposizione a dei fattori di rischio, denominati in questo caso specifico, Fattori di Rischio CardioVascolari (FRCV). Alcuni possono essere modificabili e altri non possono esserlo (Wyss et al., 2015). Tra i modificabili vi è l'iperlipidemia, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, il diabete mellito, il consumo di tabacco (fumo di sigaretta), la sedentarietà e lo stress, mentre i fattori non modificabili sono il sesso, la positività familiare per patologie cardiovascolari precoci e l'età maggiore ai 50 anni (Wyss et al., 2015).
La donna, risulta maggiormente protetta dell'uomo rispetto allo sviluppo dell'IMA, sia per una differenza istochimica e istologica delle coronarie, sia per l'elevata presenza di estrogeni (ormoni femminili), che influenzando il metabolismo lipidico e del colesterolo, fanno si che non vengano a verificarsi danneggiamenti arteriosi che possano portare a IMA. Con il crescere dell'età però, a seguito della menopausa, la donna risulta invece colpita dall'infarto con una percentuale circa uguale a quella dell'uomo (Gioia, 2002).

3.6 Tipologie di infarto

L'infarto, può essere classificato in base a determinati parametri come la dimensione e la localizzazione della parte cardiaca necrotica. Oltre a ciò, sulla base di caratteristiche non solo cliniche e anatomo-patologiche, l'infarto può essere classificato da un punto di vista temporale come: in evoluzione (minore a sei ore), acuto (da sei ore a sette giorni), in via di cicatrizzazione (dai sette ai 28 giorni) o stabilizzato (dai 29 giorni in poi) (Thygesen et al., 2007). L'infarto miocardico non è riconosciuto come unico tipo, ma vi è una classificazione dei differenti tipi di attacco cardiaco acuto (Wyss et al., 2015). La prima tipologia di infarto miocardico è denominato spontaneo e viene correlato all'insorgenza di un'ischemia dovuta ad un evento coronarico primario, per esempio dovuto a erosione e/o rottura, fessurazione o dissezione della placca ateromasica (Wyss et al., 2015).
La seconda tipologia di infarto, risulta secondaria ad un'ischemia che insorge per uno squilibrio tra richiesta e offerta di ossigeno, come ad esempio in caso di spasmo coronarico, aritmie, ipertensione/ipotensione e embolia coronarica (Thygesen et al., 2007).
L'infarto cardiaco classificato al terzo posto, indica una morte improvvisa e inattesa con conseguente arresto cardiaco che è spesso accompagnata da sintomi di ischemia miocardica associata solitamente ad un nuovo episodio di sopraslivellamento del tratto ST o nuovo blocco di branca sinistra. In ogni caso, questo tipo di infarto porta alla morte, verificandosi prima del prelievo di sangue oppure quando i marcatori biochimici cardiaci non sono ancora rilevabili (Thygesen et al., 2007).

Le cause di altre tipologie di infarto vengono definite di tipo iatrogeno e ricadono su procedimenti messi in atto per far fronte all' episodio di sindrome cardiaca acuta. Queste possono essere: IMA correlato a Intervento Coronarico Percutaneo (PCI), oppure infarto associato a riscontro angiografico o autopico di trombosi dello stent e infine un evento cardiaco acuto correlato ad un intervento bypass aortico coronarico (Wyss et al., 2015).

3.7 Manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche legate all'IMA inglobano diversi sintomi che possono essere dolore toracico, alla mandibola (meno frequente), alla nuca, all'epigastrio e dolori agli arti superiori prevalentemente dalla parte sinistra; questi sintomi possono insorgere sia sotto sforzo che a riposo. Comunemente, il dolore toracico persiste per almeno 20 minuti e spesso la sua caratteristica è che non si modifica con variazioni di posizione o con il movimento. Questo sintomo è spesso associato a dispnea, nausea, sudorazione profusa e sincope (Thygesen et al., 2007).
Solitamente questo sintomo si presenta violento e lacerante; talvolta invece può essere meno accentuato ma pur sempre accompagnato da una sensazione particolare di sconforto, spesso sproporzionale allo sforzo fisico. Il dolore insorge bruscamente, può dare un senso di oppressione retrosternale e talvolta può risvegliare il soggetto dal sonno, ma può anche insorgere in momenti di assoluta tranquillità e rilassamento. All'inizio, questo sintomo ha una localizzazione epigastrica o precordiale e, successivamente, si irradia a tutto il torace e ai luoghi anatomici descritti poco sopra come la mandibola, gli arti superiori e la nuca (Gioia, 2002).
Altri sintomi minori che spesso accompagnano il dolore e che si possono presentare durante un evento acuto cardiovascolare come l'IMA possono essere tachicardia, cianosi, vertigini, irrequietezza, ansia; questi ulteriori sintomi possono insorgere per un'aumentata stimolazione simpatica del sistema nervoso o una riduzione della contrattilità cardiaca e dell'ossigenazione cerebrale (Thygesen et al., 2007). Sicuramente, oltre a ciò, paura e sensazione imminente di morte possono essere presenti, poiché al soggetto diviene difficile comprendere la problematica che si sta instaurando all'interno dell'organismo (Smeltzer et al., 2010). Le manifestazioni poco sopra descritte possono essere assenti o presenti in parte, di breve o più lunga durata (Thygesen et al., 2007).

3.8 Diagnostica

Come riportato nei paragrafi precedenti, il termine *infarto miocardico* può essere utilizzato quando vi è un evidente morte cellulare a livello cardiaco, ovvero una necrosi, in un contesto di ischemia. Molteplici sono i metodi per diagnosticare le anomalie che portano all'IMA. Per diagnosticare una sindrome coronarica acuta, in primo luogo si devono identificare alcuni dati importanti ed eseguire un esame clinico per riportare un'anamnesi dettagliata (Wyss et al., 2015). La storia clinica, permette di raccogliere dati fondamentali relativi alla sintomatologia, alle precedenti patologie, alle patologie cardiache che riguardano i membri familiari ed ai FRCV di cui il soggetto è affetto (De Lorenzi et al., 2010).
Un'anamnesi approfondita accompagnata da un esame clinico mirato, permette di identificare i pazienti che presentano un'insufficienza cardiaca, un'angina persistente/ recidivante o un'instabilità emodinamica. In aggiunta, una valutazione precoce dei rischi

emorragici permette di individuare e scegliere in maniera ottimale il trattamento antitrombotico (Wyss et al., 2015).
Oltre ad una raccolta dati iniziale, alcuni autori riportano che in caso di sospetto IMA, si dovrebbe sottoporre il soggetto a una valutazione elettrocardiografica, in modo da valutare delle possibili alterazioni della conduzione elettrica del cuore (Thygesen et al., 2007). L'ElettroCardioGramma (ECG) risulta un mezzo diagnostico fondamentale nei pazienti con sospetto IMA e risulta essere una delle prime misure diagnostiche utilizzate in questa tipologia di pazienti (Thygesen et al., 2007).
Spesso, le anomalie elettrocardiografiche, non sono sufficienti per porre una diagnosi di ischemia miocardica acuta di infarto, poiché le modificazioni del tracciato, soprattutto del tratto ST, possono essere evidenziate anche in altre condizioni cliniche come ad esempio il blocco di branca sinistra o la pericardite acuta. Questo discorso vale anche per le anomalie a livello dell'onda Q patologica, che può riscontrarsi in altre problematiche, esponendo così delle diagnosi differenziali (Thygesen et al., 2007). Oltre a questi primi accertamenti, che spesso non sono sufficienti a riportare una diagnosi certa di IMA poiché aspecifici, alcune teorie enunciano che i marcatori biochimici cardiaci sono fondamentali per porre una diagnosi (Thygesen et al., 2007). La diagnosi di IMA diventa possibile quando, nel contesto clinico di ischemia miocardica acuta, i livelli ematici di questi marcatori specifici cardiaci e sensibili, risultano elevati e solitamente il valore si trova al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento. Il riscontro di necrosi cardiaca viene convalidato per la presenza nel circolo sanguigno di svariate proteine rilasciate dalle cellule cardiache (miociti) che sono danneggiate, fra le quali la CK-MB, la latticodeidrogenasi, la mioglobina, ma soprattutto la troponina cardiaca T e I (Thygesen et al., 2007). La presenza di questi marcatori cardiaci alterati, riflettono la presenza di una morte cardiaca senza però indicare quale sia il meccanismo che ne è responsabile. Perciò, un aumento delle troponine cardiache in assenza di evidenza clinica di ischemia può portare a diagnosi differenziali (Thygesen et al., 2007).
Il marcatore biochimico di danno miocardico che più si preferisce è la troponina cardiaca, che mostra una specificità e sensibilità assoluta per il tessuto cardiaco, permettendo di identificare anche aree microscopiche di necrosi (Thygesen et al., 2007). La concentrazione plasmatica sierica di questo marker cardiaco specifico, comincia ad aumentare dopo poche ore dall'insorgenza dei sintomi dell'IMA e il suo valore rimane elevato per un lungo periodo che si protrae fino a delle settimane (Smeltzer et al., 2010).
Il CK- MB è l'isoenzima del cuore specifico, che aumenta solo in seguito a un danno miocardico; la sua concentrazione aumenta dopo poche ore e raggiunge il valore massimo entro 24 ore dall'attacco miocardico acuto (De Lorenzi et al., 2010). La CK-MB non è consigliata per la diagnosi di routine dell'IMA a causa dell'estesa distribuzione muscolo-scheletrica e della mancanza di miocardio-specificità di questo enzima (Thygesen et al., 2007).
La mioglobina invece, è una proteina che contribuisce al trasporto di ossigeno, si trova nel muscolo cardiaco e nei muscoli scheletrici. Si tratta di un marker aspecifico ed infatti la sua concentrazione plasmatica, non risulta molto specifica per l'IMA, tuttavia, la sua negatività all'esame ematico permette di escludere una diagnosi della patologia (Smeltzer et al., 2010).
I campioni di sangue sui quali eseguire le determinazioni dei marker cardiaci devono essere prelevati al momento della prima valutazione clinica, ovvero alcune ore dopo circa l'esordio dei sintomi e dopo sei/nove ore. In alcuni pazienti è necessario eseguire ulteriori prelievi ematici tra le 12 e le 24 ore dopo, se i precedenti risultati sono risultati

negativi e le condizioni cliniche sono fortemente presenti determinando un IMA in atto (Thygesen et al., 2007).
Altre metodiche che possono essere impiegate per la diagnosi di infarto possono essere le tecniche di imaging non invasive. Le tecniche utilizzate prevalentemente nell'IMA sono l'ecocardiografia, ma vi è anche la possibilità di sottoporre il paziente ad una ventricolografia radionuclidica o alla risonanza magnetica (Thygesen et al., 2007). L'ecocardiografia permette di valutare lo spessore, l'ispessimento e la motilità del cuore a riposo, ancor meglio evidenziabili con l'uso del Doppler tessutale. Si ricorre all'ecocardiogramma per valutare prevalentemente la funzione ventricolare. Questo tipo di indagine può facilitare la diagnosi di IMA, specie quando l'ECG non risulta totalmente utile (Thygesen et al., 2007). L'ecocardiogramma permette di rilevare la presenza di acinesie o ipoacinesie della parete cardiaca e la frazione di eiezione (Smeltzer et al., 2010). Le immagini con radionuclidi, con la presenza di tracciati radioattivi, permettono di ottenere visualizzazione diretta del miocardio vitale, mentre la risonanza magnetica cardiovascolare, è riconosciuta come una valida metodica per la valutazione della funzionalità miocardica con proprietà molto simili all'ecocardiografia (Thygesen et al., 2007).

3.9 Trattamento farmacologico e non farmacologico

In caso di sospetto IMA, i principali obiettivi del trattamento farmacologico sono la sedazione del dolore, la riduzione del fabbisogno di ossigeno e la riperfusione della zona ischemica. Il trattamento farmacologico in caso di sospetto IMA, si basa sulla somministrazione di diversi medicamenti, tra cui i nitroderivati, i beta-bloccanti e gli inibitori dell'aggregazione piastrinica (Gioia, 2002).
I farmaci che vengono somministrati a un paziente con IMA diagnosticato sono gli stessi usati per l'angina instabile, con la possibile aggiunta però, di altri medicamenti come gli analgesici (morfina), i trombolitici, gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori) e anche l'ossigeno terapia risulta un trattamento di elevata e primaria importanza (Roffi et al., 2016).
La nitroglicerina è un farmaco a rapida azione usato come vasodilatatore e ipotensivo, che dovrebbe essere assunto nelle prime 24-48 ore in caso di sospetto IMA. È il farmaco di scelta per l'attacco miocardico acuto perché la sua azione a livello sublinguale permette di dilatare le grosse vene afferenti riducendo il ritorno venoso al cuore, ridurre la pressione di riempimento ventricolare, diminuire il pre-carico cardiaco e abbassare la pressione polmonare e arteriosa. Grazie a questi molteplici effetti, la nitroglicerina migliora la perfusione miocardica per vasodilatazione coronarica, inoltre riduce lo stress sulla parete cardiaca e favorisce la distribuzione del flusso ematico nelle zone del cuore colpite da ischemia e ipossia (Marini et al., 2001).
La morfina è uno stupefacente, un analgesico che viene utilizzato per il trattamento del dolore persistente e acuto di intensità medio-elevata (Smeltzer et al., 2010). È il farmaco di scelta per l'analgesia, che può essere somministrato a brevi intervalli per più volte fino alla remissione della sintomatologia dolorosa. Questo permette di alleviare il dolore, alleviando l'ansia e riducendo la produzione di catecolamine. Oltre a ciò, la morfina riduce il pre e post-carico diminuendo il lavoro miocardico e dilata i bronchioli permettendo di aumentare l'ossigenazione (Marini et al., 2001).
I trombolitici, vengono abitualmente somministrati per via endovenosa entro tre/sei ore dall'evento e hanno la funzione di dissolvere il trombo che occlude una coronaria, ripristinando il flusso sanguigno nel vaso precedentemente occluso, con lo scopo di

limitare quanto più possibile l'estensione dell'area necrotica e infartuata, preservandone la funzionalità residua (Smeltzer et al., 2010).
Alcuni autori riportano come la terapia fibrinolitica per via endovenosa sia associata a una riduzione della mortalità e al miglioramento della frazione di eiezione nei pazienti infartuati, soprattutto se somministrata entro 12 ore dall'esordio della sintomatologia acuta (Gioia, 2002). I beta-bloccanti, vengono somministrati per proteggere il cuore in caso di una malattia coronarica come l'infarto o di aumentata attività cardiaca, per ridurre la pressione arteriosa elevata (Marini et al., 2001). La loro somministrazione, dovrebbe essere effettuata entro 12 ore dall'inizio dei sintomi, come la presenza di dolore ischemico persistente, perché permettono di ridurre la mortalità durante le prime ore di evoluzione dell'IMA, in quanto consentono di diminuire il consumo di ossigeno a livello cardiaco favorendo così la perfusione miocardica (Marini et al., 2001). Inoltre permettono di ridurre la frequenza cardiaca, la velocità di conduzione degli stimoli e la forza di contrazione del cuore (Smeltzer et al., 2010).
L'aspirina (ASA), se possibile, dovrebbe essere somministrata entro le 24 ore dall'evento miocardico acuto. Il suo scopo è quello di inibire l'aggregazione piastrinica e questo permette di prevenire la formazione di ulteriori trombi all'interno dei vasi. Inoltre, è utile per prevenire trombosi arteriose dopo operazioni ai vasi coronarici come il bypass (Marini et al., 2001).
Gli ACE-inibitori, vengono somministrati poiché impediscono la conversione dell'angiotensina I in angiotensina II. Questo meccanismo porta alla diminuzione della pressione arteriosa e dell'escrezione renale di sodio e liquidi; la diminuzione di questi parametri permette di abbassare il fabbisogno cardiaco di ossigeno (De Lorenzi et al., 2010). Infine, ma non meno importante, a seguito di sospetto IMA, è indicata la somministrazione di ossigeno, soprattutto nelle prime ore dopo l'insorgenza della problematica ed in particolare quando la saturazione arteriosa è minore del 90% (Marini et al., 2001). L'ossigeno-terapia ha lo scopo di migliorare la diffusione di ossigeno nel parte cardiaca ischemica che è ai margini della zona necrotica e di ridurre conseguentemente, il dolore anginoso (Gioia, 2002).

Oltre ad un trattamento farmacologico, a seguito dell'evento miocardico acuto, il paziente dovrebbe sottostare a un riposo assoluto al fine di ridurre il fabbisogno energetico cardiaco e favorire il processo di cicatrizzazione (Gioia, 2002).
A seguito dell'evento, il soggetto infartuato dovrebbe rimanere a letto per i primi due/tre giorni, ma possono essere concessi dei momenti in poltrona che diventano più prolungati nei giorni successivi. Durante il periodo di permanenza a letto il paziente dovrebbe perlomeno effettuare dei movimenti regolari con le gambe, al fine di sottrarsi da possibile stasi e insorgenza di eventi trombo-embolici (Gioia, 2002). La deambulazione solitamente viene praticata in 4° o 5° giornata, sempre in maniera graduale. È indicata inoltre una dieta ipocalorica suddivisa frequentemente e in piccoli pasti. L'uso di analgesici e la permanenza prolungata a letto possono portare nel soggetto l'insorgenza di stitichezza. Per tale ragione, è opportuno aumentare all'interno della dieta, la quantità di scorie o utilizzare degli ammorbidenti delle feci come blandi lassativi. Se con il passare dei giorni non subentrano delle complicanze particolarmente rilevanti, dopo almeno otto giorni di ospedalizzazione, il soggetto infartuato può continuare la sua convalescenza a domicilio (Gioia, 2002).
La riabilitazione dovrebbe procedere in modo graduale e inoltre, è necessario che il soggetto esegua un riposo notturno di almeno otto/dieci ore e in alcuni casi, è bene praticare dei momenti di riposo anche durante la giornata (Ruano-Ravina et al., 2016).

3.10 Procedure d'intervento invasive

Gli interventi farmacologici e non farmacologici, possono essere accompagnati dall'attuazione di alcune procedure d'intervento invasive. Alcune strategie alternative ai trattamenti non invasivi possono essere riconducibili alla coronarografia, all'Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA), al posizionamento di uno stent coronarico e all'esecuzione di un bypass coronarico (Marini et al., 2001). La coronarografia risulta una metodica radiologica, dove mediante la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto, consente di visualizzare le arterie coronariche, al fine di studiarne la morfologia, il decorso e le eventuali alterazioni presenti (Roffi et al., 2016). Per visualizzare le arterie coronarie, il soggetto viene sottoposto a un incisione o a livello femorale o a livello radiale e, tramite questa pratica, viene inserito un catetere che permette di visualizzare, dopo la somministrazione del mezzo di contrasto, eventuali stenosi, ostruzioni, placche ateromasiche e/o trombi a livello delle coronarie (Marini et al., 2001).

