Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS)

Corso di laurea in cure infermieristiche

L’aderenza terapeutica di terapie farmacologiche ed educative a domicilio nel paziente cardiopatico: quali sono le cause di non aderenza?

Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)

Autrice: Michela Cassina

Direttore di tesi: Maurizio Belli

Manno, 31 agosto 2020

Anno accademico 2019-2020

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS)

Corso di laurea in cure infermieristiche

L’aderenza terapeutica di terapie farmacologiche ed educative a domicilio nel paziente cardiopatico: quali sono le cause di non aderenza?

Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)

Autrice: Michela Cassina

Direttore di tesi: Maurizio Belli

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del lavoro di tesi"

Manno, 31 agosto 2020

Anno accademico 2019-2020

ABSTRACT

Background

Oggigiorno gran parte della popolazione è abituata ad uno stile di vita malsano e sedentario, questo aumenta in modo importante il rischio di essere colpiti da una malattia cardiovascolare. Quando ciò accade la persona è costretta a modificare le proprie abitudini e lo stile di vita a cui è abituata. Purtroppo questi cambiamenti non sono sempre semplici o non sono compresi. Per questo, dopo la dimissione dall'ospedale, le terapie prescritte vengono seguite sempre meno.

Obiettivi

Lo scopo di questa ricerca è quello di rispondere alla seguente domanda: "L'aderenza terapeutica di terapie farmacologiche ed educative al domicilio nel paziente cardiopatico: quali sono le cause di non aderenza?". Gli obiettivi di questo lavoro sono quelli di ricercare quali sono le cause che spingono il paziente cardiopatico a non seguire più le terapie prescritte in degenza ospedaliera, capire per quale motivo i pazienti ritengono "complicato" o "impegnativo" seguire la dieta e l'esercizio fisico che viene raccomandato nei centri specialistici.

Metodo

È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura utilizzando le banche dati PubMed, Academic Oup e ScienceDirect. Lo scopo è stato quello di andare a cercare articoli full text scritti in lingua inglese che trattano il tipo di ricerca da me scelto, rispettando i criteri di inclusione ed esclusione. Al termine della ricerca ne ho ritenuti idonei 4.

Conclusione

Sebbene non sia facile analizzare un aspetto altamente soggettivo come la decisione di seguire o meno un trattamento o un'indicazione medica, gli articoli scientifici in analisi hanno un punto in comune. Tutti gli studi riportano che la mancanza di un partner e/o di un amico che svolgono una funzione di sostegno, sono indispensabili per portare a buon fine la riabilitazione.

Parole chiave

Heart patient, rehabilitation, resignation, adherence, continuous care, self-care, chronic disease, nurse, adults, education, cardiology, therapeutic, adherence at home, rehabilitation at home, cardiac disease.

INDICE

1. Introduzione ... 1

1.1. La ricerca ... 1

1.2. Motivazione personale ... 1

1.3. Scopo della ricerca e obiettivi ... 1

1.4. Metodologia ... 1

2. Quadro teorico ... 2

2.1. Strati della parete cardiaca ... 2

2.2. Cavità cardiache ... 2

2.3. Cardiopatie e coronaropatie ... 2

2.4. La riabilitazione in Svizzera ... 5

2.5. Aderenza terapeutica ... 6

2.5.1. Aderenza terapeutica alla terapia farmacologica ... 6

2.5.2. Mancata aderenza terapeutica ... 7

2.6. Educazione terapeutica ... 7

3. Metodologia ... 9

3.1. Scelta dell'argomento ... 9

3.2. Problemi riscontrati ... 9

3.3. Stringa di ricerca ... 10

3.3.1. Banche dati ... 10

3.3.2. Parole chiave ... 10

3.3.3. Ricerca e selezione degli articoli ... 10

4. Tabella riassuntiva ... 12

5. Risultati ... 16

5.1. Descrizione degli articoli ... 16

5.2. Analisi dei risultati ... 17

5.3. Articolo 1: "*Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: a cross-sectional study*" ... 17

5.4. Articolo 2: "*DNA may not mean "did not participate": a qualitative study of reasons for non-adherence at home – and centre-based cardiac rehabilitation*" ... 20

5.5. Articolo 3: "*ICAROS (Italian survey on Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention after cardiac revascularization): primo bilancio di una grande esperienza scientifica del network riabilitativo GICR/IACPR*" ... 22

5.6. Articolo 4: "*Patients' adherence to optimal therapeutic, lifestyle and risk factors recommendations after myocardial infarction: six years follow-up in primary care* ... 25

5.7. Tabella riassuntiva: risultati ... 29

6. Discussione ... 30

6.1. Dieta ... 30

6.2. Esercizio fisico ... 30

6.3. Terapia farmacologica ... 31

6.4. Correlazione con il quadro teorico ... 31

7. Conclusione ... 33

7.1. Relazione con la pratica professionale ... 33

7.2. Riflessione personale conclusiva del percorso svolto ... 34

8. Ringraziamenti ... 34

Bibliografia ... 36

1. Introduzione

1.1. La ricerca

Il lavoro di Bachelor che propongo riguarda l'indagine approfondita sulle cause di non aderenza alle terapie farmacologiche ed educative (riabilitazione, stile di vita sano, alimentazione, attività fisica) del paziente cardiopatico dopo il rientro al domicilio.
Molto spesso il paziente, quando ricoverato presso una struttura sanitaria, segue le indicazioni mediche ed infermieristiche. Lo stesso atteggiamento si riscontra durante l'iter riabilitativo presso strutture adeguate, ad esempio presso il Cardiocentro Ticino il paziente segue un percorso di tre mesi comprensivo di incontri informativi, sedute con il dietista individualmente e/o accompagnati dalla moglie, compagna o parente (Cardiocentro Ticino & Associated Institute of the University of Zurich, s.d.).

1.2. Motivazione personale

La scelta di questo tema è nata principalmente dal mio vissuto, in quanto vivo quotidianamente le situazioni di mio padre e di mio nonno affetti da una patologia cardiovascolare. Fin dall'adolescenza ho sentito parlare di Cardiocentro, stand e anticoagulanti. A tutt'oggi è quanto vive mio padre quotidianamente. Il tutto ha ulteriormente suscitato il mio interesse quando il nonno materno è stato colpito da un infarto. La grande differenza che ho riscontrato tra mio padre e mio nonno rientra nel tema dell'aderenza alle terapie, durante e dopo la riabilitazione. Infatti, durante il percorso riabilitativo presso il Cardiocentro, non solo bisogna attenersi ad un piano di terapie farmacologiche, ma vengono anche programmate delle sedute di fisioterapia riabilitativa, un nuovo piano alimentare. Oltre a ciò, a maggio andrò a svolgere il mio ultimo stage presso il Cardiocentro; penso che poter dare ai pazienti che andrò a curare un'indicazione terapeutica sufficientemente esaustiva possa aiutare a migliorare la loro aderenza una volta rientrati al domicilio. Infatti seguire le terapie prescritte può dare un grande contributo positivo ai comportamenti di auto-cura che il paziente può adottare (Heydari et al., 2015). Sottolineo che secondo un articolo redatto dall'OMS, il Ministero della Salute e Public Health of Canada, nel 2005 nel mondo sono decedute 17'528'000 persone di ogni età a causa di malattie cardiovascolari (Ministero della Salute et al., 2005). Questo fa capire quanto questa malattia sia diffusa a livello mondiale e quali drammatiche conseguenze può portare se non curata adeguatamente. Ritengo che fornire ai pazienti un'educazione completa possa salvare delle vite, senza la necessità ulteriore di somministrare nuove terapie o sottoporre il paziente a interventi chirurgici.

1.3. Scopo della ricerca e obiettivi

Lo scopo di questo lavoro è quello di andare a rispondere alla domanda: "Perché i pazienti cardiopatici, quando vengono dimessi da una struttura di cura, a poco a poco smettono di aderire alla terapia?".