La PTCA, è una procedura invasiva che permette, tramite l'introduzione di un catetere a livello cardiaco, di dilatare l'arteria coronaria ostruita e di risolvere l'ischemia. Questo trattamento può essere impiegato anche per dilatare una protesi di bypass coronarico occluso (Marini et al., 2001). L'obiettivo di questa procedura è quello di comprimere e frammentare l'ateroma, migliorando così il flusso ematico in un'arteria coronaria (Smeltzer et al., 2010).

In seguito all'attuazione di un intervento di PTCA può succedere che un residuo di placca ateromasica, che non è stata rimossa, occluda ancora parzialmente o completamente un'arteria. Conseguentemente a ciò, si può sviluppare un processo infiammatorio che porta a vasocostrizione, formazione di un trombo e tessuto cicatriziale. Per prevenire questo rischio, è opportuno posizionare uno stent coronarico, che risulta un'altra procedura interventistica che dona supporto strutturale ad un vaso a rischio di occlusione acuta (Marini et al., 2001).

Infine, il bypass coronarico, più che risultare una procedura interventistica coronarica, è una rivascolarizzazione coronarica (Smeltzer et al., 2010). Questo meccanismo permette di prelevare un vaso sanguigno da un altro distretto corporeo del paziente, ad esempio arteria mammaria o vena safena, e innestarlo sulla coronaria a livello distale rispetto alla sede dell'occlusione, ottenendo così una deviazione dall'ostruzione stessa (Marini et al., 2001).

3.11 Riabilitazione cardiovascolare

La riabilitazione cardiovascolare, comprende un insieme di interventi che mirano ad ottenere un recupero clinico, funzionale, psicologico e comportamentale in funzione ad un ottimale e precoce ritorno ad una qualità di vita professionale e sociale dopo un evento cardiaco acuto. È un insieme di pratiche che solitamente, vengono proposte alle persone che hanno subito un IMA, che hanno un'insufficienza cardiaca, oppure ai pazienti che si sono sottoposti a procedure come bypass coronarico, PTCA ed altre pratiche (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).

Questa terapia, descrive tutte le misure utilizzate per aiutare le persone che hanno subìto malattie cardiache, a ritornare ad essere attive ed avere una vita soddisfacente, così da prevenire ricorrenti eventi cardiovascolari (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).

Secondo l'American Heart Association, la riabilitazione cardiovascolare si riferisce a un tipo di intervento multidimensionale e coordinato, che viene progettato con lo scopo di

ottimizzare il funzionamento fisico, psicologico e sociale nel paziente con cardiopatia e per cercare nel limite del possibile di stabilizzare, rallentare o addirittura intervenire sul pregresso processo aterosclerotico sottostante, con lo scopo ultimo di ridurre morbilità e mortalità. Secondo le linee guida dell'American Heart Association, l'intervento a livello psicologico diviene una parte integrante dei programmi di riabilitazione cardiovascolare, indispensabile per migliorare il benessere psicologico e la qualità di vita nei pazienti con un disturbo cardiaco (Molinari et al., 2006).
La riabilitazione cardiovascolare, che viene integrata all'interno della prevenzione secondaria, mira a ristabilire e mantenere le migliori condizioni di salute, anche a livello psicologico e sociale e, permette all'assistito di praticare le attività che più desidera in base alle sue aspirazioni (Bergerone & Brach Prever, 2006).
La terapia cardiovascolare nei pazienti che sono stati affetti da una sindrome coronarica acuta, deve essere assolutamente presa in considerazione, in quanto la sua pratica può migliorare la compliance nel paziente, promuovendo dei cambiamenti dello stile di vita, tra cui il compiere attività fisica regolare, smettere di fumare e ricevere consulenza dietetica. Questa terapia, risulta inoltre utile nel ridurre la necessità di ulteriori interventi di rivascolarizzazione (chirurgica o percutanea) e l'incidenza di un nuovo episodio infartuale (Bergerone & Brach Prever, 2006).
Gli obiettivi generali della riabilitazione, mirano a massimizzare le capacità che il paziente possiede a livello fisico, psicologico e la funzionalità a livello sociale per consentire alla persona con malattia cardiaca di condurre una vita soddisfacente con fiducia verso gli altri e verso sé stessa. Un altro obiettivo che viene evidenziato all'interno di questo programma riabilitativo, è che si cerca di introdurre e incoraggiare il paziente ad adottare dei comportamenti che possano ridurre al minimo rischio ulteriori eventi e condizioni cardiache catastrofiche (Heart Foundation, 2010).
A livello specifico invece, gli obiettivi mirano a facilitare e rendere più breve il periodo di recupero dopo un evento cardiovascolare, promuovere strategie per il raggiungimento di obiettivi di prevenzione (in comune accordo con il paziente), oltre che sviluppare e mantenere competenze di auto-gestione a lungo termine per un cambiamento comportamentale (Heart Foundation, 2010). Gli interventi di riabilitazione devono iniziare nell'immediato momento post-infarto, ovvero già nel momento in cui viene praticata l'informazione al paziente e la sua famiglia, in quanto, proprio nella fase acuta, sono maggiori le motivazioni a cambiare lo stile di vita (Bergerone & Brach Prever, 2006). La riabilitazione cardiaca, praticata come prevenzione secondaria, è un approccio organizzato che dovrebbe essere integrato nella gestione di routine di tutti i pazienti. I servizi dovrebbero includere attività fisiche, educazione e promozione della salute, consulenza (counselling), modificazioni del comportamento tramite la presa di coscienza di strategie ed infine, incrementare le possibilità di autogestione (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004). Le attività appena citate, dovrebbero, nel limite del possibile, essere personalizzate e soddisfare le esigenze dell'individuo e della sua famiglia (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).
La terapia riabilitativa, risulta un sistema coordinato poiché viene erogata da un'equipe interdisciplinare. Il cardiologo, il medico generalista, il team infermieristico di riabilitazione cardiaca, il fisioterapista e tutte le figure professionali che interagiscono con il paziente, sono coinvolte nella pianificazione e presa in carico del paziente stesso insieme alla sua famiglia. I familiari, ricoprono un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico del proprio caro e per questo, dovrebbero essere incoraggiati a partecipare a tutto il processo di riabilitazione del familiare (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).

La riabilitazione è un processo dinamico, orientato alla promozione della salute, che aiuta le persone malate o con disabilità a raggiungere il loro massimo livello di funzionalità fisica, sociale, mentale, spirituale ed economica (Smeltzer et al., 2010). Il processo riabilitativo, mira ad aiutare la persona a raggiungere una qualità di vita accettabile in cui vengono preservati indipendenza, dignità e rispetto di sé. Nella riabilitazione l'accento è posto sulle abilità e non sulle incapacità (Smeltzer et al., 2010). Tale tipologia di terapia riveste un ruolo creativo e dinamico ed è svolto da un'equipe specialistica in collaborazione con l'assistito e la sua famiglia. I componenti che rientrano nell'equipe riabilitativa provengono da varie discipline e ciascuno, attraverso le proprie specificità, porta il proprio contributo (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004). Ogni professionista sanitario che presta i propri contributi specifici all'interno della terapia riabilitativa, mira a identificare i bisogni del singolo assistito e successivamente stabilisce degli obiettivi. Di volta in volta, a intervalli frequenti, i componenti dell'equipe riabilitativa, si riuniscono per collaborare e valutare i progressi compiuti dall'assistito e se necessario, modificarli al fine di facilitare la riabilitazione e promuovere il rispetto di sé, l'indipendenza e una qualità di vita accettabile per l'assistito (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).
L'assistito stesso risulta parte integrante del team riabilitativo, in quanto in lui risiede il focus principale degli sforzi del team ed è lui stesso che determina i risultati finali del processo messo in pratica. Insieme all'assistito, i familiari fanno parte dell'equipe; la famiglia risulta un sistema dinamico e interattivo all'interno di questo processo. In queste terapia i familiari, se presenti, vanno presi in considerazione poiché, se tutti vengono coinvolti, questo permette all'intero sistema familiare di adattarsi al cambiamento riguardante uno dei suoi stessi appartenenti (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).
L'infermiere, che fa parte e opera all'interno del team riabilitativo, sviluppa con il soggetto principale ed i suoi familiari, un rapporto terapeutico di sostegno. L'infermiere pone accento alle qualità e i punti di forza dell'assistito, permettendo così un rinforzo positivo degli sforzi da esso compiuti; questo permette sicuramente al paziente di migliorare il concetto di sé e le abilità di cura verso sé stesso (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004). Nell'interazione tra paziente e infermiere, quest'ultimo applica un ascolto attivo e cerca nello stesso momento di incoraggiare e condividere i successi che il paziente man mano compie (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004). Attraverso l'attuazione del processo infermieristico, l'infermiere si adempie nell'elaborare un piano di assistenza finalizzato a favorire la riabilitazione, per cercare di mantenere e reintegrare un tipo di salute ottimale e prevenire complicanze. Inoltre, tale figura sanitaria agevola la persona a identificare i suoi punti di forza e i suoi successi sviluppati fino a quel momento per elaborare continuamente nuovi obiettivi. Questa figura professionale, all'interno della terapia riabilitativa agisce come caregiver, insegnante, difensore della persona, consulente e promotore della salute (Smeltzer et al., 2010).

3.12 Fattori influenzanti l'aderenza terapeutica nella riabilitazione cardiovascolare

Nel presente capitolo, vengono riportati alcuni dei molteplici fattori che possono andare ad influire negativamente sull'aderenza terapeutica nei programmi di riabilitazione cardiovascolare da parte del paziente infartuato.

Come citato nei capitoli precedenti, l'IMA è un importante problema di salute. Le malattie cardiovascolari sono una delle prime cause di mortalità e disabilità nei paesi sviluppati e l'IMA risulta la causa principale delle malattie cardiovascolari, soprattutto in determinati gruppi di età (Ruano-Ravina et al., 2016). Attualmente, la sopravvivenza dopo un IMA è relativamente alta e questo è reso possibile per diversi fattori; il determinante principale di sopravvivenza risulta sicuramente l'accesso rapido all'assistenza medica. Oltre a ciò, gli interventi offerti all'interno dei programmi di riabilitazione cardiovascolare sono altrettanto utili e questi possono essere: l'attuazione di un trattamento farmacologico, di una metodica chirurgica e l'informazione e l'educazione rispetto a cambiamenti dello stile di vita come una dieta alimentare priva di grassi saturi, la cessazione con il consumo di tabacco, la regolare attività fisica e alcuni fattori psicosociali (Ruano-Ravina et al., 2016).
Come già riportato precedentemente, la riabilitazione cardiaca è costantemente messa in pratica e questo permette di ridurre la recidività di eventi coronarici e la mortalità nei pazienti affetti da IMA. Sebbene si pensi che la riabilitazione cardiovascolare possa aiutare completamente le persone affette da patologie cardiache, è bene ricordare che non tutti i pazienti risultano aderenti al trattamento offerto da questi programmi. Molteplici sono i fattori che possono influenzare la partecipazione e l'adesione ai programmi riabilitativi (Ruano-Ravina et al., 2016).
Alcuni dei moltissimi pazienti che hanno subito un episodio di IMA e che dovrebbero sottostare a un programma riabilitativo, non si sentono all'altezza di farne parte poiché riferiscono di possedere alcuni fattori del proprio stile di vita a cui non possono fare a meno, come smettere di fumare e/o praticare poco o non praticare del tutto attività fisica (Ruano-Ravina et al., 2016). In uno studio, è stato riportato come i fumatori e gli obesi aderiscano meno al trattamento riabilitativo e talvolta lo inizino, ma successivamente lo abbandonino prima della fine, in quanto non si sentono pronti nell'abbandonare caratteristiche comportamentali presenti nella loro vita da sempre (Ruano-Ravina et al., 2016). Oltre a questi aspetti, è stato riportato come i pazienti affetti da comorbidità hanno un tasso di aderenza inferiore ai programmi riabilitativi, anche se probabilmente il parteciparvi trarrebbe un maggior beneficio per la loro cura globale (Ruano-Ravina et al., 2016).
In aggiunta a questi primi fattori influenzanti, vi sono anche altri fattori che possono subentrare nella persona e ostacolare la corretta adesione. È opportuno menzionare che, oltre ai fattori legati ad uno stile di vita inappropriato, anche la sfera psicologica può andare a influire sui programmi riabilitativi (Bergerone & Brach Prever, 2006). Sebbene si pensi che la riabilitazione cardiovascolare miri prevalentemente a modificare i comportamenti poco idonei nello stile di vita di una persona, i fattori psicologici che affliggono l'assistito dopo un evento cardiovascolare come l'IMA sono altrettanto fondamentali. Infatti, i fattori psicologici sono importanti almeno quanto i fattori medici legati al danno d'organo, nel determinare la modalità ed i tempi di recupero della normale capacità globale del paziente infartuato (Bergerone & Brach Prever, 2006).
Un evento cardiovascolare acuto come l'IMA, può mettere spesso a rischio la vita del paziente o quanto meno può arrecare modifiche improvvise e radicali della percezione di sé e delle capacità mentali e fisiche. Spesso si è presentata una carenza per quel che riguarda la presa in considerazione adeguata degli aspetti emozionali delle persone che hanno subito un evento cardiovascolare acuto (Samani, Bertossi, Aguglia, & Lai, 2006). Di fronte a un soggetto che ha subito un evento cardiaco o che comunque presenta un elevato livello di rischio nel svilupparlo, sarebbe opportuno adottare delle strategie di approccio che tengano in considerazione il vissuto, le paure, gli aspetti

emozionali, le rappresentazioni e i significati dal punto di vista della singola persona (Samani et al., 2006).
L'IMA, mette a dura prova l'integrità psichica della persona; chi ritorna nella propria dimora dopo essere stata ricoverata in ospedale per un evento cardiovascolare acuto deve reintegrarsi nella famiglia, ma anche nel mondo del lavoro e nella società. Deve andare incontro a situazioni nuove, talvolta spiacevoli e difficili da intraprendere, come rinunciare ad alcune abitudini che facevano parte del proprio stile di vita. Tutte queste molteplici situazioni richiedono un elaborazione complessa che, se non portata a termine, da origine a vissuti di estrema sconfitta (Molinari et al., 2006). In questo delicato momento si assiste a un cambiamento rispetto alla percezione di sé, come il doversi riconoscere in un corpo diverso che non risulta più integro. Le reazioni verso una malattia possono variare da individuo a individuo e naturalmente tale reazione è mediata dalla personalità e dalla capacità di far fronte ai cambiamenti. La persona può percepirsi inferiore, oppure la malattia può rappresentare un ostacolo per diverse attività della vita quotidiana. Inoltre, spesso è presente la paura che si verifichi un altro evento cardiovascolare come l'infarto e questo può dare luogo a stati ansiosi o sintomi depressivi con possibile isolamento (Molinari et al., 2006). Per questi timori, per il paziente si innesca un circolo vizioso che mette a repentaglio la sua qualità di vita. Perciò l'IMA, oltre ad essere un evento particolarmente significativo sul piano fisico, rappresenta un'esperienza fortemente traumatica anche sul piano psicologico che in molti casi lascia emozioni significative nelle settimane e nei mesi successivi in termini di sintomi depressivi e ansiosi, riducendo notevolmente la qualità di vita del paziente e rallentando di conseguenza la riabilitazione cardiovascolare e il ritorno alla propria vita di sempre (Molinari et al., 2006).
Dopo l'evento cardiaco acuto e la dimissione dall'ospedale, al rientro a casa il paziente può sviluppare sensazioni di inadeguatezza come conseguenza delle limitazioni nella ripresa delle attività di vita quotidiana, inoltre, essendo in una fase di vulnerabilità psicologica, possono subentrare alterazioni dinamiche anche a livello familiare. La consapevolezza di queste molteplici situazioni possono far sviluppare rassegnazione fino all'insorgenza di sintomi depressivi e ansiosi (Bergerone & Brach Prever, 2006). In seguito a un IMA, le persone possono sviluppare uno stato di ansia, l'insorgenza di sintomi depressivi e uno stato di stress. Infatti, secondo la letteratura, nei pazienti con una storia di IMA, i disturbi dell'umore, l'ansia e lo stress si verificano più spesso che negli individui sani facenti parte della popolazione (Piegza et al., 2015). Riguardo a questi aspetti, alcuni ricercatori hanno cercato di dimostrare il ruolo delle variabili comportamentali e psichiche sul decorso clinico della malattia cardiovascolare e successivamente rilevare le modalità di adattamento che l'individuo mette in atto rispetto alla patologia di cui è stato afflitto (Piegza et al., 2015).
I sintomi depressivi sono comuni nei pazienti con un recente IMA. Tale sintomatologia, oltre ad arrecare disguidi a livello cardiovascolare è una problematica invalidante associata a una scarsa qualità della vita, limitazione funzionale, comportamento di auto-cura meno favorevole e anche un aumento dei costi di assistenza sanitaria nei pazienti con una malattia cardiaca. Il mancato riconoscimento di questa sintomatologia legata ad un'importante variazione del tono dell'umore, può condizionare in modo negativo il recupero funzionale in una fase riabilitativa che risulta così essere parziale, incompleta e talvolta inefficace (Samani et al., 2006).
I sintomi legati ad una variazione del tono dell'umore, che si presentano nei pazienti che hanno subito un IMA, possono portare dei disguidi di non poco conto a un anno di distanza dall'evento; quest'ultimi sono riconducibili a difficoltà a riprendere l'attività

lavorativa, scarsa aderenza terapeutica e scarsa qualità di vita (Frasure-Smith & Lesperance, 1995).
L'aderenza terapeutica rappresenta un'importante elemento che può contribuire all'impatto della sintomatologia ansiosa e depressiva sulla prognosi delle patologie cardiache. Una meta-analisi si è concentrata nell'esaminare l'impatto che le variazioni dell'umore possono produrre sull'aderenza terapeutica, dimostrando che i pazienti affetti da tale sintomatologia sottostanno alle indicazioni terapeutiche tre volte meno rispetto ai pazienti che non accusano tale sintomatologia (Frasure-Smith & Lesperance, 1995).

Oltre alla presenza di sintomi depressivi, diversi studi hanno rilevato che anche l'ansia è molto comune tra i soggetti affetti da malattie cardiovascolari, soprattutto nei pazienti che stanno effettuando la riabilitazione a seguito di un evento cardiaco. Solitamente, il sintomo d'ansia è presente per il 70-80% dei pazienti che hanno sofferto di un evento cardiovascolare acuto e, persiste per il 20-25% nei mesi successivi. L'ansia può risultare una reazione normale a seguito di un evento traumatico come l'IMA, ma nei casi in cui raggiunge livelli estremi o persiste per un lungo periodo può avere conseguenze estremamente negative per la persona (Molinari et al., 2006). Questo spiacevole disturbo può costituire un ostacolo sia per l'adattamento psicosociale alla malattia cardiovascolare, sia per la guarigione fisica a un episodio acuto. Inoltre, gli stati ansiosi determinano una peggior qualità di vita nei pazienti affetti da malattia cardiovascolare sia nel breve che nel lungo termine ed intralciano l'adattamento psicosociale interferendo con le abilità del paziente di prendersi cura di sé (Molinari et al., 2006). I sintomi ansiosi, quando insorgono, sono caratterizzati da preoccupazione e ansia eccessive; l'individuo che accusa questo disturbo ha difficoltà nel controllare l'eccessiva preoccupazione e insieme a questo sintomo vi possono essere anche affaticamento; irritabilità; tensione muscolare; irrequietezza o sentirsi tesi con i "nervi a fior di pelle" e possibili alterazioni del sonno (Biondi, 2014).
Alcune ricerche hanno riportato che i sintomi ansiosi successivi all'evento cardiovascolare acuto come l'IMA, sono associati a un numero elevato di complicanze durante il periodo di ospedalizzazione come una recidiva di infarto, un'ischemia permanente e un'aritmia che talvolta può essere letale. Inoltre, come appena riportato, i pazienti con elevati livelli di ansia rischiano di aumentare la loro permanenza ospedaliera e questo potrebbe a sua volta aumentare e ritardare la ripresa durante la fase di riabilitazione cardiovascolare (Sirois & Burg, 2003).
I pazienti che percepiscono un sentimento di ansia dopo aver subito un evento cardiovascolare acuto come l'IMA, hanno più difficoltà a riprendere l'attività lavorativa e l'attività sessuale rispetto ai pazienti non ansiosi (Sirois & Burg, 2003).
L'ansia, oltre ad arrecare le conseguenze sopraelencate, costituisce un ostacolo anche per l'adattamento psicosociale e questo può portare il paziente ad adottare comportamenti meno costanti per quel che riguarda la cura di sé e l'adesione al trattamento. Ad esempio, una problematica che potrebbe presentarsi legata a questi comportamenti è che, i pazienti affetti da ansia elevata possono risultare non in grado, oppure scarsamente in grado di apprendere nuove informazioni e nuove raccomandazioni che sono essenziali al cambiamento dello stile di vita, non riuscendo così a sfruttarle al massimo e a tradurle in effettivi cambiamenti (Moser, Dracup, & Doering, 2003). Gli effetti negativi degli stati d'ansia possono andare a ripercuotersi su una buona compliance dei pazienti ai trattamenti e ai cambiamenti proposti dalla riabilitazione cardiovascolare. Infatti, elevati livelli di negativa emotività possono sfavorire i tentativi che il soggetto si adempie ad eseguire per modificare i fattori

comportamentali a rischio per la continuazione di un corretto trattamento terapeutico (Goldberg et al., 1996).
Concludendo, i fattori psicologici correlati all'aderenza terapeutica possono manifestarsi nel soggetto attraverso la diminuzione della motivazione, che non permette al soggetto infartuato di modificare in modo completo i FRCV presenti. Queste mancanze motivazionali, risultano fattori negativi che vanno a intaccare il corretto trattamento della terapia e di conseguenza vi è un maggior abbandono della terapia riabilitativa proposta (Molinari et al., 2006).

3.13 L'infermiere promotore della salute

Come è stato riportato nel precedente capitolo, diversi sono i fattori che possono influire sulla corretta aderenza al trattamento riabilitativo cardiovascolare nel paziente infartuato.
Nel presente capitolo, l'intento è quello di approfondire, tra tutte le varie competenze dell'infermiere, il ruolo di promotore della salute, in quanto, grazie a questo specifico ruolo, all'infermiere viene permesso di aiutare il soggetto ad adempiere alla cura di sé stesso per una qualità di vita soddisfacente.
La salute rispecchia l'oggetto al quale la promozione si rivolge. L'OMS descrive la salute come *"uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non semplicemente assenza di malattia o di infermità"* (Kickbusch & Nutbeam, 1998). Il significato di salute, assume una prospettiva che viene ricondotta a molteplici dimensioni dell'essere umano e, più precisamente ad un pattern biologico, psicologico, sociale e spirituale in cui, gli esseri umani stessi sono inseriti in una rete di relazioni e, influenzano la salute sia attraverso interazioni specifiche, sia individuali (Simonelli & Simonelli, 2010).
La salute viene considerata un mezzo finalizzato ad un obiettivo che, può essere riconducibile e può essere considerato, una risorsa che permette alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, economico e sociale (Simonelli & Simonelli, 2010).
Lo stato di salute, come citato all'inizio di questo capitolo, rispecchia uno stato di completo benessere e, appunto per questo, il benessere è stato definito come l'equivalente della salute. Alcuni autori sostengono che il benessere possiede quattro componenti, che sono riconducibili alla capacità di adattarsi e adeguarsi al variare delle situazioni, alla capacità di esercitare nel migliore dei modi le proprie abilità, alla dichiarazione esplicita di sentirsi bene e alla sensazione che ogni cosa è parte di un insieme che risulta in armonia con le altre (Simonelli & Simonelli, 2010). Con questo riferimento, si pone l'accento sul ruolo degli erogatori dell'assistenza e, più nello specifico, sugli infermieri, che possiedono le competenze per promuovere e permettere cambiamenti positivi orientati al benessere e alla salute (Smeltzer et al., 2010).
Se garantita e promossa, la salute diviene perciò una risorsa per la vita quotidiana, un concetto positivo che valorizza le risorse individuali e sociali dell'individuo volte al raggiungimento del proprio potenziale umano (Kickbusch & Nutbeam, 1998).
Secondo la Carta di Ottawa, all'interno del concetto di promozione della salute, la salute è vista come una risorsa di vita quotidiana più che l'obiettivo del vivere. Lo stato di salute viene raggiunto grazie alla capacità degli individui di sviluppare e mobilitare al meglio le proprie risorse, in modo che possano soddisfare qualità sia personali (mentali e fisiche), sia esterne (materiali e sociali) (Kickbusch & Nutbeam, 1998).
Il punto principale da cui si fonda il ruolo centrale dell'infermiere all'interno del processo di promozione della salute, risale al profilo di competenze SUP. La creazione di questo

elaborato è stata permessa grazie alla Conferenza Svizzera dei Rettori delle Scuole Universitarie. Tale documento riporta le competenze di cui l'infermiere si avvale una volta ottenuto il titolo di studio universitario (Bachelor) («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.). Oltre alle competenze generali delle professioni sanitarie SUP, che gli studenti universitari devono padroneggiare una volta terminato il ciclo di studio, gli infermieri possiedono e sviluppano delle competenze professionali specifiche. Qui di seguito verranno riportate brevemente tali competenze:

- *"Ruolo di esperto in cure infermieristiche: come esperti in cure infermieristiche, gli infermieri risultano responsabili, all'interno del sistema sanitario, del loro agire professionale e delle relative decisioni e valutazioni.*
- *Ruolo di comunicatore: come comunicatori, gli infermieri permettono lo sviluppo di rapporti di fiducia nel proprio contesto e trasmettono informazioni in maniera mirata.*
- *Ruolo di membro di un gruppo di lavoro: come membri di gruppo di lavoro, gli infermieri partecipano in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali.*
- *Ruolo di manager: come manager gli infermieri si fanno carico della direzione specialistica, contribuiscono all'efficacia dell'organizzazione e sviluppano la propria carriera professionale.*
- *Ruolo di promotore della salute (Health Advocate): come promotori della salute, gli infermieri si basano in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperti e sfruttano la loro influenza nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti/clienti e della società nel suo insieme.*
- *Ruolo di apprendente e insegnante: come apprendisti e insegnanti gli infermieri si impegnano per l'apprendimento permanente basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l'applicazione del sapere basato su prove di efficacia.*
- *Ruolo legato all'appartenenza professionale: come appartenenti alla loro categoria professionale, gli infermieri si impegnano per la salute e la qualità di vita delle singole persone e della società. Si vincolano all'etica professionale e alla cura della propria salute."* («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.)

Come si può ben visionare, l'infermiere al termine del ciclo di studio "Bachelor in Cure Infermieristiche", deve padroneggiare molteplici competenze professionali, tra cui il ruolo di promotore della salute; ruolo che possiede una valenza maggiore all'interno di questo capitolo.
Gli infermieri, atti a promuovere la salute del singolo utente, si impegnano nell'agire rispetto a delle problematiche legate alla salute e alla qualità di vita, agli interessi degli utenti e a quelli delle persone a lui più care. All'interno dei programmi di assistenza infermieristica, gli infermieri integrano pratiche per la promozione della salute e la prevenzione di malattie. Cercano inoltre di permettere al paziente e ai suoi cari, l'utilizzo di un approccio individuale e finalizzato al fine di usufruire di mezzi per prevenire e affrontare la malattia e per mantenere il più alto livello possibile di qualità di vita. Partecipano infine allo sviluppo di concetti riguardanti la promozione della salute e la prevenzione di malattie («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.).

Riportare queste competenze, permette di comprendere quanto il ruolo dell'infermiere, sia fondamentale nel mantenere nel soggetto bisognoso di aiuto, uno stato di benessere, di salute e di qualità di vita soddisfacente.
Le persone al giorno d'oggi, sembra conoscano sempre meglio la propria salute e dimostrano sempre più interesse nel promuoverla. I professionisti sanitari hanno compiuto negli anni, un notevole sforzo per raggiungere e motivare i componenti di vari gruppi a promuovere la propria salute, prevenire la malattia e praticare l'autocura (Smeltzer et al., 2010). Talvolta però, la salute non è pienamente percepita in tutti i soggetti. Spesso, ci si confronta con l'adozione di comportamenti inappropriati che vanno a intaccare negativamente lo stato di salute dei singoli soggetti. Lo stress, l'ansia, i sintomi depressivi, la dieta inappropriata, la mancanza di esercizio fisico, il tabagismo e quindi, dei comportamenti ad alto rischio, sono tutti aspetti dello stile di vita che hanno un effetto negativo sulla salute (Karmali et al., 2014).
Il compito degli infermieri diviene perciò, quello di coinvolgere ogni singolo utente, stimolandolo nell'adottare comportamenti e abitudini che promuovano il proprio stato di salute. L'obiettivo sta quindi nel motivare le persone a migliorare il modo in cui vivono, modificando, se ve ne è bisogno, i comportamenti a rischio, adottando invece quelli più salutari (De Lorenzi et al., 2010).
Per l'importanza che la società assegna alla salute e alla responsabilità che ogni persona ha nel mantenerla e nel promuoverla, i componenti dell'equipe sanitarie e, in particolare gli infermieri, sono obbligati a mettere a disposizione costantemente iniziative di educazione volte a mantenere un'autocura e a promuovere la salute in quanto, senza adeguate conoscenze, alle persone risulta difficoltoso l'atto di prendere decisioni sulla propria salute (Molinari et al., 2006).
Di seguito verrà posta maggior attenzione al ruolo dell'educazione terapeutica per la promozione della salute del singolo utente che, talvolta, non aderisce al regime terapeutico offerto per far fronte alla propria malattia e, in questo caso, all'IMA.

3.14 L'infermiere e l'educazione terapeutica

Uno dei molteplici scopi dell'educazione degli assistiti, è quello di incoraggiare le persone ad aderire al regime terapeutico. L'adesione al trattamento richiede che nella persona vi sia un apporto di uno o più cambiamenti al proprio stile di vita al fine di poter eseguire specifiche attività che promuovono e mantengono la salute e la qualità di vita (Ferraresi, Gaiani, & Manfredini, 2006).
Come si è potuto constatare nei capitoli precedenti, l'aderenza al trattamento può essere resa difficoltosa per molteplici motivi e per questo, nel paziente infartuato si instaura un meccanismo che non gli premette di aderire al trattamento utile per promuovere il proprio stato di salute (Ferraresi et al., 2006).
Il successo degli infermieri rispetto all'educazione, è determinato dall'accertamento continuo delle variabili che influenzano le abilità dell'assistito di adottare comportamenti specifici salutari, per far fronte alle problematiche che lo hanno afflitto (Ferraresi et al., 2006). All'interno dei programmi di riabilitazione cardiovascolare, l'adesione al trattamento da parte del singolo soggetto diviene fondamentale. Una mancata riuscita riabilitativa porta il soggetto ad aumentare le sue probabilità di comorbidità e mortalità (Rovera, 1995).
In svariati studi, è stata prestata maggior attenzione alla percezione che l'assistito ha della propria malattia e questo ha fatto emergere e ha dimostrato che, questa percezione, condiziona in modo molto significativo le capacità di recupero (Bergerone & Brach Prever, 2006). Infatti, le aspettative negative dei pazienti sulla loro patologia e

sulle future capacità, sono associate ad un ritardo nella ripresa delle attività della vita quotidiana soprattutto quelle legate al lavoro e alla funzionalità corporea (Bergerone & Brach Prever, 2006). La percezione che il paziente infartuato possiede della sua malattia, sembra influenzare la riabilitazione e il recupero dopo la dimissione dall'ospedale. La convinzione del paziente che la malattia possa essere curata o controllata, è associata ad una maggior adesione ai programmi riabilitativi, mentre la percezione che la malattia è destinata a durare a lungo ed avere serie conseguenze, è correlata ad un ritardo nella ripresa lavorativa o anche alla possibile rinuncia nel riprendere le attività (Bergerone & Brach Prever, 2006). Il compito dell'infermiere diviene perciò, quello di sostenere il soggetto, di accertare i suoi bisogni e di mettere in pratica degli interventi mirati e personalizzati che possano fargli comprendere e lo possano convincere che, grazie alla sua partecipazione attiva, la malattia può essere controllata (Smeltzer et al., 2010).
L'educazione terapeutica, che si ha constatato sia ben più che semplice informazione, è una strategia che facilita la partecipazione attiva dell'utente alla propria cura sanitaria e assistenza. A tal proposito però, va sottolineato che non tutti i pazienti sono attivi nel partecipare ai loro progetti di assistenza e cura; spetta ai professionisti sanitari ricercare e individuare le motivazioni di queste resistenze che appartengono agli assistiti, o delle scelte individuali che discostano dalle aspettative dei curanti (Ferraresi et al., 2006). Purtroppo, tante volte gli utenti non sono correttamente o completamente informati circa il loro stato di salute e ai loro progetti terapeutici proposti dai curanti. Per questi molteplici motivi, viene a mancare il presupposto fondamentale per una corretta aderenza al trattamento e per l'assunzione di responsabilità da parte dell'utente rispetto al proprio piano di cura (Ferraresi et al., 2006).
L'educazione terapeutica, ha lo scopo di permettere lo sviluppo di responsabilità, consapevolezza ed abilità riferite al concetto di terapia, ossia di trattamento di una patologia. Lo scopo finale di questo processo educativo è appunto quello di assicurare un effetto terapeutico ai vari trattamenti proposti (De Lorenzi et al., 2010). L'educazione terapeutica, è definita come un processo educativo che si adempie ad aiutare la persona afflitta da una patologia (con l'ambiente circostante che lo circonda e la sua famiglia), ad acquisire e mantenere nel tempo la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia (Ferraresi et al., 2006). Nel processo educativo, si pone una forte enfasi al ruolo dei familiari o delle persone significative che accompagnano la persona nel percorso di cura e assistenza a lungo termine (Ferraresi et al., 2006).
L'educazione terapeutica, è descritta come un processo focalizzato sul paziente che permette un apprendimento sistemico, che si basa sull'adeguata considerazione dei bisogni potenziali e reali del soggetto (espressi o meno), ed i suoi meccanismi di adattamento alla patologia. L'educazione è un processo, è parte integrante dell'assistenza e del trattamento ed è sempre in evoluzione; è continuo e deve essere costantemente rivalutato e adattato ai diversi bisogni ed esigenze del paziente. Lo sviluppo di questo processo richiede una strutturazione consapevole con l'utilizzo di strumenti appropriati, metodologie che permettono di spaziare dall'addestramento, all'informazione, alle strategie motivazionali e deve prevedere la valutazione dei risultati ottenuti (Ferraresi et al., 2006).
L'educazione terapeutica, è una pratica complessa che implica una diagnosi educativa, la scelta di obiettivi di apprendimento, l'applicazione di tecniche di insegnamento e la valutazione pertinente del globale processo. Il soggetto a cui viene praticata l'educazione, è posto nella condizione di sviluppare abilità di conoscenza della propria condizione di salute; di gestione di eventuali trattamenti proposti in modo competente e

di prevenzione di eventuali complicanze evitabili (Ferraresi et al., 2006). Bisogna tenere sempre in considerazione che educare, in latino vuol dire “trarre fuori” e quindi, quando viene praticata l’educazione, bisogna ricordare che all’interno del processo educativo non ci si limita solamente a un semplice passaggio di conoscenze tra chi detiene il sapere e chi non conosce, bensì il soggetto risulta il personaggio principale della sua cura, svolge un ruolo attivo e partecipa, con le sue risorse e i suoi limiti, all’attuazione di attività volte al recupero funzionale di sé stesso (Ferraresi et al., 2006). Il contributo strategico che i curanti sanitari e nel mio caso specifico, gli infermieri possono donare ai pazienti nella fase post-acuta, in termini di miglioramento degli esiti, risale all’educazione terapeutica (Smeltzer et al., 2010).
Tra le molteplici definizioni di educazione terapeutica, anche l’OMS ne riporta una molto rilevante dove viene enunciato che, questo tipo di intervento, consiste nell’aiutare il paziente e i suoi cari a comprendere la malattia e il trattamento, collaborando alla cure e facendosi carico del proprio stato di salute, per conservare e migliorare successivamente la propria qualità di vita (Kickbusch & Nutbeam, 1998).