1.4. Metodologia

Come descriverò meglio nel capitolo a pagina 11, la metodologia che ho scelto per l'elaborazione della mia Tesi finale di Bachelor è la revisione della letteratura; più precisamente andrò ad analizzare 4 articoli scientifici. Attraverso questa metodologia sono riuscita ad apprendere quanto sia ampio e complesso il problema sull'aderenza e sull'educazione terapeutica, soprattutto in ambito cardiologico e delle sue patologie. Grazie a questa metodologia sarò in grado di migliorare dal profilo della ricerca che mi permetterà di approfondire in modo molto specifico tutto quello che riguarda il tema della mia tesi.

2. Quadro teorico

Il cuore è localizzato al disopra del diaframma, nella zona mediastinica (Tortora & Derrickson, 2011). La parte costituita dalla punta del ventricolo sinistro che si posa sul diaframma è detta apice (Tortora & Derrickson, 2011). Mentre la base è la parte posteriore del cuore, costituita dagli atri (Tortora & Derrickson, 2011).

2.1. Strati della parete cardiaca

La parete cardiaca si suddivide in tre strati: epicardio, miocardio ed endocardio (Tortora & Derrickson, 2011). Il primo è lo strato più esterno della parete cardiaca ed è costituito dal mesotelio (Tortora & Derrickson, 2011). Il miocardio, invece, è il tessuto muscolare cardiaco, responsabile del pompaggio (Tortora & Derrickson, 2011). Infine, l'endocardio, è in continuità con lo strato endometriale di grandi vasi sanguigni, riducendo la frizione quando il sangue passa attraverso cuore e vasi (Tortora & Derrickson, 2011).

2.2. Cavità cardiache

Le cavità cardiache si dividono in: due cavità riceventi superiori (atri) e due cavità di pompaggio inferiori (ventricoli) (Tortora & Derrickson, 2011). Sulla superficie di ogni atrio è presente l'auricola, che aumenta la capacità dello stesso, così da poter contenere maggiori quantità di sangue (Tortora & Derrickson, 2011). I solchi, invece, contengono i vasi sanguigni coronarici e alcune quantità di grasso (Tortora & Derrickson, 2011).
L'atrio destro forma la porzione destra del cuore ed è ricevente di sangue da tre vene: vena cava superiore, vena cava inferiore e seno coronarico (Tortora & Derrickson, 2011). Il sangue passa dall'atrio destro al ventricolo destro attraverso la valvola tricuspide o valvola atrioventricolare destra (Tortora & Derrickson, 2011).
Il ventricolo sinistro, al suo interno, contiene la valvola tricuspide; ovvero una serie di creste formate da dei fasci di fibre muscolari cardiache (Tortora & Derrickson, 2011). Il sangue passa dal ventricolo destro attraverso la valvola polmonare nel tronco polmonare, che si divide a sua volta in arteria polmonare destra e sinistra (Tortora & Derrickson, 2011).
L'atrio sinistro riceve sangue dai polmoni attraverso quattro vene polmonari (Tortora & Derrickson, 2011). Il sangue passa dall'atrio sinistro al ventricolo attraverso la valvola bicuspide o mitrale (Tortora & Derrickson, 2011).
Per quanto riguarda il ventricolo sinistro, il sangue passa attraverso la valvola aortica nell'aorta ascendente (Tortora & Derrickson, 2011). Una parte del sangue dell'aorta passa nelle arterie coronariche che si ramificano e trasportano il sangue alla parete cardiaca; il resto del sangue passa nell'arco aortico e nell'aorta discendente (Tortora & Derrickson, 2011).

2.3. Cardiopatie e coronaropatie

Alla base di molteplici cardiopatie e spesso anche di ictus cerebrale, vi è l'*arteriosclerosi*. Questa è un'alterazione delle arterie, dove all'origine vi sono processi infiammatori che danneggiano lo strato interno delle arterie che, a loro volta, perdono di elasticità e si inspessiscono (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). L'accumularsi di LDL (un tipo di grasso del sangue) e di calcio, fa sì che si formino delle placche che vanno a restringere il lume dei vasi sanguigni (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). Questo comporta una riduzione dell'apporto di ossigeno e sostanze nutritive ai tessuti e organi a valle di queste complicanze (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f).

Figura 1
Sito: Fondazione Svizzera di Cardiologia

I disturbi che possono scaturire da questa condizione sono molteplici, tra cui angina pectoris stabile, infarto cardiaco, arresto cardiocircolatorio, aritmie cardiache e insufficienza cardiaca (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f).
La *malattia coronarica* è una delle patologie cardiovascolari più frequenti, portandola ad essere la prima causa di morte in Svizzera (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). I fattori di rischio che possono portare a questa condizione sono l'età, la predisposizione genetica, il fumo, l'alimentazione squilibrata, il diabete, l'ipertensione arteriosa e lo stress (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). A questo tipo di pazienti viene quindi chiesto di modificare il loro stile di vita, come smettere di fumare, alimentarsi con una dieta equilibrata, fare attività fisica e cercare quanto più possibile di eliminare lo stress (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). Ovviamente, unitamente a questo tipo di trattamenti non farmacologici, possono subentrare l'intervento chirurgico quali l'angioplastica coronarica o il by-pass (il tutto a dipendenza della gravità della situazione), abbinati a trattamenti farmacologici (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-f). In questo caso, la terapia consiste nell'assunzione di antipertensivi, antiaritmici, digossina, ipolipidemizzanti, nitrati, antiaggreganti ed anticoagulanti (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-g).
L'*angina pectoris* è una delle patologie che fanno parte della grande categoria delle cardiopatie. Questo termine indica una sensazione di costrizione, disagio o dolore al centro della cassa toracica; per lo più sintomi dovuti al ristringimento dei vasi coronarici (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). Essa si può suddividere in stabile o instabile: la prima si presenta quando il cuore riceve meno ossigeno del necessario (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). I sintomi sono: senso di costrizione soffocante e/o dolori retrosternali e al braccio sinistro, con possibile irradiazione a spalla, collo, mento e schiena (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). I dolori in oggetto si attenuano o spariscono in seguito all'assunzione di nitroderivati (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). Con l'angina pectoris instabile, contrariamente, i disturbi si manifestano dopo ore o giorni, con un'intensità che aumenta rapidamente e dura generalmente più di 15 minuti (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). I sintomi sopraelencati si presentano a qualsiasi ora del giorno o della notte, indipendentemente dall'attività fisica che si svolge (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a). Anche in questo caso il trattamento comporta un cambio di stile di vita, che porta il paziente a confrontarsi con nuove abitudini alimentari, alla somministrazione di farmaci, ad una miglior cura della forma fisica e nel peggiore dei casi, sottoporsi ad intervento chirurgico (angioplastica coronarico o by-pass) (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a).
Nell'*infarto cardiaco* si verifica una parziale o completa ostruzione di un'arteria coronarica; pertanto parte del muscolo cardiaco non ricevendo ossigeno muore dopo breve tempo (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-d). La superfice di una placca che si crea a seguito di una condizione di arteriosclerosi può rompersi improvvisamente

causando il contatto tra placca e sangue, portando così alla formazione di un coagulo che restringe ulteriormente il lume del vaso o addirittura lo occlude (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-d). Ad una persona affetta da coronaropatia sarebbe corretto insegnare come riconoscere un infarto cardiaco, essendo più a rischio. I sintomi principali sono: pressione e dolore costrittivi al torace (oltre i 15 minuti); respiro corto, irradiazione del dolore al torace, spalle, braccia, collo, mandibola o parte superiore dell'addome; pallore, nausea, debolezza, sudorazione, affanno, polso irregolare; il dolore non dipende dai movimenti del corpo o della respirazione, non scompare dopo l'assunzione di nitroglicerina (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-d). Diversa può risultare la sintomatologia che si presenta nelle donne, persone diabetiche o anziane le quali, come segnali d'allarme, possono sviluppare: affanno, nausea e vomito, senso di pressione al torace, alla schiena o all'addome (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-d).
Nell'*arresto cardiocircolatorio*, i pazienti perdono conoscenza, smettendo di respirare, con la conseguente mancanza d'apporto di ossigeno; se non si interviene tempestivamente con la rianimazione la persona può andare in contro alla morte (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-c). In questo si parla di "morte cardiaca improvvisa" (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-c). Una delle cause più frequenti di arresto cardiocircolatorio è la fibrillazione ventricolare (solitamente causata da un infarto cardiaco), ovvero un grave disturbo del ritmo dove i ventricoli non riescono a pompare e quindi far circolare il sangue (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-c). Per poter salvare il maggior numero di persone in arresto cardiocircolatorio al di fuori dell'ambito ospedaliero, sono stati allestiti dei corsi appositi per formare la popolazione sulla rianimazione: ovvero il corso BLS.
Le *aritmie cardiache* si possono verificare nel caso in cui la persona si trova in uno stato di stress fisico o psichico, a seconda dell'età (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-b). Si parla di aritmia quando il nostro cuore batte troppo rapidamente e/o troppo lentamente, oppure in modo irregolare (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-b). Le aritmie si suddividono in sopraventricolari e ventricolari. Le prime comprendono: fibrillazione atriale (negli atri avviene un "temporale elettrico" che fa battere il cuore in modo irregolare e molto rapido); flutter atriale (analogo alla fibrillazione atriale), tachicardia sopraventricolare (ritmo cardiaco accelerato che spesso si manifesta con palpitazioni o battiti molto rapidi); extrasistoli (battiti cardiaci aggiuntivi occasionali) e bradicardia (il cuore batte in maniera troppo lenta) (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-b). Le aritmie ventricolari comprendono: tachicardia ventricolare (aritmia dove i ventricoli si contraggono troppo velocemente, non riuscendo né a svuotarsi né a riempirsi a sufficienza di sangue) e fibrillazione ventricolare (ventricolo viene stimolato troppo rapidamente da non riuscire più a contrarsi a sufficienza) (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-b).
L'*insufficienza cardiaca* è una condizione in cui il cuore ha una funzione di pompaggio indebolita: questa condizione può presentarsi in forma leggera (solo dopo grande sforzo fisico), grave (anche dopo lieve sforzo fisico), acuta (riduzione dell'efficienza improvvisa) o cronica (dura per un lungo lasso di tempo) (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-e). I sintomi di questa patologia sono più o meno pronunciati, inizialmente i disturbi sono presenti solo dopo un grande sforzo fisico; negli stadi più avanzati, invece, questi si possono avvertire anche stando a riposo (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-e). I disturbi caratteristici e più comuni sono: stanchezza ed esaurimento fisico, dispnea ed accumuli d'acqua nelle gambe, caviglie e piedi (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-e). Tra le varie terapie, il paziente ha un ruolo fondamentale per quanto riguarda l'assunzione dei medicamenti, di liquidi, il controllo della pressione arteriosa e del peso (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-e). Per questo motivo è importante educare il

paziente all'autocura, al riconoscimento dei segnali d'allarme e lo stimolo per il cambiamento di stile di vita (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-e).

2.4. La riabilitazione in Svizzera

Per quanto riguarda la riabilitazione al Cardiocentro Lugano, essa prevede un percorso di tre mesi suddivisa in ventinove sedute di terapia funzionale e sette incontri informativi (Cardiocentro Ticino & Associated Institute of the University of Zurich, s.d.). Le sedute funzionali prevedono il raggiungimento di diversi obiettivi, tra cui: esercizio aerobico (cicloergometri, armoergometro, cross trainer, bike orizzontale), esercizi per migliorare la forza fisica con l'ausilio di macchinari, tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione e di stretching (Cardiocentro Ticino & Associated Institute of the University of Zurich, s.d.). I sette incontri informativi prevedono: l'accoglienza con l'illustrazione del percorso, l'incontro con uno psicologo (con cui si potrà continuare il lavoro individualmente), le cause infiammatorie e le conseguenze ormonali, due incontri relativi all'alimentazione (dopo i quali si svolgerà un percorso con un dietista a livello individuale), i medicamenti e tutto quello che riguarda la diagnostica e l'anatomia (Cardiocentro Ticino & Associated Institute of the University of Zurich, s.d.). Durante gli incontri formativi sull'alimentazione viene richiesta anche la presenza della moglie, di una compagna o di un parente che possa capire ed in seguito aiutare il paziente nell'ambito della nuova dieta.
L'associazione SCPRS (Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention Rehabilitation and Sport Cardiology), ha creato degli indicatori comuni per tutti i centri riabilitativi della Svizzera. Essi sono:

- Sindrome coronarica acuta con o senza intervento chirurgico;
- Malattia coronarica cronica (con o senza intervento) e una o più delle patologie seguenti;
    - Capacità fisica limitata;
    - Reclami presenti dopo l'esaurimento delle misure interventistiche;
    - Presenza di fattori di rischio evitabili, rischio cardiovascolare pronunciato;
    - Rischi per il reinserimento sociale e la partecipazione (lavorativa, famigliare, …), in particolare la minaccia di inabilità al lavoro o il bisogno di assistenza;
    - Esigenze formative speciali;
    - Incertezze sulla resilienza fisica e mentale, se ci si aspetta un miglioramento dalla riabilitazione;
- Presenza di molteplici fattori di rischio;
- Intervento di bypass coronarico o altri interventi di cardiochirurgia;
- Interventi chirurgici sui grandi vasi;
- Insufficienza cardiaca: in scompenso cardiaco stabile o dopo scompenso, entrambi gli scompensi cardiaci con EF mantenuto, leggermente ridotto o diminuito;
- Impianto di dispositivi di assistenza ventricolare (VAD);
- Impianto di sistemi ICD/CRT (resincronizzazione cardiaca con defibrillatore impiantabile) e una o più delle seguenti situazioni:
    - Limitazione della mobilità e della capacità fisica;
    - Necessità di monitoraggio e ottimizzazione della terapia;
    - Difficoltà ad affrontare la malattia, instabilità mentale;
    - Pronunciato rischio cardiovascolare professionale;
    - Altre malattie cardiovascolari il cui decorso è favorevolmente influenzato dalla riabilitazione (*SCPRS - Qualitätsrichtlinien*, s.d.).

2.5. Aderenza terapeutica

"*L'adesione a qualsiasi regime di trattamento richiede l'intervento del medico, di seguirne le prescrizioni, di assumere i farmaci in maniera corretta, di vaccinarsi, di recarsi regolarmente alle visite di controllo e modificare le proprie abitudini di vita per quel che riguarda l'igiene personale, la gestione autonoma di malattie come l'asma e il diabete, il fumo, la contraccezione, i comportamenti sessuali a rischio, la dieta scorretta e la scarsa attività fisica, esempi questi di comportamenti che possono qualificarsi più o meno terapeutici. Ed ancora la relazione tra i pazienti e operatori sanitari, siano essi il medico, l'infermiere o altre figure professionali, deve configurarsi come una partnership che si avvale in maniera fattiva delle capacità di ognuno. Le relazione terapeutiche efficaci sono caratterizzate da un'atmosfera nella quale si esplora insieme ogni possibile modalità di intervento, si negozia il regime terapeutico, si discute dell'adesione ai trattamenti e si programmano le visite di controllo*" (World Health Organization, 2003).

Da ciò si deduce che il trattamento efficace è caratterizzato da un'atmosfera di fiducia dove si vanno ad indagare i mezzi terapeutici alternativi, dove si negozia il regime così da attuare un piano terapeutico personalizzato per il paziente (World Health Organization, 2003).

Secondo uno studio svolto in Iran, l'aderenza al regime terapeutico come comportamento di auto-cura nei pazienti affetti da cardiopatie è altamente significativo (Heydari et al., 2015). Le problematiche maggiormente riscontrate durante il controllo di una malattia cardiaca sono i comportamenti di auto-cura messi in atto dal paziente in modo non conforme: come ad esempio la mancata adesione a terapie farmacologiche, alla dieta o ai regimi di attività fisica (Heydari et al., 2015). Si stima che il numero di ricoveri potrebbe essere dimezzato se i pazienti aderissero ad un corretto regime terapeutico, viene appunto riportato che l'applicazione irregolare delle terapie è la causa principale di riammissione ospedaliera; lo stress e la mancanza di attività fisica la seconda (Heydari et al., 2015).

Analizzando i risultati dello studio, la maggior parte dei pazienti avevano un buon livello di aderenza alla dieta e alla terapia farmacologica, ma un basso livello di aderenza all'attività fisica, fattore di scarse energie, causata dalla mancanza di interesse al movimento (Heydari et al., 2015).