Dopo un evento cardiaco acuto, cambiare caratteristiche del proprio stile di vita non risulta sempre semplice e soprattutto, non risulta una priorità del paziente infartuato. L’applicazione di interventi educativi, risulta talvolta difficile da attuare nei pazienti che hanno subito un evento coronarico acuto ed è per questo che, questo approccio deve essere applicato diversamente dal tradizionale metodo utilizzato in altri pazienti (Labrunée et al., 2012). Gli operatori sanitari, ed in particolare gli infermieri, devono sviluppare strategie motivazionali per interagire con il paziente, affinché si possa avere un coinvolgimento attivo del paziente stesso utile a cambiare il suo stile di vita (Labrunée et al., 2012). Come già riportato precedentemente, i programmi di riabilitazione cardiovascolare dovrebbero comprendere come sua parte integrante anche un lavoro di educazione sanitaria, il cui obiettivo principale non è solo quello di fornire informazioni sui FRCV, ma anche di rendere consapevoli i pazienti dell’importanza che essi stessi, hanno nell’attuazione di un programma di reale cambiamento a lungo termine di abitudini di vita deleterie (Hoffmann, Rauhe, Mantovani, & Cappella, 1996).
Gli interventi educativi sono personalizzati per il singolo paziente e sono praticati da un equipe interdisciplinare con un regolare contatto tra loro, l’utente e la sua famiglia (Whalley et al., 2011). Tali interventi sono attuati singolarmente o in gruppo e mirano a discutere sugli obiettivi specifici di ognuno, sull’influenza delle convinzioni rispetto ai risultati, sul suscitare emozioni positive, sull’aumentare l’ottimismo rispetto alla possibilità di cambiamento e sull’ aumentare l’esperienza personale o altri fattori che supportano l’auto-cura (Whalley et al., 2011).
Gli interventi sono preceduti da una diagnosi educativa dove, oltre alla raccolta delle informazioni di carattere medico, si indaga sulla percezione soggettiva che il soggetto infartuato ha della propria qualità di vita, della motivazione al cambiamento e una serie di elementi psicologici che possono influenzare l’aderenza ai trattamenti (Hoffmann et al., 1996).
L’intervento educativo infermieristico, non ha solamente lo scopo di migliorare le conoscenze, anzi, all’interno di questi progetti educativi, vi sono attività specifiche che mirano ad educare il paziente sulla gestione della malattia e sulla modificazione di comportamenti a rischio (Hoffmann et al., 1996). Gli interventi educativi inoltre, tentano di favorire un ottimale reinserimento nella vita quotidiana, sociale e familiare, attraverso la conservazione ed il miglioramento della propria qualità di vita (Hoffmann et al., 1996). Gli infermieri, attraverso l’educazione terapeutica, mirano ad aiutare i pazienti a divenire

protagonisti nella cura della propria malattia, attraverso l'acquisizione di una serie di competenze, utili a individuare e attuare strategie per il controllo dei fattori di rischio e per la modificazione del proprio stile di vita; acquisire competenze nella gestione dello stress, dell'ansia, dei disturbi depressivi e degli stati d'umore disfunzionali; riconoscere ed esprimere le proprie emozioni e avere una qualità di vita soddisfacente per sé stessi (Brown, Clark, Dalal, Welch, & Taylor, 2011).
Diversi sono i grandi capitoli su cui gli interventi di educazione terapeutica coordinati dagli infermieri si impegnano a lavorare; questi sono legati alle abitudini alimentari, all'attività fisica, al consumo di tabacco, all'assunzione e la conoscenza dei farmaci, alla comprensione della malattia, alla sfera sessuale e all'adattamento sociale della malattia (Labrunée et al., 2012).
Perciò, l'obiettivo principale degli interventi di educazione terapeutica all'interno dei programmi di riabilitazione cardiovascolare, è quello di indurre i pazienti a partecipare al loro regime di terapia in modo da poter ristabilire una vita normale e soddisfacente. L'istruzione e l'educazione terapeutica fornita in riabilitazione cardiaca, dovrebbero essere individuate in base alle esigenze e alle credenze del paziente (Olga, 2012). L'educazione, è un processo di acquisizione di conoscenze e capacità che possono portare a cambiamenti nell'individuo, necessari per la manutenzione e il miglioramento della salute (Olga, 2012). Più in dettaglio, per ottenere un reale beneficio per i pazienti, gli infermieri, con interventi educativi dovrebbero effettuare la definizione di obiettivi, la valutazione dei bisogni dei pazienti, l'aiuto nella modifica dei comportamenti del paziente verso un autocontrollo maggiore, la partecipazione attiva ai processi decisionali, la valutazione dei fattori di rischio e un supporto per incoraggiare l'atteggiamento positivo verso la malattia e alleviare la sofferenza psicologica (Olga, 2012).
Il ruolo dell'infermiere è essenziale all'interno dei programmi di educazione, oltre alle altre discipline che vi ruotano attorno. Alcuni autori, hanno dimostrato che l'infermiere, all'interno dei programmi educazionali ha molteplici ruoli, tra cui fornire informazioni ai pazienti in modo da aiutarli a combattere la malattia e ad essere i protagonisti attivi del proprio trattamento e, inoltre, fornire assistenza psicologica e sostegno sia al paziente che alla sua famiglia (Olga, 2012).
Un approccio considerato utile nel fornire un'assistenza e un sostegno psicologico risale al counselling. Le abilità di counselling, risultano estremamente utili all'interno dei programmi riabilitativi di prevenzione secondaria. Tale approccio è un processo assistenziale che ha lo scopo di assistere l'individuo nell'affrontare una crisi della vita che può determinare un disagio personale (Sasso & Bianco, 2004).
Attraverso questa metodologia di assistenza, l'infermiere incoraggia il soggetto a esaminare i propri conflitti, i problemi e le difficoltà. Inoltre, aiuta il soggetto a sviluppare consapevolezza e comprensione di questi argomenti. Attraverso l'approfondimento e la discussione di questi problemi e/o difficoltà, il paziente viene incoraggiato a riflettere, per diventare consapevole e comprendere l'importanza della propria salute, del proprio benessere e del modo in cui queste condizioni possono essere raggiunte per promuovere il proprio stato di salute (Sasso & Bianco, 2004).
Perciò, gli interventi educativi, quali incontri periodici, istruzione sui FRCV e sulla loro abolizione, la spiegazione legata all'importanza di una corretta dieta e un'adesione ai programmi di esercizio fisico e il sostegno psicologico, dimostrano di essere essenziali nella cura dei pazienti con disturbi cardiovascolari (Olga, 2012).
L'educazione infermieristica nella riabilitazione cardiovascolare, migliora i risultati della salute e riduce il rischio di un nuovo evento cardiaco. Un programma educativo sanitario organizzato dagli infermieri per i pazienti dopo un evento cardiaco, migliora la

conoscenza dei pazienti sulla loro malattia e aumenta la consapevolezza delle modifiche comportamentali per prevenire un nuovo evento o la riammissione in ospedale (Olga, 2012).
Successivamente, verrà riportata la domanda di ricerca relativa al presente Lavoro di Tesi, insieme agli obiettivi che tengo a raggiungere in questa revisione della letteratura.

4. METODOLOGIA

4.1 Domanda di ricerca e obiettivi

Prima di spiegare le tappe metodologiche utilizzate per il seguente Lavoro di Bachelor, ho ritenuto corretto riportare la domanda di ricerca e gli obiettivi che vorrei raggiungere in questo lavoro. La domanda di ricerca del mio Lavoro di Tesi è:
"Quali interventi infermieristici di educazione terapeutica coordinati da infermieri, risultano efficaci a stabilire nel paziente infartuato la capacità di aderenza al trattamento e la modifica di uno stile di vita non salutare?"
Per riuscire a sviluppare tale quesito, mi è sembrato opportuno utilizzare lo strumento PICO, dove **P** indica il tipo di popolazione presa in considerazione per il problema in oggetto, **I** indica l'intervento studiato da attuare, **C** indica il confronto e quindi, quale è l'alternativa da comparare all'intervento prescelto e **O** indica il risultato o l'esito considerato (Chiari et al., 2006).
Nel caso specifico, la popolazione con il relativo problema riguarda persone adulte dai 18 a 80 anni circa (se specificato), che hanno subito un episodio di IMA di qualsiasi tipo (se possibile primo episodio). L'intervento studiato riguarda gli effetti che gli interventi infermieristici validati scientificamente in letteratura di educazione terapeutica hanno nei pazienti post-IMA. Infine, vi è l'esito considerato, ovvero lo scopo principale della mia tesi che, mira a rilevare quali sono, tra i molteplici interventi infermieristici di educazione terapeutica, quelli efficaci per permettere al soggetto infartuato di aderire al trattamento e modificare uno stile di vita non salutare.

Gli obiettivi che mi sono posta per il Lavoro di Bachelor sono molteplici e per avere una visione globale del mio intento, mi è sembrato opportuno citarli:

- Avere piena conoscenza dell'infarto miocardico acuto.
- Indagare su quali possano essere gli interventi educativi coordinati dalla figura infermieristica, atti ad aiutare il paziente colpito da IMA nell'aderire al trattamento e nel modificare uno stile di vita non salutare.
- Identificare quali siano gli interventi, tra quelli offerti dagli infermieri, i più efficaci per ottenere maggior adesione al trattamento e la modifica dello stile di vita del paziente infartuato.

4.2 Tappe metodologiche

Gli articoli da me selezionati per la corrente revisione di letteratura sono basati su ricerche eseguite all'interno di alcune banche dati e, principalmente, PubMed e Science Direct (Elsevier). Per la ricerca degli articoli all'interno del seguente documento, mi sono avvalsa dell'utilizzo di alcune parole chiave comuni come: nurse education, myocardial infarction, cardiac event, cardiovascular disease, education, quality of life, lifestyle, heart disease, secondary prevention. Queste parole sono state combinate tra loro con l'operatore booleano "AND". Le combinazioni mi hanno permesso successivamente di evidenziare gli articoli che più si addicevano allo scopo del mio Lavoro di Tesi. Oltre a ciò, mi è sembrato opportuno inserire all'interno del lavoro, dei criteri di inclusione ed esclusione per rendere tutto, il più preciso possibile.

I criteri di inclusione sono:

- Anno di pubblicazione compreso tra 2005 e 2017
- Articoli comprendenti interventi educativi erogati principalmente dalle figure infermieristiche
- Studi comprendenti entrambi i sessi o, solo sesso maschile o femminile
- Abstract consultabile
- Area geografica internazionale

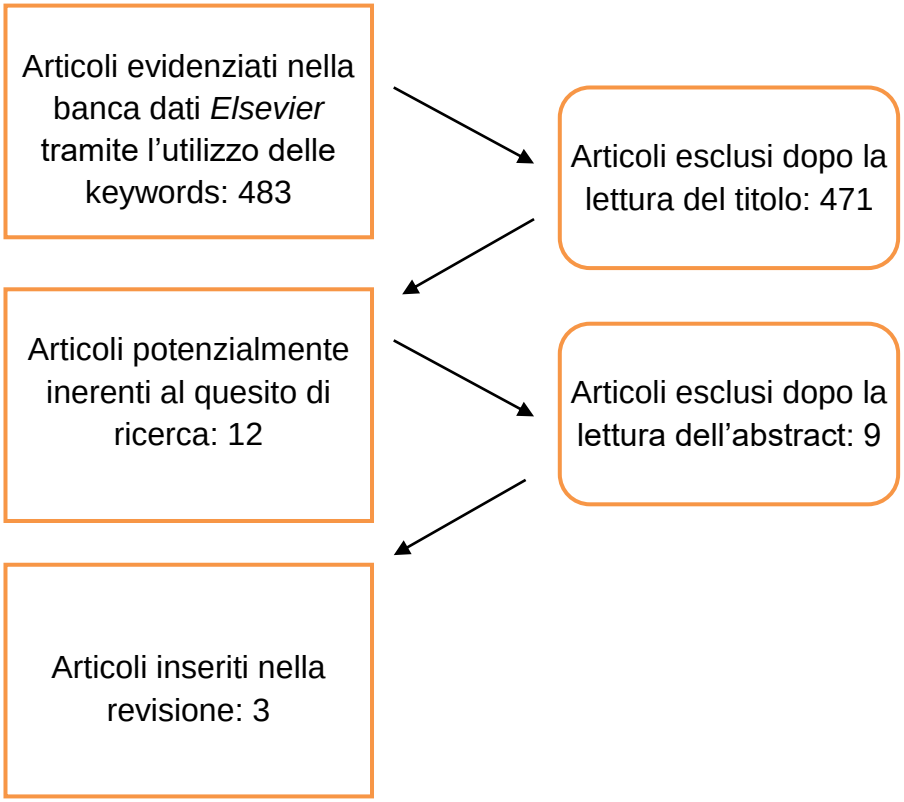
I criteri di esclusione:

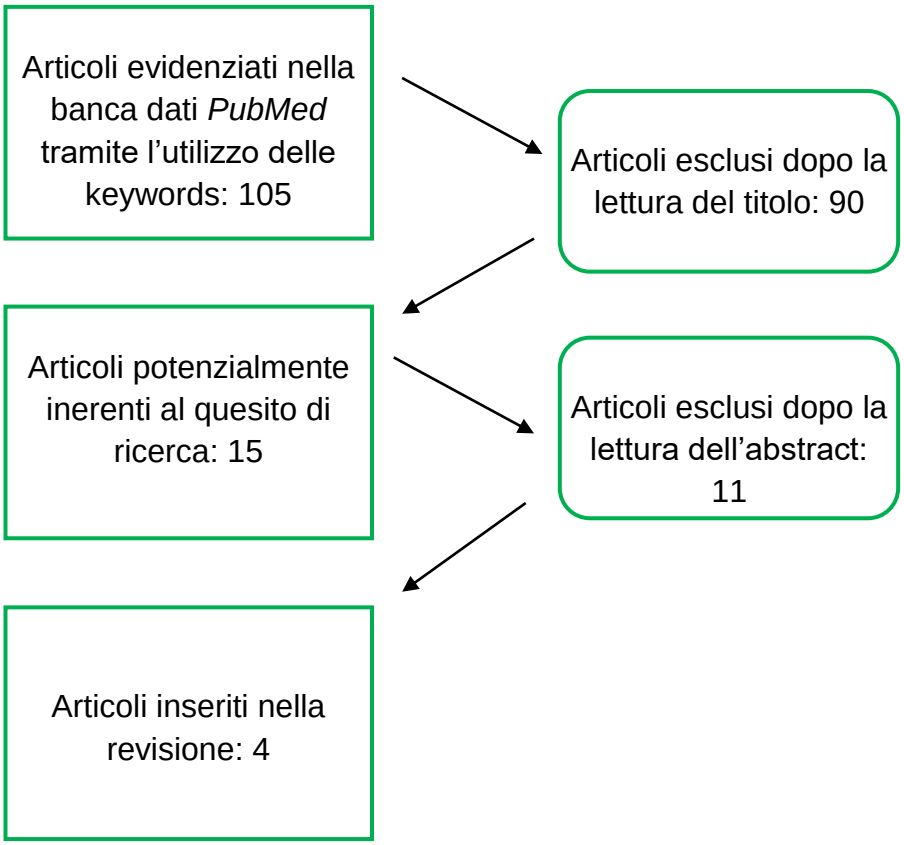
- Articoli privi di abstract
- Articoli privi di full text
- Articoli che comprendessero soggetti con età inferiore a 18 anni

Basandomi sulla pertinenza del titolo, sul contenuto dell'abstract, sull'inserimento delle parole chiave con il rispettivo operatore booleano e, sull'inserimento dei criteri di inclusione ed esclusione, nella banca dati Science Direct (Elsevier), la ricerca da me effettuata ha evidenziato 483 articoli. Di questi 483 articoli, solo12 parlavano di interventi educativi offerti ai soggetti che avevano subito un IMA. Tra questi 12 articoli, 6 possedevano l'abstract e di questi, solo 3 sono stati inclusi nella revisione, in quanto includevano interventi educativi erogati da infermieri che risultavano positivi da apportare nel paziente infartuato una modifica del proprio stile di vita.

All'interno della banca dati PubMed invece, la ricerca da me effettuata ha evidenziato 105 articoli che potessero essere pertinenti al mio lavoro. Tra questi, 90 sono stati esclusi dopo la lettura del titolo e dei restanti 15, solo 4 includevano le caratteristiche da me ricercate, tra cui l'abstract, la disposizione di full text, i criteri di inclusione ed esclusione pertinenti con i miei obiettivi.

In seguito sono riportate due flowchart suddivise per banche dati, ovvero Science Direct (Elsevier) e PubMed, che riportano il processo di scelta degli articoli da me selezionati:


Articoli evidenziati nella banca dati *Elsevier* tramite l'utilizzo delle keywords: 483
Articoli esclusi dopo la lettura del titolo: 471
Articoli potenzialmente inerenti al quesito di ricerca: 12
Articoli esclusi dopo la lettura dell'abstract: 9
Articoli inseriti nella revisione: 3


Articoli evidenziati nella banca dati *PubMed* tramite l'utilizzo delle keywords: 105
Articoli esclusi dopo la lettura del titolo: 90
Articoli potenzialmente inerenti al quesito di ricerca: 15
Articoli esclusi dopo la lettura dell'abstract: 11
Articoli inseriti nella revisione: 4

4.3 Sintesi dei risultati

Per redigere la corrente revisione di letteratura, ho tenuto in considerazione e incluso sette articoli basati su evidenze scientifiche. Di questi sette, tre equivalgono a studi sperimentali (Irmak & Fesci, 2010; Jorstad et al., 2013; Siudak et al., 2016), mentre i restanti quattro corrispondono a: un esperimento causale di controllo (Yan et al., 2014), uno studio randomizzato e prospettico (Park, Song, & Jeong, 2017), uno studio di coorte prospettico (Harbman, 2014) e uno studio clinico randomizzato di controllo (Najafi, Shaabani, Momennassab, & Aghasadeghi, 2016). Le caratteristiche chiave degli studi sono sintetizzati nelle tabelle presenti negli allegati **al capitolo numero 9.**

Per la scelta degli studi, mi è sembrato opportuno inserire solamente articoli che fossero stati sviluppati all'interno di un periodo temporale preciso e recente. Infatti, l'articolo più recente risale al 2017 (Park et al., 2017), mentre lo studio più vecchio preso in considerazione, è stato redatto nel 2010 (Irmak & Fesci, 2010).

Tutti e sette gli studi con i relativi esperimenti, sono stati eseguiti all'interno di strutture ospedaliere in diverse nazioni del mondo come Canada, Turchia, Olanda, Iran, Corea del Sud, Polonia e Cina (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Jorstad et al., 2013; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016; Yan et al., 2014).

Gli studi sono stati condotti con soggetti adulti; due di questi (Irmak & Fesci, 2010; Yan et al., 2014) non specificavano l'età dei partecipanti, mentre i restanti cinque esperimenti, presentavano un'età media pari a 63 anni (range da 18 a 80 anni) (Harbman, 2014; Jorstad et al., 2013; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016). I campioni descritti all'interno degli studi erano sia di sesso maschile, che di sesso femminile. Solamente due dei sette articoli, riportavano il genere all'interno delle caratteristiche dei partecipanti (Harbman, 2014; Najafi et al., 2016). In un articolo, il sesso era prevalentemente maschile (Harbman, 2014), mentre nell'altro studio il sesso era prevalentemente femminile (Najafi et al., 2016).

La quantità di individui che si è sottoposta ai vari studi, variava da un minimo di 36 soggetti (Irmak & Fesci, 2010), ad un massimo di 696 (Jorstad et al., 2013).

Nella loro totalità, gli esperimenti, includevano pazienti che avevano subito un evento cardiovascolare e, più precisamente un IMA. Inoltre, solo due tra questi, indicavano che si trattava di un primo evento di IMA (Najafi et al., 2016; Yan et al., 2014).

All'interno di cinque dei sette studi (Harbman, 2014; Jorstad et al., 2013; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Yan et al., 2014), i soggetti scelti per gli esperimenti sono stati suddivisi in gruppi di intervento e gruppi di controllo, mentre per i restanti due articoli, non c'è stata nessuna comparazione (Irmak & Fesci, 2010; Siudak et al., 2016).

Gli obiettivi dei molteplici studi riportati erano diversi, ma effettuando una comparazione, è stato evidenziato come quest'ultimi si assomigliavano tra loro.

Dei tre articoli sperimentali, due (Irmak & Fesci, 2010; Jorstad et al., 2013) avevano lo scopo di valutare gli effetti dei programmi educativi di prevenzione secondaria coordinati da infermieri, rispetto all'abolizione dei FRCV e alla modifica dello stile di vita dei pazienti che avevano subito un IMA.

Lo studio sperimentale restante (Siudak et al., 2016), aveva lo scopo di valutare l'efficacia dell'iniziativa "Patient Club" (programma educativo di prevenzione secondaria), come parte di un programma di riabilitazione e prevenzione nei pazienti che avevano subito una sindrome coronarica acuta come l'IMA. L'obiettivo di quest'ultimo studio sperimentale, risulta simile agli altri due esperimenti, ma rispetto a loro è stato eseguito per valutare l'efficacia degli interventi educativi rispetto alla conoscenza dei FRCV, all'attuazione di un alimentazione sana, all'aderenza alla farmacoterapia prescritta e ad un maggior tempo dedicato all'attività fisica.

Lo studio di coorte prospettico inserito all'interno di questa revisione, riportava lo stesso

obiettivo degli articoli citati precedentemente, ovvero quello di valutare gli interventi di cure infermieristiche educazionali all'interno di programmi di prevenzione secondaria, nei pazienti che avevano subito un IMA (Harbman, 2014).
Lo studio randomizzato e prospettico (Park et al., 2017), ha voluto chiarire gli effetti di un programma educativo praticato da figure infermieristiche ai pazienti che hanno subito un primo episodio di IMA. Inoltre, esaminare come tali interventi vadano ad arrecare modifiche rispetto ai rischi cardiovascolari, ai comportamenti salutari e alla qualità di vita oltre i 6 mesi. Questo studio è stato effettuato secondo una teoria specifica, ovvero una "teoria di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai rischi cardiovascolari".
A differenza dei cinque articoli appena riportati, i restanti due avevano degli obiettivi simili tra loro, ma metodologicamente distanziavano da quelli descritti poco sopra. L'esperimento causale di controllo (Yan et al., 2014) e lo studio clinico randomizzato di controllo (Najafi et al., 2016) avevano come obiettivo quello di indagare sugli effetti degli interventi educativi telefonici di follow-up condotti da figure infermieristiche. Il primo si concentrava nel valutare tali interventi per comprendere se vi fosse un'evidente miglioramento della percezione della malattia infartuale e il cambiamento del proprio stile di vita (Yan et al., 2014). Il secondo esperimento invece, mirava ad indagare sull'efficacia di tali interventi, soprattutto per l'adesione al regime alimentare e a quello farmacologico prescritto, per ottenere una buona riabilitazione cardiovascolare (Najafi et al., 2016).
I molteplici studi riportati all'interno del mio Lavoro di Tesi, hanno risposto al quesito di ricerca da me elaborato. Gli obiettivi citati poco sopra, permettono di evidenziare le similitudini presenti all'interno degli esperimenti.
Ciò che più si differenzia all'interno di questi esperimenti, risale alle metodologie utilizzate che, come riportato a inizio capitolo, sono dettagliate all'interno delle tabelle inserite negli **allegati al capitolo numero 9.**

5. DISCUSSIONE DELLA REVISIONE

5.1 Discussione dei risultati

Quanto emerso dai dati di diverse statistiche facenti parte dell'Ufficio federale Svizzero di Statistica, le malattie cardiovascolari fanno parte di una delle prima cause di morte e, in particolare sono collocate al terzo posto («Statistiche degli stabilimenti ospedalieri 2015: dati provvisori», s.d., pag. 201). Secondo alcune ricerche effettuate in varie parti del mondo, la malattia coronarica risulta la causa principale di morbilità e mortalità nei paesi sviluppati, ma anche in quelli in via di sviluppo (Irmak & Fesci, 2010).
I pazienti con una malattia coronarica sono ad alto rischio di andare incontro a un nuovo episodio di IMA e alla morte, soprattutto se vi è una mancata aderenza al trattamento riabilitativo cardiovascolare e alle precauzioni e prevenzioni che il programma riabilitativo stesso comporta (Harbman, 2014).
La patologia cardiovascolare, può svilupparsi nell'individuo per molteplici cause che, per la maggior parte delle volte risalgono a dei fattori modificabili. Questi fattori, denominati FRCV, risultano essere dei comportamenti poco salutari che, tante volte, faticano ad essere sradicati dall'individuo stesso (Wyss et al., 2015).
Tali fattori possono essere il consumo di tabacco, una dieta ricca di grassi saturi che può portare a obesità e iperlipidemia, l'inattività fisica che può portare a sedentarietà, l'ipertensione arteriosa e lo stress (Wyss et al., 2015).
L'instaurazione di questi molteplici comportamenti e attitudini, possono innescare nel soggetto delle problematiche a livello fisiopatologico che a lungo andare portano ad un'occlusione importante a livello coronarico e conseguentemente ad un possibile IMA. L'IMA, può diventare una malattia molto disabilitante sia sul piano fisico che su quello psicologico. Un evento cardiovascolare acuto e improvviso come l'infarto, può mettere spesso a rischio la vita del paziente o perlomeno, può arrecare delle modifiche improvvise dell'immagine e della percezione di sé e delle capacità fisiche e mentali (Samani et al., 2006).
Come citato all'interno del corrente documento e, più precisamente, all'interno del quadro teorico, l'infermiere è dotato di molteplici ruoli, tra cui quello di promotore della salute («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.). Quando si parla di promozione della salute in ambito cardiologico, bisogna saper distinguere due precisi momenti in cui l'infermiere può operare, ovvero, prima o dopo un evento patologico come l'IMA. Nel mio caso, dove il soggetto ha già subito un episodio coronarico, gli interventi infermieristici di promozione della salute mirano soprattutto al miglioramento dell'aderenza terapeutica, alla gestione dei sintomi, alla riabilitazione psicofisica, ad un programma di sostegno, ad uno stile di vita funzionale e a un follow-up duraturo nel tempo (Harbman, 2014).
Attraverso questo lavoro di ricerca scientifica, era mia intenzione evidenziare quali potessero essere i reali benefici e i principali interventi di educazione terapeutica coordinati da infermieri, che potessero aiutare i soggetti infartuati ad aderire alla farmacoterapia, a modificare stili di vita inappropriati, volti a ristabilire una buona qualità di vita alfine di poter promuovere la propria salute.
All'interno del quadro teorico da me redatto, è stata posta particolare attenzione all'importanza della riabilitazione cardiovascolare, all'educazione, all'informazione e alla promozione della salute, nei pazienti che avevano subito un evento cardiovascolare come l'IMA.
L'approfondimento della tematica, ha fatto insorgere dei quesiti che hanno portato in me la curiosità di conoscere quali erano realmente, gli interventi efficaci per questa tipologia di persone e come effettivamente venivano svolti.

Quel che più mi ha aiutato a comprendere le tipologie di interventi possibili, sono state le metodologie utilizzate all'interno degli esperimenti approfonditi, perché mi hanno permesso di scoprire gli svariati metodi e interventi praticati.

Come ben evidenziato all'interno del quadro teorico, a seguito di un evento così invalidante, un programma riabilitativo cardiovascolare sembra essere un approccio idoneo per ottenere un recupero clinico, funzionale, psicologico e comportamentale, in funzione ad un ottimale e precoce ritorno alla vita di sempre (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004). La riabilitazione cardiovascolare risulta un approccio interdisciplinare e multidimensionale fondamentale per le persone infartuate. Gli interventi facenti parte della riabilitazione cardiovascolare, sono stati progettati con lo scopo di ottimizzare il funzionamento globale del soggetto infartuato e, per cercare nel limite del possibile, di stabilizzare e modificare la situazione clinica, riducendo morbilità e mortalità (Molinari et al., 2006).
Il programma riabilitativo, viene erogato ai soggetti quando in loro si è già scatenata la patologia e, per questo, tale approccio viene incluso nella prevenzione secondaria. La prevenzione secondaria, viene erogata alle persone già colpite dalla patologia e l'obiettivo, è quello di aiutare i soggetti a condurre una vita normale nonostante abbiamo subito un IMA (Harbman, 2014). La figura infermieristica, all'interno di questo approccio, funge da componente fondamentale, in quanto, il suo intervento è utile per promuovere la salute del soggetto che ha subito una malattia cardiaca.
La prevenzione secondaria prevede l'individuazione, il trattamento e la riabilitazione di pazienti con una malattia coronarica come l'IMA. Tale pratica è volta a ridurre il rischio di recidiva, diminuire la necessità di interventi, migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza globale. Le principali strategie di prevenzione secondaria, come riportato nello studio condotto da Harbman (2014), includono degli interventi educativi rispetto alla cessazione con il consumo di tabacco, al controllo della pressione sanguigna, alla gestione dei livelli ematici lipidici, alla promozione dell'attività fisica, alla gestione del peso corporeo, all'aderenza alla terapia farmacologica prescritta come antiaggreganti, anticoagulanti, ACE inibitori e beta-bloccanti (Harbman, 2014). Un altro studio elaborato da Jorstad et al. (2013) riporta gli stessi tipo di interventi, ma gli infermieri, oltre a interventi educazionali e di prevenzione, effettuando delle valutazioni anche su peso corporeo, sulla circonferenza della vita e sui livelli di glucosio a livello ematico (Jorstad et al., 2013).
Gli infermieri, all'interno delle visite educazionali e di valutazione dei molteplici FRCV, forniscono consigli generali sullo stile di vita e una consulenza individuale (counselling) e specifica con del materiale cartaceo, utile a ottenere delle modifiche rispetto ad abitudini poco salutari e a pensieri disfunzionali che possono intralciare il percorso riabilitativo.
La consulenza individuale di assistenza e sostegno psicologico al paziente infartuato, viene facilmente ricondotta alle abilità di counselling.
Secondo quando visto nel capitolo riguardante l'educazione terapeutica, il counselling risulta un approccio pratico all'interno dei programmi riabilitativi di prevenzione secondaria. Tale approccio risulta un processo importante che permette di assistere l'individuo e aiutarlo ad affrontare una crisi che può determinare un disagio personale (Sasso & Bianco, 2004).
Sia all'interno del capitolo inerente l'educazione terapeutica, che nell'articolo approfondito a cura di Jorstad et al. (2013), attraverso le abilità di counselling, l'infermiere incoraggia il soggetto a esaminare i propri conflitti, le difficoltà, i problemi e aiuta gli individui a sviluppare la consapevolezza, la comprensione delle problematiche

che possono intralciare l'adesione al trattamento riabilitativo proposto (Jorstad et al., 2013). All'interno di questo momento di sostegno e assistenza individuale, il paziente viene incoraggiato a lavorare sulle difficoltà che possono presentarsi a seguito di un evento cardiovascolare acuto, permettendogli così di essere più consapevole dell'importanza della salute e del modo in cui quest'ultima può essere raggiunta e promossa (Jorstad et al., 2013; Sasso & Bianco, 2004).
Come riportato nel quadro teorico, all'interno dei programmi di riabilitazione cardiovascolare, oltre all'erogazione di consigli/informazioni e interventi educativi, il counselling è un altro approccio che, se attuato, permette di arrecare delle modifiche comportamentali, tramite la presa di coscienza di strategie e la possibilità di autogestione delle diverse problematiche (National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004).

Negli esperimenti approfonditi, ma anche nel quadro teorico, si può notare come gli interventi educativi, inclusi nella prevenzione secondaria, possano essere praticati in diverse modalità.
Oltre al counselling, come approfondito nello studio a cura di Irmak e Fesci (2010), gli infermieri, all'interno di programmi di prevenzione secondaria, offrono ai soggetti infartuati dei momenti di informazione ed educazione rispetto agli aspetti generali dell'IMA, ai FRCV, alle pratiche utili per ridurre l'ipertensione arteriosa, ad aspetti legati alla corretta alimentazione, alla cessazione del consumo di tabacco, alla attività fisica regolare e all'aderenza al trattamento farmacologico. L'infermiere, dona al soggetto un periodo temporale specifico per ogni trattamento informativo ed educativo (Irmak & Fesci, 2010).
Il tempo riservato all'informazione e all'educazione nei momenti di incontro con i pazienti con cui abbiamo a che fare, sono fondamentali nella pratica quotidiana. Quando si formano dei momenti educativi e informativi, è molto importante ascoltare attentamente il soggetto con cui ci si relaziona, dedicandogli il tempo necessario per esprimersi e condividere con noi curanti, le difficoltà e gli ostacoli, alfine di poter trovare, se possibile, delle strategie per affrontarle. Dopo l'attuazione di interventi informativi ed educativi, come riportato nello studio a cura di Irmak e Fesci (2010), con i pazienti vengono discusse le barriere che possono intralciare il percorso riabilitativo. Tale affermazione, permette di comprendere quanto la mera attuazione di interventi educativi non è sufficiente per avere la piena alleanza del paziente; al contrario, la discussione, le strategie, il rafforzamento della motivazione e il feedback tra paziente e curante, permettono di attuare modifiche più significative nel paziente infartuato (Irmak & Fesci, 2010).
Come riportato all'interno del quadro teorico, secondo Ferraresi et al. (2006), educare significa "trarre fuori". Questo permette di evidenziare che, praticare interventi educativi, non risulta essere unicamente un semplice passaggio di informazioni, bensì il soggetto risulta il personaggio principale della sua cura, svolge un ruolo attivo e partecipante per il recupero globale di sé stesso (Ferraresi et al., 2006).
Quando tra paziente e infermiere si sviluppa un'alleanza terapeutica, il curante eroga con più facilità degli interventi di educazione terapeutica. Come riportato in uno studio, alcuni interventi possono essere sviluppati secondo metodologie specifiche (Park et al., 2017). L'infermiere può erogare determinati interventi educativi, ma il soggetto in questione deve svolgere un ruolo attivo nella sua cura. Oltre all'informazione e alle pratiche da eseguire, all'interno dei momenti di assistenza, l'obiettivo dell'infermiere è quello di permettere di avere con il paziente in cura una comunicazione attiva, dove tra i due si discute circa l'opzione di arrecare una modifica comportamentale e ci si accorda

su obiettivi raggiungibili. A tal proposito, è bene riflettere su una questione che ci si potrebbe porre ogni qualvolta ci si prende a carico di un paziente che, in seguito a un evento cardiovascolare acuto, riporta delle ripercussioni sulla propria salute psicofisica, ovvero "Quanti pazienti di cui ci prendiamo quotidianamente a carico, si pongono degli obiettivi volti al raggiungimento di una miglior percezione della propria salute?" Come riportato poco sopra, gli interventi educativi molte volte, possono essere attuati secondo metodologie diverse. Secondo Park et al. (2017), il momento di discussione e di accordo tra paziente e infermiere risulta estremamente importante in quanto, una volta che da entrambe le parti si sono stipulati obiettivi di gestione del rischio, al soggetto viene posta la possibilità di firmare un contratto che dimostra la determinazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tale pratica permettere di rendere consapevole sia il soggetto che il curante, della possibilità di attuare realmente qualcosa di concreto, per aderire al trattamento rispetto al cambiamento di stili di vita poco salutari (Park et al., 2017).
La firma di un contratto fittizio, può permettere all'infermiere di erogare determinati interventi educativi come fornire informazioni sui FRCV, oppure su come gestire la sintomatologia e su come modificare abitudini comportamentali scorrette.
A tal proposito, l'aspetto motivazionale riemerge nuovamente. Come riportato nel quadro teorico, spesso il soggetto che ha subito un evento cardiovascolare così invalidante e improvviso, fatica ad acquisire nuove conoscenze e informazioni rispetto alla modifica di comportamenti e abitudini scorrette (Moser et al., 2003).
La figura infermieristica, come già visto più volte, tra i molteplici ruoli risulta essere anche promotore della salute e per questo, in qualità di questa veste, spetta a questa figura sanitaria, rafforzare l'aspetto motivazionale del paziente per mezzo del rinforzo positivo. Come riportato all'interno del quadro teorico, secondo Labrunée et al. (2012), gli operatori sanitari, devono sviluppare strategie motivazionali per interagire con il soggetto, affinché si possa avere un coinvolgimento attivo del paziente stesso, utile a cambiare il suo stile di vita. L'infermiere, che fornisce interventi educativi di prevenzione secondaria, si focalizza sul paziente, sulle sue priorità, sulle sue preferenze, alfine di ricercare un'alleanza terapeutica. L'educazione, l'istruzione, la discussione e il confronto, risultano essere delle strategie utili che possono aiutare il soggetto ad aumentare la propria motivazione per il raggiungimento di un obiettivo (Labrunée et al., 2012). Infatti, come visto nel capitolo relativo all'educazione terapeutica all'interno del quadro teorico, gli infermieri, oltre a definire gli obiettivi, valutare i bisogni dei pazienti e aiutare a modificare i comportamenti poco salutari, donano un supporto per incoraggiare l'atteggiamento positivo verso la malattia e alleviare così la sofferenza psicologica (Olga, 2012).
In relazione a ciò, il raggiungimento di un obiettivo, come la modifica di alcuni comportamenti poco salutari, genera nell'individuo un benessere psicologico, oltre ad un benessere fisico. Tale dichiarazione afferma che, il raggiungimento di un obiettivo rafforza la motivazione del paziente che più probabilmente, come riportato nello studio a cura di Park et al.(2017) manterrà più a lungo il risultato positivo raggiunto.