2.5.1. Aderenza terapeutica alla terapia farmacologica

Viene generalmente definita come l'assunzione di farmaci secondo prescrizione medica (Lehane & McCarthy, 2009). Con il termine "non aderenza terapeutica" si intende che il paziente decide di sua iniziativa di non assumere i medicinali prescritti (Volpe et al., 2014).

Recentemente il termine "compliance" è stato sostituito da "concordace": ovvero accordo che viene stipulato tra operatore sanitario e paziente al fine di rispettare i desideri e le credenze della persona ottenendo un risultato consensuale sulla gestione dei farmaci (Saiani & Brugnolli, 2013). Secondo l'OMS, è fondamentale che il paziente diventi un partner attivo e collaborante con gli operatori sanitari nella sua cura e che una corretta ed efficace comunicazione tra le due parti sia un must per una cura e un'assistenza efficace (World Health Organization, 2003).

Un fenomeno molto frequente nei pazienti si riscontra alcuni giorni prima e alcuni giorni dopo la visita con un operatore sanitario: questo fenomeno viene chiamato "aderenza da camice bianco" (Saiani & Brugnolli, 2013).

Secondo uno studio, risulta che la non aderenza alle terapie farmacologiche, in uno stato di malattia cronica, aumenti del 3.8% il rischio di morte per attacco cardiaco nei pazienti cardiopatici (Elliott, 2009). Quindi l'educazione e la conseguente aderenza alle terapie

farmacologiche non solo migliorano la qualità di vita del paziente e del suo entourage famigliare, ma la possono concretamente allungare.
L'aderenza è risultata essere maggiore nei pazienti affetti da patologie acute, rispetto a quelli con patologie croniche (Volpe et al., 2014). Per esempio nelle patologie croniche, l'aderenza alle terapie farmacologiche si riduce drasticamente già dopo sei mesi di terapia; il momento più critico si constata dopo la dimissione dall'ospedale con il rientro a casa propria e la ripresa della vita quotidiana (Volpe et al., 2014).

2.5.2. Mancata aderenza terapeutica

Questo termine non indica solamente l'irregolarità o l'assenza dell'assunzione delle terapie farmacologiche, bensì comprende anche la mancata partecipazione alle sedute di riabilitazione, il mancato rispetto alla dieta e l'eseguire un'attività fisica giornaliera. Le cause che portano il paziente a questo comportamento possono essere molteplici. Non intenzionali: ovvero il paziente involontariamente non aderisce al piano terapeutico in quanto riscontra difficoltà legate alla sua applicazione (mezzi di trasporto, altre patologie, …) come pure la dimenticanza (Medicine Men, s.d.).
Altri fattori possono essere la scarsa motivazione, la frustrazione di non percepire i benefici delle cure; questi aspetti a livello emozionale possono incidere in maniera molto importante su un paziente cronico che necessita di assumere delle terapie o di seguire delle indicazioni particolari a lungo termine (Squillace et al., 2018). Bisogna tener conto che oltre alla patologia cronica si deve considerare il fattore dell'età che può comportare difficoltà cognitive e motorie tali da interferire con la gestione del piano terapeutico (Squillace et al., 2018). È possibile che il paziente abbia una scarsa o mancata comprensione sull'effetto dei medicamenti da assumere, sulla loro posologia o sulla tempistica di assunzione, o semplicemente il paziente si dimentica (Squillace et al., 2018). Ci sono ulteriori fattori da attribuire al personale quali ad esempio motivi rientrati nell'organizzazione, al tempo dedicato all'istruzione del paziente, alla carenza di personale e gli errori durante la spiegazione (Squillace et al., 2018).

2.6. Educazione terapeutica

"*È intesa come un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione di tutto il percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita*" (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1998).

Quando si parla di educazione in ambito sanitario, si intende un processo che viene svolto intenzionalmente e consapevolmente, che propone l'attivazione della persona a raggiungere nuove conoscenze significative (Zannini, 2001). Stilare inoltre un progetto educativo, fa presumere che gli operatori siano intenzionati ad attivare una relazione con il paziente e il suo entourage famigliare (Koch et al., 2019). Questo rapporto non si limita al momento specifico, ma è destinato a durare nel tempo; al domicilio per esempio (Koch et al., 2019). Tutto questo è possibile grazie ad un'alleanza terapeutica soggettiva ed emotiva con il paziente che ha anche lo scopo di motivarlo al cambiamento (Koch et al., 2019). Per poter portare a buon fine un processo d'insegnamento, bisogna applicare una comunicazione educativa, caratterizzata da quattro elementi sostanziali: il primo riguarda l'uso di un linguaggio adattato al tipo di paziente e al livello di comprensione dello stesso (Zannini, 2001). Il secondo concerne i contenuti delle informazioni che vengono date; seguono l'utilizzo di strategie educative (quali fare esempio, utilizzare immagini, …) e infine l'uso consapevole di specifiche tecniche di comunicazione (Zannini, 2001). In sintesi l'educazione propone i seguenti obiettivi: rallentare l'evoluzione della malattia; prevenire complicanze evitabili; gestire in tutta sicurezza la terapia farmacologica;

assumere stili e comportamenti di vita sani e compatibili con la disabilità o lo stato di malattia e garantire qualità di vita alla persona (Saiani & Brugnolli, 2013). I benefici documentati riguardanti l'educazione terapeutica sono stati molteplici per diverse malattie (scompenso cardiaco, diabete, BPCO, artrite, AIDS,…), come: riduzione della quantità di farmaci assunti, riduzione della gravità dei sintomi, riduzione del dolore, maggior qualità di vita, autocontrollo dei fattori di rischio (fumo, alimentazione, …), aumento della soddisfazione del paziente e della sua famiglia rispetto all'autocura (Saiani & Brugnolli, 2013). Da tutto ciò deriva un altro argomento importante da tenere in considerazione quando si vanno ad attuare tecniche di educazione, ovvero i principi di apprendimento. Questi interventi vengono indirizzati principalmente agli adulti, per questo bisognerebbe seguire la teoria elaborata da Malcolm Knowles (2002), riguardante l'apprendimento degli adulti. Essa descrive cinque principi che caratterizzano il modo in cui gli adulti comprendono:

1. La disponibilità ad apprendere: gli adulti necessitano di sapere che ciò che stanno imparando potrà essere utile nel seguito della loro vita reale;
2. Il concetto di sé: nel processo educativo l'adulto rifiuta atteggiamenti impositivi;
3. Il ruolo dell'esperienza precedente: essa può divenire un punto di forza o negativo durante il processo di apprendimento;
4. L'orientamento verso l'apprendimento: utilizzare un contratto di apprendimento può essere uno strumento che aiuta educatore e paziente a chiarificare i reciproci ruoli durante il percorso educativo;
5. Motivazione: quella che spinge maggiormente una persona all'impegno sono i bisogni e le spinte interne: l'ambizione di maggior soddisfazione in genere, l'autostima, la qualità di vita e l'autonomia (Knowles, 2002).

3. Metodologia

Per lo sviluppo del mio Lavoro di Tesi ho scelto di utilizzare la ricerca bibliografia, che viene realizzata nell'ambito della revisione sistematica della letteratura e si basa sull'analisi delle evidenze scientifiche dopo una valutazione della letteratura rispetto un determinato argomento (Saiani & Brugnolli, 2010). L'obiettivo è quello di fare una valutazione della letteratura in esame, elaborare le indicazioni operative e prendere in considerazione gli interventi e le implicazioni che possano portare il paziente a rimanere aderente alle terapie nel lungo periodo.

Una revisione della letteratura consiste in una sintesi obbiettiva e un'analisi critica della letteratura disponibile sull'argomento da noi sotto esame (Coughlan, 2013). Più nello specifico, una revisione sistematica dovrebbe specificare il periodo di tempo entro il quale la letteratura è stata selezionata e i metodi utilizzati per valutare e sintetizzare i risultati degli studi in questione (Coughlan, 2013).

Il primo passo per la preparazione di una revisione della letteratura è quello di scegliere un argomento, delimitando i problemi e formulando il quesito al quale si vuole rispondere (Saiani & Brugnolli, 2010). Successivamente bisogna identificare e selezionare gli articoli che si vogliono includere nella revisione (Saiani & Brugnolli, 2010). Il terzo passo è quello di organizzare gli articoli inclusi: elaborare delle tavole riassuntive di estrazione dei dati che ci servirà per l'analisi e l'elaborazione di una mappa concettuale (Saiani & Brugnolli, 2010). Infine bisogna selezionare la modalità in cui si vorranno citare gli articoli (Saiani & Brugnolli, 2010).

Per la scrittura della revisione sono stati elaborati cinque passaggi: introduzione, corpo centrale della revisione, conclusioni, la definizione del titolo e la gestione delle citazione e delle referenze (Saiani & Brugnolli, 2010). Per quanto riguarda la fase di controllo si deve fare una revisione dei contenuti e scriverla con un buon stile grammaticale e lessicale (Saiani & Brugnolli, 2010).

Per selezionare gli articoli necessari, ovvero stilare i criteri di inclusione ed esclusione, si può utilizzare il metodo PICO; ovvero Population (paziente o problema), Intervention (intervento o esposizione di una causa, un fattore prognostico, …), Comparison (intervento di controllo, paragone, confronto) e Outcome (risultato). Nel mio caso quello che riguarda Comparison non l'ho inserito in quanto non pertinente con ciò che cercavo. Per quanto riguarda la Population, è rappresentata dalle persone affette da una cardiopatia sotto trattamento farmacologico ed educativo. La Intervention corrisponde a quali sono le cause che spingono il paziente a smettere di aderire alle terapie prescritte dopo un lungo periodo. Infine l'Outcome è elaborare delle strategie che, in base alle problematiche riscontrate in Intervention, possano andare a migliorare l'aderenza a lungo termine.

3.1. Scelta dell'argomento

Ci sono state alcune difficoltà nella scelta dell'argomento del mio Lavoro di Tesi in quanto avevo mille idee e tante curiosità su molteplici argomenti. Pensando poi a cosa avrei potuto effettivamente studiare e quale argomento mi avrebbe dato maggiore soddisfazione nell'elaborazione non ho avuto dubbi: capire quali sono le motivazioni che spingono il paziente cardiopatico a smettere le terapie.

3.2. Problemi riscontrati

Non è stato facile ricercare il materiale per elaborare la Tesi. Sono partita fin dall'inizio con questa precisa domanda, sono convinta di quello che stavo andando a ricercare? Purtroppo la ricerca di articoli scientifici inerenti a questo argomento sono pochi e non è

stato facile trovarli. Grazie alla pazienza del Prof. Belli e le molteplici ore davanti alle svariate banche dati sono riuscita a trovare gli articoli consoni.

3.3. Stringa di ricerca

3.3.1. Banche dati

Inizialmente mi sono concentrata su "*PubMed*", ma dopo numerose ricerche ho cominciato a ricercare online altre banche dati, anche non fornite dalla SUPSI. Alle fine della mia ricerca ho consultato circa 8 banche dati, ovvero: "*Cochrane Library*", "*EBSCO Host*", "*Wiley Online Library*", "*Google Scholar*", "*Magonline Library*", "*Accademic.oup*", "*Science Direct*".
Oltre alle banche dati ho trovati numerosi articoli appartenenti a riviste scientifiche quali "*Heart BMJ*", "*Journal of Ayub Medical College Abbottabad*", "*PLOS Journals*".

3.3.2. Parole chiave

Le parole chiave utilizzate sono state variatamente associate tra loro, esse sono: *Heart patient, rehabilitation, resignation, adherence, continuous care, self-care, chronic disease, nurse, adults, education, cardiology, therapeutic, adherence at home, rehabilitation at home, cardiac disease.*
Ho utilizzato ripetutamente l'operatore booleano "*AND*" per la ricerca di articoli scientifici, vista la difficoltà nella ricerca ho utilizzato poche volte "*NOT*" per poter escludere studi ai quali non ero interessata.
Durante la ricerca degli articoli ho effettuato quella che viene chiamata lettura rapida, ovvero leggere gli Abstract e selezionare gli articoli che a prima lettura potevano essere inerenti al mio Lavoro di Tesi. Una volta effettuato questo procedimento, ho letto il full text degli articoli selezionati in precedenza e valutavo se effettivamente esso rispecchiava i miei criteri di ricerca.

3.3.3. Ricerca e selezione degli articoli

Criteri di inclusione:

- Il paziente affetto da una cardiopatia dev'essere il soggetto in analisi.
- L'articolo deve parlare delle motivazioni che spingono questo paziente a smettere di aderire alle terapie farmacologiche ed educative.
- Articoli che contengano definizioni, eziopatogenesi, diagnosi, sintomi: tutto ciò che arricchisce il quadro teorico.
- Articoli che spieghino come il trattamento possa influenzare la qualità di vita della persona; effetti collaterali dei farmaci o il tempo che si deve investire per seguire le terapie educative.
- Articoli di lingua inglese o italiana.
- Articoli pubblicati tra il 2005 ed oggi.

Criteri d'esclusione:

- Articoli che non comprendano la cardiopatia o che si concentrino solo su un aspetto della riabilitazione del paziente e non tratti tutta la riabilitazione nel suo insieme.
- Per il Lavoro di Tesi ho cercato di mantenere la mia ricerca su Paesi considerati "sviluppati" in quanto alcuni articoli trovati riportavano dati statistici di paesi come l'Africa. Questo per poter fare una revisione che possa rispecchiare anche la realtà che viviamo in Svizzera.
- Articoli che trattino della mancata aderenza del paziente sul lungo termine e non di persone che non aderiscono già durante il ricovero in ospedale.
- Articoli in altre lingue.

- Articoli pubblicati prima del 2005.

Durante la selezione degli articoli ne ho letti in full text 35, ma solo 4 di essi rispecchiavano i criteri sopracitati. Da aggiungere a questi ci sono quelli che non ho selezionato durante la fase di lettura rapida.

Per Evidence Based Nursing (EBN) s'intende l'infermieristica basata su prove di evidenza ed Evidence Based Practice (EPB), ovvero la pratica professionale incentrata sulle evidenze scientifiche (Moretti, 2014).

4. Tabella riassuntiva

	Autore/Anno	Titolo	Obiettivi	Materiali e Metodi	Risultati	Conclusioni
1	Ali A.M., Yasir J., Noor Sherwani R., Fareed M., Arshad F., Abid F., Arshad R., Ismail S., Ahmed Khan S., Siddiqui U., Gul Muhammad M., Fatima K. (2017)	Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study	Indagare la frequenza e i predittori della non aderenza ai cambiamenti di stile di vita e ai farmaci tra i pazienti affetti da malattia coronarica (CHD) dopo aver subito un intervento di bypass aorto-coronarico (CABG).	Il campione selezionato era di 265 pazienti sottoposti a CABG primario isolato. Ai partecipanti è stato fornito un questionario precodificato per un periodo di 4 o più settimane dopo l'intervento. L'aderenza è stata valutata sulla base dell'autovalutazione del paziente. I risultati sono stati analizzati utilizzando il test del Chi quadrato.	Circa la metà dei soggetti non ha seguito le raccomandazioni dietetiche (n=120, 45.3%) e l'esercizio fisico (n=109, 41.1%), mentre circa un terzo non si è attenuto all'assunzione dei farmaci prescritti (n=69, 26%). La riluttanza ad adottare un nuovo stile di vita e più di un incontro sociale alla settimana sono risultati predittori statisticamente significativi della non aderenza alla dieta. Per quanto riguarda l'esercizio fisico, i fattori che vengono indicati comunemente come motivi di non conformità sono l'agenda fitta di impegni e il timore che l'esercizio fisico possa aggravare i problemi cardiaci. Per la terapia farmacologica la dimenticanza, l'accessibilità economica e il numero eccessivo di farmaci da assumere erano importanti fattori predittivi.	La non aderenza al cambiamento di stile di vita e ai farmaci è un problema comune in tutto il mondo. È importante che i professionisti della salute discutano di questi predittori e li affrontino individualmente col paziente. Questa ricerca evidenzia la necessità di un rapporto sano tra curanti e pazienti.