Oltre ad erogare interventi educativi "faccia a faccia" o tramite visite domiciliari o ambulatoriali, secondo alcuni autori, anche degli interventi telefonici educativi di follow-up risultano efficaci, nei pazienti che hanno subito un IMA e che faticano ad aderire a molteplici cambiamenti e trattamenti.
Al di là di interventi educativi erogati all'interno della struttura ospedaliera, alcuni studi riportano come gli interventi educativi coordinati dagli infermieri possano essere erogati

anche tramite delle chiamate telefoniche, permettendo così, il proseguimento dei programmi educativi a domicilio (Najafi et al., 2016; Yan et al., 2014).
All'interno di queste chiamate, tra paziente e infermiere si può discutere sulle percezioni che i soggetti hanno dei sintomi e delle cause che hanno portato ad un episodio infartuale, indicando quali aspetti devono essere migliorati per avere uno stile di vita sano, come il cambiamento del regime alimentare e l'adesione al trattamento farmacologico, diminuendo conseguentemente il rischio cardiovascolare. In queste molteplici conversazioni telefoniche, l'infermiere si impegna a incoraggiare, a motivare il soggetto, a discutere con lui sulle possibili barriere che possono intralciare il percorso, stimolandolo nel persistere con un comportamento positivo.
Gli infermieri, contribuiscono in maniera significativa nel fornire ai pazienti informazioni sulla loro malattia, sui sintomi, sullo stile di vita sano, sui farmaci indicati, sulla corretta nutrizione e su altri aspetti fondamentali. Tali informazioni, possono aiutare i soggetti a prendere le migliori decisioni rispetto a delle modifiche dello stile di vita nel periodo subito dopo la dimissione. La figura infermieristica risulta così significativa, poiché l'erogazione di interventi educativi possono aiutare il soggetto ad aderire al regime di trattamento, ritardando così la progressione della malattia e riducendo conseguentemente le complicanze legate alla patologia stessa (Yan et al., 2014).
Secondo Najafi et al. (2016), la telemedicina dona la possibilità alle figure professionali sanitarie, di offrire interventi educativi e informativi attraverso dispositivi di comunicazione elettronici come internet, film e telefono. Il telefono, rispetto agli altri mezzi più comuni, è il metodo più disponibile, ampiamente diffuso ed utilizzato dalla maggior parte degli individui. Tale metodo risulta molto conveniente per valutare la necessità di assistenza e ridurre le frequenze dei controlli ospedalieri e ambulatoriali. Come riportato nell'articolo redatto da Najafi et al. (2016), l'utilizzo del telefono non solo riduce i costi e facilità l'accesso a un'assistenza sanitaria efficace, bensì migliora anche la relazione tra pazienti e i curanti sanitari poiché talvolta, può eliminare le barriere associate al tempo e al luogo. Le conversazioni telefoniche settimanali o mensili tra infermieri e pazienti, possono essere considerate promettenti nell'aumentare i risultati positivi del trattamento e migliorare la gestione delle condizioni di salute dei pazienti (Najafi et al., 2016).

Tutte queste molteplici pratiche, spesso non vengono praticate da un'unica disciplina sanitaria. L'infermiere, non risulta l'unico professionista sanitario che attornia il paziente con una malattia cardiovascolare come l'infarto. La figura infermieristica, per erogare interventi educativi, come riportato in alcuni studi, si avvale della cooperazione di altre figure professionali e questo permette la creazione di una collaborazione interdisciplinare (Jorstad et al., 2013; Siudak et al., 2016).
Come riportato in uno studio condotto in Polonia a cura di Siudak et al. (2016), i soggetti aventi una diagnosi di IMA, durante l'esperimento e quindi, all'interno del soggiorno ospedaliero, hanno ricevuto un kit didattico con del materiale cartaceo che riportava misure di prevenzione sulla cessazione del consumo di tabacco, accesso a due siti web educativi e un invito a una riunione. Al di là di ciò, all'interno di tale esperimento si è potuta accentuare l'importanza dell'interdisciplinarietà. Durante il programma educativo, i soggetti sono stati sottoposti a delle conferenze praticate da cardiologi, infermieri e fisioterapisti rispetto a "La vita dopo l'IMA", "Dieta inappropriata", "Attività fisica", "Cessazione del fumo" e corsi di rianimazione cardiopolmonare forniti da paramedici (Siudak et al., 2016).
Nella loro totalità, gli interventi educativi, soprattutto quelli rivolti ai cambiamenti dello stile di vita, permettono di accentuare l'importanza della presenza di un team

multiprofessionale. Questa considerazione viene menzionata anche nel quadro teorico, in cui viene enunciato che gli interventi educativi risultano personalizzati per il singolo soggetto, ma soprattutto, sono praticati da un'equipe interprofessionale (Whalley et al., 2011). Una buona coordinazione delle informazioni tra le varie figure professionali, garantisce un lavoro interdisciplinare e questo permette di porre enfasi sulla presa a carico globale del paziente infartuato. All'interno del quadro teorico, il lavoro interdisciplinare risulta essere un elemento primario, essendo una competenza specifica infermieristica che rientra nel ruolo di membro di un gruppo di lavoro («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.).

Gli articoli approfonditi e di seguito esposti, hanno evidenziato dei risultati molto simili tra loro, nonostante gli interventi siano stati molteplici. Da quel che è emerso dall'analisi dei dati riportati, i sette articoli hanno un fattore comune principale, ovvero, che i molteplici interventi educativi di prevenzione secondaria e gli interventi telefonici di follow-up, sono risultati efficaci nell'apportare delle modifiche positive nel paziente infartuato, soprattutto per quel che riguarda l'aderenza al trattamento rispetto all'adozione di stili di vita salutari (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Jorstad et al., 2013; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016; Yan et al., 2014).
I molteplici articoli, hanno evidenziato che gli interventi educativi erogati dagli infermieri in diverse modalità, hanno reso i soggetti attenti nel seguire diverse regole e apportare dei cambiamenti rispetto a comportamenti precedentemente assunti e poco salutari. Gli interventi educativi hanno dimostrato, in sei articoli su sette, la loro efficacia nell'apportare delle modifiche al regime nutrizionale nei soggetti che hanno subito un'IMA (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016; Yan et al., 2014).
Oltre a questo aspetto, i risultati di quattro articoli, hanno riportato come i soggetti facenti parte di questi esperimenti, hanno smesso con il consumo di tabacco dopo l'attuazione di interventi educativi (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016). A differenza di quanto appena riportato, nello studio redatto da Yan et al. (2014), gli interventi educativi rivolti ai soggetti infartuati, non sono risultati efficaci nell' eliminare il consumo di tabacco, ne tantomeno nell'apportare significativi miglioramenti nel controllo dello stress. Gli interventi educativi erogati, hanno permesso di apportare delle modifiche anche rispetto all'attuazione di una regolare attività fisica all'interno di quattro studi (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Siudak et al., 2016; Yan et al., 2014) e, in uno studio tra i menzionati, è stato riportato come l'attuazione di un attività fisica regolare è stata praticata maggiormente dagli uomini, rispetto che dalle donne (Siudak et al., 2016).
Gli interventi educativi offerti dagli infermieri, hanno portato a dei significativi cambiamenti degli stili di vita, hanno permesso ai soggetti di gestire in modo significativo i loro FRCV e hanno incrementato l'adesione al trattamento farmacologico prescritto. Gli interventi infermieristici hanno inoltre permesso di rafforzare la motivazione dei soggetti, aumentando conseguentemente l'adesione al trattamento raccomandato. I risultati dello studio a cura di Yan et al. (2014), hanno evidenziato come tali interventi abbiano modificato positivamente la percezione dell'IMA, rendendo i soggetti infartuati più ottimisti rispetto alle capacità di far fronte alla malattia. La modifica di comportamenti poco salutari nei soggetti infartuati, secondo uno studio a cura di Park et al. (2017), ha permesso di aumentare la loro performance e la loro gestione dello stress, apportando così una miglior percezione della qualità di vita. Un articolo approfondito a cura di Jorstad et al. (2013), non ha principalmente

evidenziato risultati rispetto a cambiamenti dello stile di vita, ma ha riportato che gli interventi educativi coordinati da infermieri hanno permesso di ridurre il rischio cardiovascolare, diminuendo inoltre il numero di nuove ospedalizzazioni e visite al centro di emergenza cardiaco, classificando i pazienti con un “buon controllo” dei fattori di rischio.
Concludendo, si può evidenziare come i molteplici interventi di educazione terapeutica siano risultati efficaci nell’apportare delle modifiche positive ai cambiamenti dello stile di vita, all’aderenza ai trattamenti prescritti e, in un solo studio (Park et al., 2017), è stata evidenziata l’efficacia di questi interventi per una miglior percezione della qualità di vita.

5.2 Limiti degli studi

Redigendo il mio Lavoro di Tesi, sono stata confrontata con diversi limiti posti dagli articoli stessi e alcuni, rilevati personalmente. Per questo motivo, mi è sembrato opportuno inserire, oltre agli aspetti positivi, anche i limiti evidenziati all’interno di questi esperimenti.
Molteplici studi, hanno evidenziato dei limiti comuni; tra questi vi sono il coinvolgimento di un piccolo numero di soggetti presi in considerazione per gli esperimenti (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Najafi et al., 2016) e, inoltre, il breve periodo di estensione di follow-up, per valutare i risultati a lungo termine degli interventi (Irmak & Fesci, 2010; Najafi et al., 2016; Yan et al., 2014). La presenza di un gruppo limitato di soggetti sottoposti agli esperimenti, potrebbe ipotizzare un mancato riconoscimento dell’efficacia degli interventi educativi coordinati da infermieri.
L’ampiezza maggiore del gruppo preso in considerazione, potrebbe confermare in modo più massiccio l’efficacia degli interventi educativi e questo permetterebbe di solidificare i reali benefici di tali interventi.
Al di la di ciò, un altro limite sottolineato, riguarda il breve periodo di estensione degli esperimenti. La breve estensione degli interventi, potrebbe intralciare il reale beneficio di quest’ultimi a lungo termine. Nei testi selezionati, gli interventi attuati ai soggetti che hanno subito un infarto miocardico acuto, sono stati erogati per un breve lasso di tempo; questo potrebbe ipotizzare una mancata efficacia a lungo termine di tali interventi.
Gli interventi educativi, sono risultati efficaci nell’arrecare delle modifiche significative rispetto a cambiamenti comportamentali dello stile di vita, incremento dell’aderenza alla terapia prescritta e miglior percezione della qualità di vita. Questi studi hanno permesso sicuramente la modifica di diversi fattori, ma non si conosce la loro efficacia in un lasso di tempo a lungo termine. In altri due articoli presentati (Irmak & Fesci, 2010; Siudak et al., 2016), si è evidenziato inoltre un altro limite,ovvero, la mancata presenza di un gruppo di controllo che avrebbe permesso la comparabilità con l’intervento erogato in questione. Questo limite permette di evidenziare che, in assenza di un gruppo comparativo, gli interventi messi in atto non possono essere confrontati con altre cure, ma i risultati si basano solo su quel che è emerso da un singolo gruppo comprendente tutti i soggetti presi in considerazione. Questo fattore, non permette di rilevare pienamente gli effettivi risultati dell’attuazione di interventi educativi, in quanto la presenza di un gruppo di comparazione avrebbe potuto arrecare delle modifiche ai risultati emersi, andando a rilevarne eventualmente altri.
Oltre ai limiti riportati, ci tenevo a restituirne alcuni percepiti ed evidenziati in prima persona, ovvero che, in alcuni studi assentavano l’età dei soggetti (Irmak & Fesci, 2010; Yan et al., 2014) e il genere dei partecipanti (Irmak & Fesci, 2010; Park et al., 2017; Yan et al., 2014). Questo non ha intralciato in grandi linee il mio susseguirsi della

ricerca, però, mi ha lasciato con delle interrogazioni, soprattutto per quel che riguarda il genere dei soggetti.
Essere a conoscenza del sesso di tutti gli individui presi in considerazione, soprattutto nei risultati ottenuti, mi avrebbe permesso di evidenziare le differenze legate al sesso, ovvero, tra maschi e femmine, quali dei due generi, erano meno propensi a seguire e aderire agli interventi educativi erogati dagli infermieri. Questa rilevazione, mi avrebbe permesso di trarre ulteriori conclusioni dei risultati contenuti nella ricerca.
In aggiunta a quel che è stato appena riportato, un elemento che a parer mio ha limitato il mio lavoro, è stato l'aspetto geografico. Purtroppo non ho potuto trovare articoli condotti alle nostre latitudini, bensì tutti gli articoli riportati sono stati condotti in altri continenti (Harbman, 2014; Irmak & Fesci, 2010; Jorstad et al., 2013; Najafi et al., 2016; Park et al., 2017; Siudak et al., 2016; Yan et al., 2014). Questo non mi ha permesso di conoscere principalmente la realtà svizzera, fattore che mi sarebbe piaciuto evidenziare e inserire all'interno del corrente lavoro, per poterlo confrontare con gli altri studi condotti in altre parti del mondo.
In conclusione, due limiti che ho vissuto durante la redazione del lavoro, sono attribuibili alla traduzione letteraria dei testi e inoltre, alla presenza di molteplici tabelle riassuntive predisposte con un metodo matematico e descritte con un linguaggio statistico, la cui interpretazione è spesso risultata difficoltosa. A tal proposito però, ci tenevo riportare che in parte questi due limiti sono stati superati poiché, il corso di inglese frequentato negli anni scorsi mi ha permesso di tradurre con più facilità i testi approfonditi e, anche il modulo di statistica a cui ho preso parte l'anno scorso, mi ha aiutato a estrapolare con più semplicità i dati necessari per preparare le tabelle riassuntive che si trovano negli allegati.

6. CONCLUSIONI

6.1 Conclusioni della revisione della letteratura

L'IMA, risulta essere una patologia molto destabilizzante sia a livello fisico che a livello psicologico. A seguito di questo evento, l'obiettivo principale sarebbe quello di prevenire ulteriori eventi cardiovascolari, andando così a ritardare la possibile morbilità e mortalità.

A tal proposito, i risultati di vari studi suggeriscono che la prevenzione secondaria, risulta essere la scelta più idonea per aiutare i soggetti infartuati a far fronte alle problematiche derivanti dall'evento cardiovascolare acuto.

Il soggetto infartuato, spesso ingloba in sé delle caratteristiche poco salutari che probabilmente, risultano le stesse che hanno causato l'IMA. Queste caratteristiche, che risalgono a dei fattori modificabili, possono essere l'iperlipidemia, l'ipertensione arteriosa, l'obesità (alimentazione ricca di grassi saturi), il diabete mellito, il consumo di tabacco, la sedentarietà (inattività fisica) e lo stress.

Nel presente Lavoro di Tesi, appare essere fortemente evidente l'importanza del ruolo della figura infermieristica all'interno del percorso riabilitativo. Questa figura, ricopre diverse cariche e ingloba diverse competenze nel suo percorso professionale. I diversi ruoli che lo compongono risalgono a ruolo di esperto in cure infermieristiche, di comunicatore, di membro di un gruppo di lavoro, di manager, di promotore della salute, di apprendente e insegnante e di appartenenza professionale.

Le diverse competenze in possesso della figura infermieristica, permettono a quest'ultima di erogare delle cure mirate, usufruendo di questi molteplici ruoli. In particolare, all'interno di questo Lavoro di Tesi, come approfondito nel quadro teorico e, come evidenziato all'interno dei molteplici articoli, l'infermiere funge principalmente da promotore della salute e insegnante.

Attraverso questi ruoli, l'infermiere eroga degli interventi educativi e di promozione della salute, alfine di poter aiutare i soggetti infartuati ad aderire al trattamento rispetto alla modifica di uno stile di vita poco salutare.

Vari studi hanno riscontrato che l'infermiere tramite riunioni, colloqui, accesso a siti web, incontri ambulatoriali, telefonate a domicilio e consulenza individuale (counselling), eroga degli interventi educativi. Tramite questi metodi, la figura infermieristica si impegna a fornire ai soggetti infartuati il suo sapere rispetto a come comportarsi rispetto ad abitudini inappropriate, incoraggiando e motivando i pazienti ad essere attivi nella propria cura e ad aderire ai molteplici trattamenti prescritti.

All'interno dei trattamenti educativi, l'infermiere si impegna inoltre a discutere con il soggetto, sulle barriere e le difficoltà che possono ostacolare il percorso riabilitativo cardiovascolare, permettendo così all'individuo di essere totalmente consapevole delle sue capacità e dei suoi limiti.

Dai risultati emersi, appare fortemente evidente che gli infermieri risultano essere professionisti essenziali all'interno dei programmi riabilitativi. I dati suggeriscono che questa disciplina sanitaria, può facilmente implementare programmi di educazione rispetto alla riduzione del rischio cardiovascolare, ma anche erogare interventi valutativi e istruttivi. I dati dei molteplici risultati supportano l'ipotesi che gli interventi educativi guidati dalla figura infermieristica, possono facilmente essere integrati nel sistema di trattamento medico attuale, per condurre una modifica più efficace dello stile di vita, incrementando così l'aderenza al trattamento. Gli interventi di prevenzione secondaria, risultano significativamente utili nel migliorare il decorso post-infarto dei soggetti e, nel

rendere quest'ultimi attenti nel seguire determinate regole vantaggiose, per apportare delle modifiche positive nel percorso post IMA.
Vi è comunque da sottolineare, che questa figura non è l'unica ad erogare interventi educativi, bensì, questi approcci vengono spesso offerti da un equipe interdisciplinare in quanto, grazie alle specifiche competenze di ogni curante, gli interventi possono essere ampliati ed essere più completi ed esaustivi.

6.2 Conclusioni personali e possibili sviluppi per la ricerca futura

Scegliere l'argomento che più mi appassionava per il corrente Lavoro di Tesi non è stato affatto semplice. Inizialmente, il mio intento era quello di concentrarmi su un altro argomento, poiché quello approfondito, forse in un primo momento mi spaventava un po'. La mia paura principale, era quella di non riuscire ad affrontare una tematica così profonda sia a livello professionale, ma soprattutto a livello personale.
Molteplici sono stati gli obiettivi riportati all'interno del corrente documento, ma sicuramente, il più importante non è stato riportato: riuscire a sconfiggere la mia paura legata all'infarto miocardico, che circa un anno fa ha colpito mio padre. Devo ammettere che, nonostante la corazza che talvolta sembra essere d'obbligo nella figura sanitaria, per me non è stato affatto semplice affrontare una situazione così delicata.
A seguito dell'evento cardiovascolare che aveva colpito mio padre, il mio obiettivo principale era quello di aiutarlo a cambiare le sue abitudini che non risultavano salutari per il suo percorso post- infarto. Nel mio piccolo, ho cercato di fornire a mio padre i migliori consigli di prevenzione secondaria e, sono stata contenta del fatto, che lui abbia potuto seguire un percorso riabilitativo in ospedale della durata di tre mesi. A tal proposito, sono state svariate le interrogazioni che mi ponevo con il prosieguo del percorso riabilitativo di mio padre. "Che tipo di interventi educativi venivano erogati durante il percorso riabilitativo?", "Si trattava di semplici sedute di riabilitazione fisica, oppure venivano erogate delle pratiche educative?" E inoltre," Qual'era il ruolo attribuito alla figura infermieristica all'interno del programma riabilitativo?" "Qual è la realtà ticinese in merito a questo argomento?"
A seguito dell'infarto miocardico, mio padre è stato ricoverato presso il Cardiocentro, dove è stato degente per tre giorni circa. Durante questo ricovero, ha ricevuto le cure necessarie per rimettere inizialmente in sesto il suo benessere fisico e, in parte, anche psicologico. Dopo aver trascorso ulteriormente delle giornate di sorveglianza e di riposo presso l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (5 giorni), mio padre è stato dimesso ed è rientrato a domicilio. Successivamente, tramite il medico cardiologo, gli è stato proposto di seguire un programma riabilitativo cardiovascolare di 36 sedute suddivise per tre volte alla settimana, per un periodo totale di 3 mesi. Tre volte alla settimana mio padre si recava in Ospedale; la seduta era composta inizialmente dall'esecuzione di alcuni esercizi in palestra per effettuare un riscaldamento muscolare e, successivamente, eseguiva una parte riabilitativa più fisica, facendo cyclette o camminata per un totale che variava dai 45 ai 60 minuti. All'interno del programma riabilitativo inoltre, veniva offerta a mio padre ed altri soggetti, una riunione facoltativa coordinata da una psicologa con affiancata un'infermiera, in cui venivano approfondite tematiche riguardo a stress e rilassamento psicofisico. Al di là di ciò, durante la riabilitazione fisica, un fisioterapista si occupava di informare ed educare i soggetti a correggere i propri fattori di rischio modificabili, alfine di rendere attenti mio padre e gli altri pazienti, ad adottare degli stili di vita più salutari, volti a migliorare il proprio benessere globale e ridurre ulteriori recidive, prevenendo la mortalità.

Dopo sei mesi dalla fine delle sedute riabilitative, mio padre ha effettuato un controllo dalla sua cardiologa per rivalutare i valori sanguigni, effettuare un test sotto sforzo tramite cyclette e riguardare ed eventualmente modificare la terapia farmacologica.

Devo ammettere che, se avessi avuto più tempo e più chiarezza sul lavoro da effettuare, il corrente lavoro mi sarebbe piaciuto effettuarlo tramite delle interviste e quindi, svolgere una ricerca qualitativa.
I testi da me selezionati e approfonditi, sono stati svolti in svariate parti del mondo, ma non in Svizzera. Il fatto di non aver trovato degli articoli che parlassero della nostra realtà, mi ha demoralizzato un po' e quindi, se fossi potuta tornare indietro, avrei preferito praticare delle interviste, così da comprendere più nel dettaglio la realtà ticinese sul tema preso in considerazione. Nonostante ciò, grazie alla piacevole collaborazione di mio padre, ho potuto comprendere in parte la nostra realtà. Come riportato sopra, svariate sono state le figure che si sono prese a carico di mio padre. Nel ricovero al Cardiocentro, oltre ai medici, le figure più a contatto con lui erano degli infermieri specializzati. Successivamente, le sedute riabilitative, sono state seguite prevalentemente da fisioterapisti, medici, infermieri e psicologi.
A tal proposito, confrontando la realtà ticinese e la realtà conosciuta tramite gli studi, si può ben evidenziare come il lavoro interdisciplinare sia alla base di ogni cura, poiché un'unica disciplina non ingloba totalmente le competenze necessarie per prendersi a carico di un paziente cardiopatico.
Oltre a ciò, effettuando delle comparazioni, si evidenzia in particolar modo, come la figura infermieristica non sia principalmente inserita all'interno di questi programmi specifici.
Intervistando mio padre, la figura infermieristica, solo in parte ha offerto delle sedute educative e questo fattore, non rispecchia totalmente quel che è stato ritrovato in letteratura dalla sottoscritta. Vi è da ricordare che, mio padre ha seguito un solo percorso riabilitativo e quindi, in altre parti del Ticino e della Svizzera la realtà potrebbe essere diversa ma, da quel poco che ho potuto conoscere, questa risulta la realtà. Inoltre, dopo le 36 sedute, mio padre non ha ricevuto nessun tipo di intervento educativo a domicilio e non è stato contattato a casa per indagare come andava il suo percorso post-infarto. Anche questo aspetto, rispecchia poco quel che ho trovato in letteratura, poiché all'interno degli studi, gli interventi educativi erano spesso praticati ambulatorialmente, ma anche a domicilio. In più, negli studi è stata riscontrata l'efficacia degli interventi telefonici, che avrebbero permesso un programma educativo prolungato anche al di fuori della degenza e del percorso riabilitativo iniziale; questo non è stato evidenziato all'interno della nostra realtà.
Questo racconto mi ha permesso di far chiarezza su alcune interrogazioni, ma allo stesso tempo me ne ha poste altre: "Gli interventi educativi della durata di 3 mesi sono abbastanza, oppure bisognerebbe ampliarli per un periodo di tempo più prolungato per avere dei risultati maggiori? "La figura infermieristica, potrebbe essere inserita maggiormente all'interno di questi programmi e coordinare degli interventi educativi ai pazienti cardiopatici?" E inoltre, "Oltre agli interventi educativi rispetto all'abolizione dei fattori di rischio e l'aderenza al trattamento, si può ipotizzare che gli interventi telefonici possano essere delle pratiche positive da inserire all'interno della nostra realtà ticinese?"

Il corrente lavoro, mi ha permesso di approfondire la tematica, andando a evidenziare l'efficacia degli interventi educativi rispetto a uno stile di vita inappropriato e all'incremento dell'aderenza ai diversi trattamenti prescritti. All'interno degli articoli

riportati nel lavoro, è stata posta particolare importanza alla prevenzione secondaria, ovvero all'importanza di attuare degli interventi educativi rispetto ai FRCV e al cambiamento di stili di vita inappropriati, cercando di motivare il paziente ad aderire ai trattamenti raccomandati. Tuttavia, le evidenze scientifiche riportate all'interno degli studi approfonditi, non hanno rilevato una linea guida internazionale che potesse dimostrare l'importanza di seguire un protocollo di lavoro standard per tutti. Una metodologia uguale per tutti, permetterebbe sicuramente di comprendere l'intervento educativo specifico da seguire e inoltre, da chi e in che maniera deve essere composta l'equipe che eroga dei programmi riabilitativi.
Questo lavoro, mi ha permesso di crescere sia professionalmente, che personalmente; mi ha permesso di rafforzare la mia corazza e di accrescere le mie conoscenze. Con il prosieguo del lavoro, ho dato risposta ai molteplici quesiti che mi si ponevano davanti, ma nello stesso tempo, svariate sono state le interrogazioni a cui non ho potuto dare risposta. Sicuramente, dopo la redazione di questo lavoro, nel caso dovessi essere confrontata con una realtà del genere, mi impegnerei ad aiutare il soggetto a comprendere la propria malattia e a valutare la sua determinazione e motivazione nell'apportare delle modifiche salutari all'interno della sua vita. Se invece, dovessi essere confrontata con un soggetto poco informato e convinto del suo cambiamento, mi impegnerei a indagare quali sono i fattori che intralciano il corretto percorso riabilitativo, offrendo al soggetto momenti privilegiati di confronto e discussione, rendendolo così, il personaggio principale della sua vita.
Concludendo, mi piacerebbe inoltre poter far si che gli interventi educativi si protraessero più a lungo nel tempo, anche con degli incontri periodici. Questo a parer mio, non permetterebbe di perdere di vista il percorso riabilitativo del paziente e perciò, non fargli perdere la motivazione e la determinazione di continuare ad adottare abitudini salutari per tutta la sua vita.

7. RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto, ringrazio la mia docente, nonché Direttrice di Tesi, Camponovo Silvana, per aver accettato di accompagnarmi all'interno di questo complesso cammino, per le sue essenziali indicazioni e per la sua continua disponibilità durante tutto il percorso.

Ringrazio i miei genitori, mio fratello e tutti i miei familiari, per avermi supportata moralmente, sia per quel che riguarda la redazione di questo Lavoro, sia per tutto il percorso professionale giunto oramai al termine, donandomi grinta e coraggio.

Ringrazio il mio fidanzato, Mate, per avermi sostenuto emotivamente e incoraggiata costantemente, trasmettendomi la forza di andare avanti.

E, non da ultimo, ringrazio le mie migliori amiche, per avermi sostenuto e fatto ridere ogni qualvolta ne avessi bisogno.

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *AJN The American Journal of Nursing*, *114*(3), 53–58. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c

- Bergerone, S., & Brach Prever, S. (2006). *Il paziente dimesso dopo infarto miocardico: un problema spinoso* (Minerva Medica). Torino.

- Biondi, M. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. DSM-5* (Quinta edizione). Raffello Cortina.

- Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Welch, K., & Taylor, R. S. (2011). Patient education in the management of coronary heart disease. In The Cochrane Collaboration (A c. Di), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub2

- Cause di morte nel 2014. (s.d.). Recuperato 15 marzo 2017, da https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute.assetdetail.40501.html

- Causes of death statistics - Statistics Explained. (s.d.). Recuperato 8 settembre 2016, da http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics

- Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata sulle prove di efficacia: guida operativa per l'evidence-based-nursing*. Milano: McGraw-Hill.

- De Lorenzi, C., Lehmann, A., Tognon, M., & Cominetti, F. (2010). Infarctus du myocarde. Prise en charge. Disponibile da http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2009_2010/travaux/10_r_infarctus.pdf

- Esami | Il Cuore di Roma. (s.d.). Recuperato 4 luglio 2017, da http://www.ilcuorediroma.org/il-cuore/esami/

- Ferraresi, A., Gaiani, R., & Manfredini, M. (2006). *Educazione terapeutica: metodologia e applicazioni*. Carocci Faber.

- Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 999–1005. https://doi.org/10.1161/01.CIR.91.4.999

- Gioia, A. (2002). *L'infermiere e il malato cardiaco. Procedure, protocolli e linee guida di assistenza*. Milano: Masson.

- Goldberg, A. D., Becker, L. C., Bonsall, R., Cohen, J. D., Ketterer, M. W., Kaufman, P. G., Krantz, D.S., Light, K.C., McMahon, R.P., Noreuil, T., Pepine, C.J., Raczynski, J., Stone, P.H., Strother, D., Tylor, H., & Sheps, D. S. (1996). Ischemic, hemodynamic, and neurohormonal responses to mental and exercise

stress: Experience from the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia Study (PIMI). *Circulation*, pagg. 2402–2409. Disponibile da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8921780

- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(12), 1542–1556. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004

- Heart Foundation. (2010). Secondary prevention of cardiovascular disease. Disponibile da https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Secondary-Prevention-of-cardiovascular-disease.pdf

- Hoffmann, M., Rauhe, W., Mantovani, G., & Cappella, G. (1996). *Il cuore. Assistenza al paziente cardiologico* (Sorbona). Milano.

- Info infarctus du programme ELIPS à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. (s.d.). Recuperato 8 settembre 2016, da http://www.hug-ge.ch/elips-pour-combattre-infarctus-atherosclerose/infarctus-urgence

- Irmak, Z., & Fesci, H. (2010). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, *23*(3), 147–152. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004

- Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., van Dantzig, J. M., Jaarsma, W., Lok, D., Kragten, H., Vries,K., Milliano, P., Withagen, A., Reimer, W., Tijssen, J., & Peters, R. J. G. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*, *99*(19), 1421–1430. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-303989

- Karmali, K., Davies, P., Tylor, F., Beswick, A., Martin, N., & Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation (Review). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub3

- Kickbusch, I., & Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Geneva: World Health Organization*, *14*. Recuperato da http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsast/e/fulltext/relcosta/anexo7.html

- Labrunée, M., Gremeaux, V., Guiraud, T., Sanguignol, F., Golay, A., & Pathak, A. (2012). Éducation thérapeutique du patient dans les pathologies cardiovasculaires. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, *4*(4), 299–309.

- Marini, M., Boncinelli, L., Valoti, P., Baldereschi, G., Fumagalli, S., Tarantini, F., Baldasseroni, S., Masotti, G., & Marchionni, N. (2001). Linee Guida per il trattamento dell'infarto miocardico acuto nell'anziano.

- Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. (2006). *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca.* Springer.

- Moser, D. K., Dracup, K., & Doering, L. V. (2003). Sex difference in anxiety early after acute myocardial infarction: an international perspective. *Psychosomatic Medicine*, pagg. 511–516.

- Najafi, S. S., Shaabani, M., Momennassab, M., & Aghasadeghi, K. (2016). The Nurse-Led Telephone Follow-Up on Medication and Dietary Adherence among Patients after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, *4*(3), 199. Disponibile da http://ijcbnm.sums.ac.ir/index.php/ijcbnm/article/viewFile/572/120

- National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association. (2004). Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation.

- Olga, K. (2012). The role of nursing education after a cardiac event. *Health science journal*. Recuperato da http://www.hsj.gr/medicine/the-role-of-nursing-education-after-a-cardiac-event.php?aid=3153

- Park, M., Song, R., & Jeong, J.-O. (2017). Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction: Randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, *71*, 8–16. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.019

- Piegza, M., Jaszke, M., Ścisło, P., Pudlo, R., Badura-Brzoza, K., Piegza, J., Gorczyca, P.W., & Hese, R. (2015). Symptoms of depression and anxiety after cardiac arrest. *Psychiatria Polska*, *49*, 465–476. https://doi.org/10.12740/PP/31272

- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J.-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J.J., Borger, M.A., Brotons, C., Chew, D.P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R.F., & Windecker, S. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *37*(3), 267–315. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320

- Rovera, G. G. (1995). La qualità della vita; Percorsi psicologici, biomedici e transculturali.

- Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., Raposeiras, S., van ’t Hof, A., Meindersma, E., Bossano Prescott, E.I., & González-Juanatey, J. R. (2016). Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *International Journal of Cardiology*, *223*, 436–443. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.120

- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione di letteratura*. Università degli studi di Verona.
- Samani, F., Bertossi, F., Aguglia, E., & Lai, C. (2006). La depressione post-ictus e post infarto del miocardio. Pacini.

- Sasso, L., & Bianco, M. A. (2004). *Le abilità di counselling. Percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostestriche*. McGraw-Hill.

- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. FrancoAngeli.

- Sirois, B. C., & Burg, M. . (2003). Negative emotion and coronary heart disease. A review, pagg. 83–102.

- Siudak, Z., Pers, M., Dusza, K., Franczak, I., Zegzda, A., Bechta, M., Kwiatkowska, A., Knutelska, A., Zemla, B., Kubiak, A., Zarzycka, M., Kudelko-Blacha, N., Koźmińska, P., Oleksy, M., & Dudek, D. (2016). The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. The Patient Club iniziative. *Kardiologia Polska*, *74*(2), 185–191. https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0225

- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). *Infermieristica medico-chirurgica* (Quarta Edizione). Casa Editrice Ambrosiana.

- Statistiche degli stabilimenti ospedalieri 2015: dati provvisori. (s.d.). Recuperato 11 marzo 2017, da https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute.assetdetail.1360580.htm

- lSUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell’infermiere SUP. (s.d.). Recuperato 15 marzo 2017, da http://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html

- Thygesen, K., Alpert, J. S., & White, H. D. (2007). Definizione universale di infarto miocardico. *Eur Heart J*, *28*, 2525–2538.

- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. Casa Editrice Ambrosiana.

- Westlake, C. (2012). Practical Tips for Literature Synthesis: *Clinical Nurse Specialist*, *26*(5), 244–249. https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318263d766

- Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Ebrahim, S., Liu, Z., West, R., Moxham, T., Thompson, D.R., & Taylor, R. S. (2011). Psychological interventions for coronary heart disease. In The Cochrane Collaboration (A c. Di), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002902.pub3

- Wyss, C., Corti, R., Reho, I., Vurma, M., Biaggi, P., Hürlimann, D., Klainguti, M., & Noll, G. (2015). Mise à jour sur l'infarctus myocardique. Swiss Medical Forum.

- Yan, J., You, L., Liu, B., Jin, S., Zhou, J., Lin, C., Li, Q., & Gu, J. (2014). The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(6), 844–855. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.011

9. ALLEGATI

9.1 Acronimi e tabelle riassuntive dei risultati

ACS	Acute Coronary Syndrome / Sindrome coronarica acuta
ASA	Acido Acetilsalicilico
CK-MB	CreatininChinasi – Muscle and Brain / CreatininChinasi – muscoli e cervello
EBN	Evidence Based Nursing / Assistenza infermieristica basata su prove di efficacia
ECG	ElettroCardioGramma
FRCV	Fattori di Rischio Cardiovascolari
HDL	High Density Lipoprotein / Lipoproteine ad alta intensità
IMA	Infarto Miocardico Acuto
LDL	Low Density Lipoprotein / Lipoproteine a bassa intensità
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PCI	Percutaneous Coronary Interventions / Intervento coronarico percutaneo
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty / Angioplastica coronarica percutanea transluminale
RCT	Randomized Controlled Trial / Esperimento causale di controllo
SUPSI	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
UE	Unione Europea
UST	Ufficio Federale di Statistica

Informazioni generali	Articolo: *"Effects of nurse – managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction"* Autori: Z. Irmak, H. Fesci Giornale: Applied Nursing Research Anno di pubblicazione: 2010
Caratteristiche dei partecipanti	Sono stati inclusi 36 pazienti che hanno subito un IMA. Non incluse altre caratteristiche particolari.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio sperimentale Contesto: Unità di cure intensive cardiologiche, Ospedale in Turchia. Obiettivo: Esaminare gli effetti dei programmi educativi di prevenzione secondaria erogati dagli infermieri, rispetto ai FRCV e al cambiamento dello stile di vita del paziente che ha subito un IMA. Metodologia: Ai 36 soggetti facenti parte di questo esperimento, sono stati offerti programmi educativi di prevenzione secondaria all'interno del terzo giorno dopo l'episodio di IMA. Tali interventi sono stati mantenuti dopo l'evento durante visite a domicilio. Gli infermieri hanno offerto ai pazienti infartuati, delle sessioni d'interventi educativi e informativi rispetto a: – Aspetti generali dell'IMA insieme ai FRCV (30 minuti); – Informazioni legati all'ipertensione (20 minuti); – Aspetti legati alla corretta alimentazione (40 minuti); – Cessazione del consumo di tabacco (15 minuti); – Interventi educativi rispetto all'attività fisica (20 minuti); – Indicazioni sul trattamento farmacologico (20 minuti). Nei momenti educativi, i pazienti hanno ricevuto indicazioni su possibili attività da eseguire, come specifici esercizi fisici, oppure adozione di una dieta salutare. Per mantenere gli interventi dopo l'ospedalizzazione, il paziente è stato visitato al proprio domicilio durante la seconda, sesta, decima e quattordicesima settimana. A ogni incontro, il diario e gli obiettivi consigliati erano riesaminati e, se necessario, veniva praticata nuovamente dell'educazione. Negli incontri, venivano discusse le barriere che potevano intralciare il percorso. I familiari, considerati fonte di risorsa, sono stati invitati a partecipare alle sessioni educative.

Risultati	Per la maggioranza dei pazienti, l'attuazione di interventi educativi di prevenzione secondaria sono stati utili nel rendere i soggetti attenti nel seguire un regime alimentare corretto (dieta con pochi grassi saturi). Dopo il programma, le abitudini dello stile di vita come il tabagismo e l'attività fisica sono state modificate positivamente. L'educazione, la discussione e le strategie di cambiamento comportamentale applicate per influenzare le abitudini, hanno rafforzato la motivazione e hanno aiutato i pazienti ad aderire alla pratiche raccomandate.
Conclusioni	Cambiamenti significativi si sono verificati nelle abitudini dello stile di vita e nella riduzione dei FRCV nei pazienti che hanno subito un IMA e che hanno ricevuto interventi educativi, migliorando così la loro qualità di vita. Gli infermieri risultano professionisti essenziali all'interno di questi programmi. Essi possono facilmente implementare programmi di educazione rispetto alla riduzione del rischio.