2	Jones M., Jolly K., Raftery J., YT Lip G., Greenfield S. (2007)	“DNA” may not mean “did not participate”: a qualitative study of reasons for non-adherence at home and centre-based cardiac rehabilitation.	L’obiettivo è quello di esplorare le ragioni per cui i pazienti non aderiscono ad un programma di riabilitazione cardiaca (CR) a domicilio o in ospedale.	Sono state condotte delle interviste individuali semi-strutturate con 49 pazienti che hanno partecipato allo studio di Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study of home-based rispetto allo studio di CR in ospedale che non avevano completato il loro programma. I partecipanti sono composti da 16 donne, dagli 11 ai 70 anni o più con 15 appartenenti a gruppi etnici.	I pazienti hanno fornito una vasta gamma di ragioni per non completare il loro programma di CR. Molti avevano altri problemi di salute, come artrite, e problemi cardiaci continui che impedivano loro di fare esercizio fisico come previsto. La maggior parte dei non aderenti ha trovato utili alcuni aspetti del loro programma di CR e ha apportato cambiamenti allo stile di vita. La mancanza di motivazione nell’eseguire l’esercizio fisico è stato il motivo principale per cui i pazienti non hanno aderito al programma dello studio a domicilio, in particolare nelle donne. Anche i doveri domestici degli uomini e la cattiva salute dei pazienti appartenenti a minoranze etniche erano motivi comuni per la mancata adesione.	I motivi della non partecipazione/adesione erano generalmente multifattoriali e individuali. Molti pazienti che non hanno partecipato o non hanno aderito al loro programma di CR hanno effettuato attività riabilitative in altri modi. Le caratteristiche sociali, i bisogni e le preferenze individuali dei pazienti e l’ubicazione dei programmi di CR devono essere presi in considerazione nella progettazione del programma per massimizzarne la partecipazione.

3	Griffo R., Temporelli P.L., Fattirolli F., Ambrosetti M., Tremarin R., Vestri A.R., De Feo S., Tavazzi L. (2012)	ICARSO (Italian survey on Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention after cardiac revascularization): primo bilancio di una grande esperienza scientifica del network riabilitativo GICR/AICPR.	L'obiettivo è quello di valutare a breve e medio termine: i) la prescrizione di farmaci cardioprotettivi, la modificazione e l'aderenza; ii) il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi di stile di vita raccomandati, il controllo dei fattori di rischio e la loro associazione con gli eventi cardiovascolari; iii) i predittori della non aderenza alla terapia e alle raccomandazioni di stile di vita.	L'indagine è stata multicentrica, prospettica e longitudinale realizzata dall'Associazione italiana per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare su pazienti al completamento di un programma di CR dopo l'innesto di bypass coronarico (CABG) e intervento coronarico percutaneo (PCI).	I risultati dell'ICAROS offrono un ritratto del "mondo reale" della pratica clinica riguardante i pazienti dopo il CABG e PCI, e sottolineano la necessità di migliorare le cure secondarie di prevenzione dopo l'evento indice: molti pazienti dopo la rivascolarizzazione lasciano i reparti acuti senza una prescrizione ottimale di farmaci preventivi, ma la prescrizione di farmaci cardioprotettivi e il controllo dei fattori di rischio è eccellente dopo il completamento di un programma di CR. Dopo la riabilitazione, il mantenimento di farmaci basati sull'evidenza e di uno stile di vita a un anno è abbastanza buono per quanto riguarda gli obiettivi di prevenzione secondaria, ma per indagare l'influenza della CR sui risultati a lungo termine sono necessari studi più lunghi.	La partecipazione alla CR si traduce in un trattamento farmacologico dopo la rivascolarizzazione, unitamente a un buon stile di vita e all'aderenza ai farmaci dopo 1 anno e fornisce un'ulteriore conferma sul beneficio della prevenzione secondaria.

4	Dibao-Dina C., Angoulvant D., Lebeau J.P., Peurois J.E., Abdallah El Hirtsi K., Lehr-Drylewicz A.M. (2018)	Patients' adherence to optimal therapeutic, lifestyle and risk factors recommendations after myocardial infarction: six years follow-up in primary care.	L'obiettivo è quello di studiare l'adesione dei pazienti affetti da infarto post-miocardico alle raccomandazioni terapeutiche, allo stile di vita e al controllo dei fattori di rischio dell'autorità sanitaria francese per 6 anni.	Un gruppo di sopravvissuti all'infarto del miocardio stabilito a Tours nel 2009 è stato seguito per 6 anni. Il medico generalista dei pazienti inclusi nel primo studio di follow-up di 1 anno è stato contattato per raccogliere dati sui trattamenti, sui fattori di rischio cardiovascolare e sullo stile di vita tra gennaio e giugno 2015. I dati sono stati descritti e confrontati con gli encomi e i predittori del raggiungimento di tutti gli obiettivi sono stati determinanti.	97 pazienti tra i 185 che hanno subito un'angioplastica coronarica per infarto del miocardio sono stati inclusi al basale. Il trattamento è stato adattato dal medico generalista su consiglio del cardiologo nella misura del 75% dei casi e dal solo medico generalista per il 7%. Tra i 97 iniziali, 62 sono stati inclusi nell'analisi finale a 6 anni. Il tasso di eventi fatali è stato del 5% a 1 anno e del 12% a 6 anni. Il tasso di eventi non fatali è stato del 44% a 6 mesi, 19% a 1 anno e del 29% a 6 anni. Sei anni dopo l'infarto del miocardio, 6 pazienti hanno raggiunto gli obiettivi raccomandati in termini di prescrizioni di trattamento, fattori di rischio e stile di vita. La partecipazione a un programma di riabilitazione cardiaca dopo un infarto del miocardio è stata associata al raggiungimento a lungo termine di obiettivi terapeutici ottimali.	I dati mostrano un'adesione a lungo termine non ottimale per il trattamento di prevenzione secondaria in questo gruppo ad alto rischio composto da sopravvissuti all'infarto del miocardio, che sembra migliorare nei pazienti sottoposti ad un programma di riabilitazione cardiaca.

5. Risultati

5.1. Descrizione degli articoli

Come già accennato, la ricerca degli articoli non è stata semplice: ha richiesto parecchio tempo e la lettura di molteplici testi, malgrado lo sconforto causato dalla difficoltà nel reperire quanto mi serviva per sviluppare il Lavoro di Tesi. Tra i 35 articoli letti in full text e altri 25-30 nei quali ho letto esclusivamente l'abstract, ho deciso di selezionare e di prendere in considerazione solamente 4 articoli full text, in quanto più pertinenti ai criteri richiesti dalla mia domanda di ricerca. L'articolo più recente che ho selezionato risale al 2018, mentre quello più datato al 2007, ho cercato articoli pubblicati recentemente così da poter elaborare il mio Lavoro di Tesi su dei dati attuali. La malattia cardiaca colpisce ormai tutto il mondo, infatti gli studi che ho trovato, analizzano campioni di persone provenienti dall'Europa, più nello specifico, in Inghilterra, Italia e Francia. Il secondo articolo basa la sua ricerca sugli studi svolti in Pakistan, paese che ha sviluppato già molteplici testi sull'argomento cardiocircolatorio.

Nel primo studio svolto in Pakistan su un campione di 265 persone, viene somministrato un questionario nelle 4 settimane successive all'intervento per valutare l'aderenza sulla scorta dell'autovalutazione del paziente (Ali et al., 2017). I risultati sono poi stati analizzati secondo il test del Chi-quadrato (Ali et al., 2017). Ritengo che far svolgere al paziente un'autovalutazione sul proprio andamento, nell'ambito delle cure, può sensibilizzare la persona ad avvicinarsi maggiormente ad uno stile di vita più sano. È possibile che i risultati del questionario e quindi della ricerca possono essere stati manomessi poiché il paziente non ha interagito in modo onesto: mentendo quindi durante la compilazione del questionario.

I ricercatori dello studio inglese, hanno svolto delle interviste individuali a 49 pazienti diversificati tra loro da differente sesso, etnia ed età (11-70 anni) (Jones et al., 2007). A parer mio un'intervista è la scelta migliore per poter svolgere una ricerca di questo tipo. Andando ad indagare sulle motivazioni che spingono le persone a non aderire alle terapie, essendo un argomento molto vario, può risultare più facile per il soggetto parlarne a ruota libera che scrivere. Così facendo darà maggiori informazioni rispetto alle sue motivazioni e l'intervistatore potrà analizzare, oltre a ciò che dice, anche l'aspetto della comunicazione non verbale, approfondendo determinati argomenti.

Il penultimo articolo, invece, viene svolto in Italia e tratta 1'262 pazienti (873 hanno subito un intervento CABG e 389 dopo PCI) (Griffo et al., 2012). Di tutti i selezionati, 68 hanno rifiutato e quindi lasciato lo studio, mentre 30 pazienti sono stati scelti per entrare nel follow-up di 1 anno, ricerca multietnica, prospettica e longitudinale (Griffo et al., 2012).

Il quarto ed ultimo articolo di una ricerca inglese, ha selezionato 97 soggetti sui 185 iniziali (Dibao-Dina et al., 2018). Dei 97 scelti, solo 62 sono entrati nello studio dei 6 anni, ovvero sono stati seguiti dal 2009 al 2015 (Dibao-Dina et al., 2018).

Per quanto riguarda gli ultimi due articoli, il fatto di seguire dei pazienti per un periodo di tempo limitato può rendere la ricerca più attendibile. I ricercatori sanno cosa ricercare nel comportamento del soggetto, riconoscendo il cambiamento non appena avviene senza dover analizzare i dati riferiti a posteriori per iscritto dalla persona.

Quale elemento comune tra queste persone non è la malattia, ma bensì il motivo che li ha spinti a non aderire più alle terapie prescritte. Per questo nei vari articoli vengono citate patologie differenti.

Purtroppo riguardo all'argomento che tratto nel Lavoro di Tesi, non ho trovato delle ricerche svolte in Svizzera e/o in Ticino, nonostante la presenza di un centro specializzato come il Cardiocentro Ticino sul nostro territorio

5.2. Analisi dei risultati

Andrò ad analizzare inizialmente gli articoli in modo separato, concludendo con un'analisi finale d'insieme.

Giova ricordare che, pur trattando un argomento strettamente legato all'ambito cardiologico, l'aderenza terapeutica e tutto ciò che ne comporta, viene vissuta ogni giorno in tutti i reparti. Questo tipo di ricerca è applicabile a quasi tutte le malattie croniche, come ad esempio il diabete o l'artrosi. Le motivazioni che spingono il paziente a non aderire alle terapie saranno, per ragioni differenti, le stesse. Tutto questo si lega alla nostra professionalità in quanto siamo noi in primis che dobbiamo sensibilizzare i pazienti verso una buona educazione terapeutica, adattando se necessario il piano terapeutico sulla scorta delle sensibilità della persona che ci troviamo a curare. Idealmente vorremmo che una persona affetta da cardiopatia, smettesse di fumare. Questa richiesta la possiamo avanzare ad un soggetto che fuma 2-3 sigarette al giorno. Contrariamente, richiedere la medesima cosa ad una persona che fuma da 40 anni 1 pacchetto di sigarette, andrebbe a destabilizzarlo e non si raggiungerebbe l'obiettivo definitivamente. Per questi casi di forte dipendenza dalla nicotina ritengo necessario concordare un limite nel consumo di sigarette che viepiù viene diminuito fino al raggiungimento del traguardo auspicato. Sempre più vi sono medici pneumologi che trattano il tema della tabaccologia, seguendo il paziente con terapie farmacologiche e proponendo periodi di cura in centri specializzati. Sebbene la cardiopatia, in taluni casi può condurre alla morte, il paziente, fintanto che vive grazie alle cure mediche la malattia in modo accettabile, non pone il consumo di tabacco un problema di primaria importanza per la sua salute.

5.3. Articolo 1: "*Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: a cross-sectional study*".

La malattia coronarica (CHD) è tutt'oggi la principale causa di morte a livello mondiale; infatti l'OMS aveva stimato che nel 2020 ci sarebbero stati 11.1 milioni di morti nel mondo (Ali et al., 2017). La prevenzione secondaria della CHD e la riabilitazione dopo un intervento di rivascolarizzazione sono elementi di significativa importanza per poter ridurre il rischio di mortalità associata a questa patologia e per il raggiungimento del benessere fisico, psicologico e sociale (Ali et al., 2017). La letteratura dimostra come interventi riguardanti lo stile di vita, la modificazione favorevole di fattori di rischio e l'utilizzo di farmaci profilattici possano ridurre il rischio di eventi non fatali e/o mortali (Ali et al., 2017).

L'aderenza rispetto alla CHD richiede dei cambiamenti nello stile di vita e l'integrazione di farmaci: questo è un fattore molto importante per la prevenzione di eventi cardiaci che, col tempo, può portare il paziente a raggiungere una maggiore qualità della vita (Ali et al., 2017). Purtroppo molteplici fattori possono spingere il paziente a non aderire alle terapie sopracitate, come il fatto di vivere soli, il rapporto che il paziente ha con la sua malattia, la mancata conoscenza dell'importanza di aderire ai trattamenti, gli impegni personali, le convinzioni riguardo lo svolgimento dell'esercizio fisico, i farmaci e fattori psicologici come l'ansia e la depressione (Ali et al., 2017). Per quanto riguarda invece le terapie farmacologiche, ci sono altre componenti che si possono aggiungere all'elenco: le multiple dosi giornaliere, la mancanza di fondi economici, i costi eccessivi, la dimenticanza nell'assunzione e la paura di eventuali effetti collaterali (Ali et al., 2017). Questi sono fattori importanti di non aderenza all'assunzione di farmaci (Ali et al., 2017). Per questo studio sono stati presi in considerazione due ospedali di assistenza terziaria in Pakistan per un periodo di 12 mesi (2015-2016) (Ali et al., 2017). Il paziente, per essere ammesso allo studio, doveva avere un'età superiore ai 18 anni, sottoposto ad intervento chirurgico nelle 4 settimane prima della compilazione del questionario e inoltre il paziente

doveva essere in terapia con una o più classi di farmaci (Ali et al., 2017). I criteri di esclusione comprendevano pazienti con fattori prognostici sfavorevoli (come una malattia tumorale o terminale), malattie preesistenti (diverse dal diabete, ipertensione e iperlipidemia), una diagnosi di artrosi in stadio avanzato o una malattia psichiatrica documentata (Ali et al., 2017). Dei 345 interventi di CABG effettuati, 293 pazienti sono stati selezionati per lo studio: 280 hanno firmato il consenso, 11 hanno rinunciato durante il follow-up e 4 hanno lasciato il questionario incompleto; arrivando quindi ad un totale di 265 partecipanti (Ali et al., 2017).
Il questionario è stato suddiviso in 4 sezioni:

1. Caratteristiche demografiche del paziente: età, sesso, stato civile, uso di tabacco e il numero di incontri sociali alla settimana (Ali et al., 2017).
2. Aderenza del paziente alla modificazione della dieta;
    a. viene considerata “mancata aderenza alla dieta” quando una o più raccomandazioni non vengono seguite 1-2 volte alla settimana:
        i. consumo al di sotto dei 300mg di colesterolo alimentare al giorno;
        ii. ridurre al minimo il consumo di cibi e bevande zuccherate;
        iii. consumare cibo con il minor quantitativo di sale o senza sale (obiettivo: consumo massimo di 2300mg sodio al giorno);
        iv. uno o più incontri sociali alla settimana (Ali et al., 2017).
    b. Inoltre sono inserite domande dicotomiche quali:
        i. la volontà di adottare un nuovo stile di vita;
        ii. se il soggetto ha un partner o un sostegno famigliare;
        iii. avere la convinzione che uno stile di vita povero aumenti il rischio di avere attacchi cardiaci;
        iv. provare una sensazione di avere restrizioni che possano portare alla mancata aderenza (Ali et al., 2017).
3. Determinazione dell’aderenza alla prescrizione e i possibili fattori che possono influire sull’aderenza;
    a. criteri di conformità: attività fisica moderata, ovvero il paziente cammina senza sosta per 30-60 minuti al giorno per almeno 3 volte alla settimana;
    b. criteri di non conformità: è stato chiesto ai pazienti se si sentono riluttanti a seguire un regime di esercizio fisico, se hanno un programma giornaliero frenetico, se si sentono stanchi dopo aver svolto dell’esercizio fisico o se credono che lo sforzo fisico possa andare a peggiorare lo stato di salute e se hanno un amico/famigliare che li accompagni durante l’esercizio fisico;
        i. inoltre viene valutata la consapevolezza del paziente rispetto alla correlazione del mancato esercizio fisico e il rischio di altri attacchi cardiaci (Ali et al., 2017).
4. Aderenza alla terapia farmacologica con la Scala Morisky 8;
    a. un punteggio da 3 a 8 significa che il paziente non è conforme alla terapia;
    b. i fattori di non conformità (Ali et al., 2017). Essi sono:
        i. il paziente non assume/dimentica una dose;
        ii. prescrizione di molte terapie;
        iii. la paura di eventuali effetti collaterali;
        iv. costo eccessivo o indisponibilità da parte del partner di tener traccia del regime farmacologico (Ali et al., 2017).