Informazioni generali	Articolo: *" The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: A randomized controlled trial"* Autori: J. Yan, L. You, B. Liu, S. Jin, J. Zhou, C. Lin, Q. Li, J. Gu. Giornale: International Journal of Nursing Studies Anno di pubblicazione: 2014
Caratteristiche dei partecipanti	124 pazienti con un primo episodio di IMA sono stati inclusi all'interno dello studio. 62 soggetti facevano parte del gruppo di controllo e i restanti 62, del gruppo di intervento.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Esperimento causale di controllo (RCT) Contesto: Quattro ospedali, in Cina. Obiettivo: Valutare gli effetti degli interventi educativi telefonici di follow-up coordinati da infermieri, alfine di esaminare la loro efficacia rispetto al miglioramento della percezione della malattia (IMA) e al miglioramento dello stile di vita del paziente infartuato. Metodologia: Gli interventi telefonici sono stati erogati ai soggetti facenti parte del gruppo di intervento, mentre il gruppo di controllo ha ricevuto cure usuali. Gli interventi erano composti da quattro parti principali: interventi educativi post-infarto prima della dimissione, seguiti da tre interventi telefonici. Prima degli interventi telefonici, ai pazienti del gruppo di intervento è stato fornito un manuale specifico che forniva informazioni rispetto all'IMA e, a loro è stato chiesto di leggerlo. In seguito, tre interventi telefonici sono stati erogati nella prima, terza e sesta settimana dopo l'episodio di IMA. – 1° chiamata: discusse le percezioni che i soggetti avevano dei sintomi e delle cause che avevano portato all'IMA; discussi gli stili di vita presenti precedentemente all'episodio, indicando così quali aspetti dovevano essere migliorati per ridurre il rischio e avere uno stile di vita sano. – 2° chiamata: esaminata la prima chiamata e sono state discusse le percezioni della malattia. I soggetti sono stati incoraggiati a migliorare le loro percezioni inadeguate. – 3° chiamata: esaminato il contenuto delle chiamate precedenti. Alla fine di ogni chiamata, è stato elogiato il comportamento appropriato di ogni utente, sottolineando i vantaggi e tutti i problemi riscontrati. I soggetti sono stati rassicurati, incoraggiati nel persistere con comportamenti positivi.

Risultati	L'intervento telefonico educativo ha portato ad un successo nella modifica della percezione che i pazienti avevano dell'IMA. I pazienti nel gruppo di intervento, hanno significativamente modificato la loro percezione rispetto ai sintomi dell'IMA e si sono presentati più ottimisti rispetto alle loro capacità per far fronte alla malattia. Gli interventi educativi tramite un contatto telefonico hanno inoltre apportato delle modifiche rispetto allo stile di vita, incrementando l'attuazione di un'alimentazione salutare e una regolare attività fisica.
Conclusioni	Gli interventi educativi di follow-up telefonico, hanno avuto un effetto positivo rispetto alla percezione della malattia e allo stile di vita del paziente che ha subito un IMA.

Informazioni generali	Articolo: *"Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction : Randomized study"* Autori: M. Park, R. Song, K. Jeong Giornale: International Journal of Nursing Studies Anno di pubblicazione: 2017
Caratteristiche dei partecipanti	Inclusi 64 pazienti che hanno subito un IMA e che sono stati assegnati a caso al gruppo di intervento (educazione) e al gruppo di controllo (cure usuali). Età media di circa 56 anni , la maggior parte sposati, la metà di loro fuma e non eseguiva o eseguiva irregolarmente attività fisica prima dell'episodio di IMA.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio randomizzato e prospettico Contesto: Ospedale universitario, Corea del Sud. Obiettivo: Chiarire gli effetti di un programma educativo praticato da figure infermieristiche, nei pazienti che hanno subito un primo episodio di IMA. Inoltre, esaminare come tali interventi vadano ad arrecare modifiche rispetto ai rischi cardiovascolari, ai comportamenti salutari e alla qualità di vita oltre 6 mesi Metodologia: I soggetti del gruppo di intervento (32) hanno ricevuto, da parte di infermieri, un programma educativo basato su una "teoria di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai rischi cardiovascolari", mentre nel gruppo di controllo, i restanti 32 soggetti hanno ricevuto un semplice programma riabilitativo. L'infermiere, ai soggetti del gruppo di intervento, tramite questa teoria specifica, eroga degli interventi educativi volti a spiegare ai singoli soggetti i loro rischi cardiovascolari. L'infermiere e il paziente discutono circa l'opzione di arrecare una modifica comportamentale e si accordano su obiettivi raggiungibili. Una volta che da entrambe le parti si sono stipulati gli obiettivi di gestione del rischio, al soggetto viene posta la possibilità di firmare un contratto che dimostra la determinazione nel raggiungimento di obiettivi prefissati. Le componenti del programma educativo sono: – Fornire informazioni sui FRCV – Discutere con il paziente di come impostare l'obiettivo della sua gestione specifica dei FRCV e le successive strategie di modifica comportamentale – Firmare un contratto da parte del paziente e dell'infermiere per confermare la determinazione del paziente di seguire tali modifiche comportamentali

	– Contattare il soggetto tramite chiamata dopo due settimane e poi mensilmente per un massimo di sei mesi per accertarsi del corretto andamento La consulenza telefonica è servita per regolare o mantenere i propri obiettivi e discutere di ogni difficoltà che si presentava per la modifica dello stile di vita.
Risultati	I partecipanti in entrambi i gruppi hanno mostrato significativi cambiamenti oltre 6 mesi del rischio di andare incontro a un altro evento cardiaco. I livelli di zucchero sono stati significativamente diminuiti nel gruppo di intervento. I partecipanti hanno inoltre mostrato significativi cambiamenti positivi nella loro performance in cinque comportamenti specifici di salute cardiaca nel corso del periodo di 6 mesi, ovvero: comportamenti di salute generale, attuazione di attività fisica regolare, dieta salutare, cessazione con il consumo di tabacco e gestione dello stress. Le componenti fisiche e mentali facenti parte della qualità di vita erano significativamente migliorate nei 6 mesi in entrambi in gruppi però, nel gruppo di intervento, vi è stata una miglior percezione di qualità di vita.
Conclusioni	Il programma educativo basato su una “teoria di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai rischi cardiovascolari” erogato dalla figura infermieristica, è stato significativo nel migliorare il controllo di glucosio nel sangue, i comportamenti globali di salute come l’attuazione di attività fisica regolare, una dieta salutare la cessazione con il consumo di tabacco, la gestione dello stress e la componente mentale della qualità di vita. L’educazione guidata dalla figura infermieristica può facilmente essere integrata nel sistema di trattamento medico attuale per condurre una modifica più efficace dello stile di vita.

Informazioni generali	Articolo: *"The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study"* Autori: P. Harbman Giornale: International Journal of Nursing Studies Anno di pubblicazione: 2014
Caratteristiche dei partecipanti	Sono stati presi in considerazione 65 pazienti. Nel gruppo di intervento i soggetti erano 32, mentre in quello di controllo erano 33. Il sesso era soprattutto maschile e vi era un età pari a circa 58 anni in media.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio di coorte prospettico Contesto: Ospedale in Canada. Obiettivo: Valutare l'efficacia di interventi infermieristici educativi all'interno di programmi di prevenzione secondaria, nei pazienti che hanno subito un IMA. Metodologia: Nel gruppo di intervento i pazienti hanno ricevuto una specifica assistenza infermieristica, mentre nel gruppo di controllo delle cure usuali. Gli infermieri che hanno praticato nel gruppo di intervento, hanno erogato interventi di prevenzione secondaria che includevano: – Valutazione globale e interventi educativi sui FRCV – Consulenza individuale (counselling) – Raccomandazioni relative al trattamento rispetto all'attacco cardiaco e alla prevenzione secondaria. L'approccio di prevenzione secondaria erogato dalla figura infermieristica si è focalizzato sul paziente, sulle sue priorità, preferenze e sulla ricerca di un'alleanza terapeutica. L'applicazione di tale approccio è stato eseguito per incrementare la soddisfazione del paziente e della sua cura, per aumentare l'aderenza al trattamento e per incrementare le funzioni fisiche e il benessere psicologico. Tali interventi si sono concentrati anche sulla riduzione del rischio cardiovascolare tra cui: Cessazione con il consumo di tabacco; Incremento di attività fisica; Cura per l'iperlipidemia e per la pressione arteriosa elevata; Consulenza alimentare e assunzione della terapia farmacologica. Gli interventi infermieristici sono stati erogati all'interno della degenza e, successivamente, una settimana, due settimane, sei settimane e tre mesi dopo l'episodio di IMA. Gli interventi sono stati applicati " faccia a faccia", con delle chiamate telefoniche e con appuntamenti ambulatoriali.

Risultati	Nel gruppo di intervento, si sono presentati significativi miglioramenti in molteplici trattamenti rispetto ai pazienti che hanno ricevuto unicamente cure usuali. I miglioramenti si sono soprattutto presentati nel raggiungimento di livelli più bassi di trigliceridi, nella cessazione con il consumo di tabacco, nella stabilizzazione della pressione arteriosa, nella partecipazione ai programmi di riabilitazione cardiovascolare e nell'eseguire tali attività riabilitative in poche settimane a seguito dell'episodio di IMA, nell'assumere la terapia farmacologica prescritta e nell'eseguire attività fisica regolare almeno cinque volte alla settimana.
Conclusioni	La figura infermieristica, risulta essenziale nell'attuare interventi di prevenzione secondaria ai pazienti, per migliorare il loro decorso post- infarto e adottare strategie di riduzione dei FRCV. L'adesione ai trattamenti offerti, ha diminuito la percentuale di morte e ha permesso ai soggetti infartuati di adottare stili di vita più salutari come praticare attività fisica, seguire una dieta, aderire al trattamento e cessare con il consumo di tabacco.

Informazioni generali	Articolo: *"The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. The Patient Club iniziative"* Autori: Z. Siudak, M. Pers, K. Dusza, I.Franczak, A. Zegzda, M. Bechta, A. Kwiatkowska, A. Knutelska, B. Zemla, A. Kubiak, M. Zarzycka, N. Kudelko-Blacha, P. Koźmińska, M. Oleksy, D. Dudek Giornale: - Anno di pubblicazione: 2016
Caratteristiche dei partecipanti	Sono stati inclusi pazienti con una sindrome coronarica acuta. L'età media era di 65 anni. I pazienti erano complessivamente 372.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio sperimentale Contesto: Nove centri ospedalieri cardiologici, in Polonia. Obiettivo: Valutare l'efficacia dell'iniziativa "Patient Club" (programma educativo di prevenzione secondaria), come parte di un programma di riabilitazione e prevenzione nei pazienti che hanno subito una sindrome coronarica acuta come l'IMA. Metodologia: Per la poca aderenza ai diversi trattamenti, in Polonia è stato ideato un programma di una serie di incontri educativi di prevenzione secondaria (definito in inglese "Patient Club"), per i pazienti che hanno subito una sindrome coronarica acuta (ACS) come l'IMA. Ogni paziente, nel programma educativo, ha ricevuto durante il soggiorno ospedaliero: – Un kit didattico comprendente materiale stampato che riportava misure di prevenzione sulla cessazione con il consumo di tabacco – Accesso a due siti web educativi – Invito a delle riunioni informative ed educative Gli infermieri si sono impegnati nel inculcare al paziente l'importanza di smettere con il consumo di tabacco e, ad effettuare cambiamenti dello stile di vita necessari per una migliore adesione al programma. Durante il programma ("Patient Club"), si sono tenute delle conferenze praticate da cardiologi e infermieri su "La vita dopo l'IMA", "Dieta inappropriata", "Attività fisica", "Cessazione del consumo di tabacco". Vi erano anche corsi di rianimazione cardiopolmonare forniti da paramedici. L'attuazione di interventi educativi aveva lo scopo di permettere una maggior conoscenza dei FRCV, l'attuazione di un'alimentazione sana, un maggior tempo dedicato

	all’attività fisica e l’aderenza alla farmacoterapia prescritta.
Risultati	Vi è stato un notevole vantaggio per i pazienti in termini di cambiamenti dello stile di vita e miglior gestione dei FRCV. I cambiamenti benefici nello stile di vita, quali abitudini alimentari e modalità di preparazione degli alimenti, sono stati chiaramente visibili. Gli uomini soprattutto, hanno modificato significativamente la loro dieta, aumentando in modo elevato anche l’attività fisica praticata. Ci sono stati anche dei miglioramenti rispetto alla cessazione del consumo di tabacco (da 19% a 2%) rispetto alle donne (da 8% a 6%).
Conclusioni	I pazienti che hanno frequentato le riunioni e il programma educativo di prevenzione secondaria facente parte dell’iniziativa “Patient Club”, hanno dimostrato significativi risultati benefici in termini di cambiamenti di stile di vita e gestione dei FRCV.

Informazioni generali	Articolo: *"Effect of a nurse- coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial"* Autori: H. Jorstad, C. Birgelen, A. Alings, A. Liem, JM. Dantzig, W. Jaarsma, D. Lok,7 H. Kragten, K. Vries, P. Milliano, A. Withagen, W. Reimer, J. Tijssen, R. Peters Giornale: - Anno di pubblicazione: 2013
Caratteristiche dei partecipanti	Sono stati inclusi pazienti con età compresa tra i 18 e 80 anni che hanno subito una sindrome coronarica acuta come l'IMA. I pazienti avevano un'età media di 68 anni e l'80% erano uomini. I soggetti erano complessivamente 696.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio sperimentale Contesto: Molteplici centri ospedalieri, in Olanda. Obiettivo: Valutare l'impatto di un programma di prevenzione ed educazione coordinato da infermieri sui rischi cardiovascolari, integrato in una cura di routine nei pazienti che hanno subito una sindrome coronarica acuta, rispetto alla solita cura usuale. Metodologia: Il programma educativo e di prevenzione secondaria comprendeva quattro visite cliniche in ambito ambulatoriale coordinate da infermieri durante i primi 6 mesi dopo l'evento cardiaco acuto. L'infermiere si è basato su un protocollo di linee guida internazionali e si è concentrato ad agire su stili di vita poco salutari, fattori di rischio e adesione alla terapia farmacologica. Durante le visite, sono stati riesaminati gli stati su fumo, dieta, livello di attività fisica, pressione arteriosa, peso corporeo, circonferenza della vita, e livelli ematici di colesterolo (HDL e LDL), trigliceridi e glucosio. Gli infermieri all'interno di queste visite hanno fornito: – Consigli generali sullo stile di vita, inclusi i consigli dietetici – Educazione specifica e una consulenza individuale con del materiale utile per ottenere la cessazione con il consumo di tabacco, attività fisica adeguata e una distribuzione equilibrata del peso corporeo L'adesione al trattamento farmacologico è stata incoraggiata ad ogni visita
Risultati	Un programma di prevenzione ed educazione coordinato dalla figura infermieristica in ospedale al di là della solita cura, ha portato a: – Riduzione del rischio cardiovascolare

	– Diminuzione del numero di nuove ospedalizzazioni nei primi 12 mesi – Meno visite al centro di emergenza cardiaco nei pazienti che hanno partecipato al programma di prevenzione ed educazione coordinato da infermieri – Miglioramenti nei parametri dello stile di vita nei pazienti facenti parte del gruppo di intervento rispetto alla sola cura – Aumento del 37% dei pazienti che sono stati classificati con un “buon controllo” dei fattori di rischio
Conclusioni	Un programma di prevenzione ed educazione ospedaliero coordinato dalle figura infermieristica, oltre alle solite prestazioni di cura, ha consentito una riduzione sostanziale del rischio cardiovascolare nei pazienti con malattia coronarica e nell’attuazione di stili di vita salutari. Il programma è stato ben frequentato e praticato.

Informazioni generali	Articolo: *"The nurse-led telephone follow-up on medication and dietary adherence among patients after myocardial infarction: a randomized controlled clinical trial"* Autori: S.S. Najafi, M. Shaabani, M. Momennassab, K. Aghasadeghi Giornale: - Anno di pubblicazione: 2016
Caratteristiche dei partecipanti	Sono stati inclusi 100 pazienti, la prima metà è stata inclusa nel gruppo di controllo, mentre la restante, nel gruppo di intervento. I pazienti inclusi erano prevalentemente donne (54%), sposate (84%) con un età media di 58 anni.
Caratteristiche dello studio	Disegno: Studio clinico randomizzato di controllo Contesto: Ospedale, in Iran. Obiettivo: Indagare gli effetti degli interventi telefonici di follow-up condotti da figure infermieristiche, rispetto all'adesione ad un programma nutrizionale e ad un programma farmacologico nei pazienti che hanno subito un primo evento di IMA. Metodologia: Prima di sottoporre il gruppo di intervento a chiamate telefoniche erogate dagli infermieri, è stato chiesto loro di compilare un questionario che riportava alcune domande riguardo la valutazione dell'aderenza ad un programma nutrizionale e ad un programma farmacologico. I partecipanti presenti in entrambi i gruppi hanno inizialmente ricevuto un libretto di formazione, hanno partecipato a una sessione di allenamento fisico, e hanno ricevuto assistenza sanitaria di routine. I soggetti del gruppo di intervento, oltre a ciò, hanno ricevuto una consulenza telefonica infermieristica della durata di circa tre mesi. L'infermiere si è occupato di effettuare delle chiamate di follow-up per la durata di 12 settimane ai pazienti infartuati, erogando: – Interventi di consulenza individuale (counselling) – Interventi educativi rispetto alla nutrizione salutare, ai farmaci e alle manifestazioni cliniche date dall'IMA Ogni paziente è stato aiutato a identificare i benefici e le barriere delle modificazioni comportamentali. Ognuno di loro è stato incoraggiato a rispettare il regime terapeutico e, nel frattempo, veniva pianificato l'appuntamento per la chiamata successiva. La durata media di ogni chiamata era di 15 minuti.

Risultati	I risultati confermano gli effetti positivi di interventi telefonici erogati dagli infermieri per quel che riguarda il miglioramento dell'adesione al regime dietetico e farmacologico nei pazienti che hanno subito un IMA. Inoltre, in aggiunta a tutti gli interventi erogati all'interno delle chiamate, è stato constatato come i consigli e gli incoraggiamenti forniti dagli infermieri ai soggetti infartuati e ai loro familiari durante le chiamate telefoniche, possano aumentare l'indipendenza dei pazienti e le abilità di autocura. Considerando il tempo limitato in possesso dell'infermiere e la tensione dei pazienti ammessi in un'unità cardiaca di terapia intensiva, il fornire informazioni "faccia a faccia" può tante volte essere complicato e perciò, gli interventi telefonici sono altamente raccomandati.
Conclusioni	Gli interventi telefonici di follow-up erogati dagli infermieri risultano positivi nell'aiutare il paziente infartuato ad aderire al regime dietetico e farmacologico.

Lavoro di Tesi approvato in data:_____