I fattori di non conformità e la loro frequenza rispetto alla modificazione della dieta, dell’esercizio fisico e delle terapie farmacologiche sono stati calcolati con il test del Chi-quadrato (Ali et al., 2017). Le variabili qualitative sono state espresse come frequenze e

percentuali; mentre le variabili quantitative come derivazione media standard (Ali et al., 2017).
Dei 280 pazienti selezionati, solo 265 hanno compilato il questionario da cui è emerso che il 45.3% non si atteneva alle raccomandazioni dietetiche, il 41.1% all'esercizio fisico e il 26% non si è attenuto alle prescrizioni farmacologiche (Ali et al., 2017). Tra i pazienti che hanno partecipato a degli incontri sociali più di una volta alla settimana, solo il 36% circa era conforme ai cambiamenti inerenti alla dieta, quindi questo è un fattore ritenuto associato alla non conformità (Ali et al., 2017). La maggior parte dei pazienti ritenuti conformi ha dichiarato di avere una persona accanto, mentre un cospicuo numero di persone non conformi ha comunicato l'assenza di un partner o di un amico con cui poter seguire un piano dietetico (Ali et al., 2017). L'avversione a seguire una routine di esercizio fisico è stata affrontata dal 21% dei pazienti ed è risultata essere un significativo fattore predittivo di non conformità (Ali et al., 2017). Come per la dieta, chi non è stato in grado di seguire un regime di esercizio fisico, non aveva qualcuno con cui praticare tale attività e questo è stato definito come fattore di non conformità (Ali et al., 2017). L'attività fisica e il timore che la stessa possa aggravare i problemi cardiaci sono ritenuti fattori che predispongono alla non aderenza (Ali et al., 2017). Lo stesso concetto vale per l'aderenza ai farmaci: i pazienti che non hanno un partner per ricordare loro di assumere le terapie risultano essere meno complianti rispetto a quelli che hanno qualcuno vicino (Ali et al., 2017). Anche la dimenticanza, l'accessibilità economica e troppi medicamenti da assumere sono risultano essere fattori significativi (Ali et al., 2017).
Secondo questo studio la maggior parte dei pazienti che hanno dimostrato una non conformità hanno difficoltà ad accettare un nuovo stile di vita, questo potrebbe essere dovuto ai cambiamenti drastici che vengono imposti (Ali et al., 2017). Da ciò ne consegue una sensazione di negatività nei confronti delle modificazioni, con la convinzione che le restrizioni che vengono loro imposte "non hanno senso" (Ali et al., 2017). I pazienti percepiscono che la loro autonomia è minacciata, esprimono frustrazione e delusine rispetto alle cure e ai trattamenti che hanno sperimentato durante il ricovero ospedaliero e al rientro presso il domicilio (Ali et al., 2017).
I risultati dimostrano come i pazienti con la convinzione che seguire una dieta squilibrata unitamente all'incapacità di svolgere esercizio fisico, aumentino le loro probabilità di attacco cardiaco; hanno una compliance maggiore rispetto a chi non è consapevole dei rischi associati (Ali et al., 2017). La pressione sociale, le limitate opzioni disponibili nei ristoranti per una dieta a basso contenuto di grassi, la mancanza di volontà, associata anche al divertimento in compagnia di amici, sono alcuni dei motivi per i quali i pazienti non rispettano un regime alimentare nell'ambito degli incontri sociali settimanali (Ali et al., 2017).
Gli impegni lavorativi sono considerati anche dei predittori della non conformità all'esercizio fisico che richiede almeno mezz'ora; i pazienti trovano difficile ritagliare del tempo libero da dedicargli (Ali et al., 2017). Inoltre la credenza di alcuni pazienti che l'esercizio fisico aggravi i problemi cardiaci influenza notevolmente l'aderenza; secondo questo studio si ritiene che questa convinzione sia dovuta alla mancanza di istruzione dopo l'operazione (Ali et al., 2017). Pertanto è importante che i medici spieghino l'infondatezza di questa idea e nel contempo elaborino dei piani individuali per i pazienti (Ali et al., 2017).
Dallo studio è emerso che aver un sostegno morale e/o fisico o l'incoraggiamento che un partner può offrire, crea una prospettiva positiva per i cambiamenti che i pazienti devono apportare al loro stile di vita (Ali et al., 2017). Inoltre, i continui richiami da parte del partner nel caso in cui il paziente volutamente rinuncia all'esercizio, sono stati segnalati come incentivanti (Ali et al., 2017). Uno studio dimostra che il comportamento non aderente,

più comunemente segnalato, riguarda la dimenticanza dell'assunzione delle terapie, questo dimostra nuovamente l'importanza di un sostegno che può ricordare la corretta assunzione delle medicine (Ali et al., 2017). Un'altra causa che porta un paziente a non aderire al piano terapeutico è la mancata osservanza dell'assunzione di alcuni medicinali prescritti prima di averne discusso con il medico (Ali et al., 2017). Medicinali che incutono nel paziente la paura per i potenziali effetti collaterali; comunque lo studio non è riuscito a dimostrare che questo aspetto sia rilevante per l'aderenza (Ali et al., 2017). È fondamentale rendere fiduciosi coloro che seguono una terapia farmacologica; sebbene vi siano delle controindicazioni queste sono di gran lunga meno pericolose della malattia che si va a curare (Ali et al., 2017).
Nel contesto dello studio non è stata considerata in modo specifico la problematica del tabagismo e l'aderenza a diversi tipi di farmaci (in quanto alcuni hanno più effetti collaterali che potrebbero peggiorare la compliance e indurre a pregiudizi); inoltre lo studio è auto-riferito quindi può includere fattori di distorsione delle informazioni da parte del paziente (Ali et al., 2017).
In conclusione lo studio evidenzia l'importanza di un rapporto trasparente tra medico e paziente, al fine di educare i pazienti verso una migliore comprensione della loro malattia e delle implicazioni a lungo termine (Ali et al., 2017).

5.4. Articolo 2: "*DNA may not mean "did not participate": a qualitative study of reasons for non-adherence at home – and centre-based cardiac rehabilitation*"

I benefici della riabilitazione cardiaca (CR) per i pazienti affetti da infarto miocardico (MI) o della rivascolarizzazione sono ben documentati; il contenuto dei programmi di riabilitazione è variabile ma generalmente comprende l'esercizio fisico, l'educazione riabilitativa e il rilassamento (Jones et al., 2007). Lo studio Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM study) è un processo randomizzato e controllato, di riabilitazione cardiaca: una parte svolta al domicilio e l'altra presso una struttura ospedaliera (Jones et al., 2007). Lo studio BRUM ha esaminato le loro opinioni ed esperienze di CR e le ragioni per cui non partecipano o non aderiscono al loro programma riabilitativo (Jones et al., 2007). In particolare hanno ricercato i motivi per la mancata partecipazione delle donne, dei pazienti anziani e delle persone appartenenti a minoranze etniche (Jones et al., 2007).

Programmi CR

Ognuno dei quattro ospedali della sperimentazione BRUM ha gestito un programma di CR diverso, basato su un circuito di formazione interno, e sulla disponibilità del personale (Jones et al., 2007). Le strutture hanno indirizzato i pazienti verso esercizi di gruppo, combinando ad ogni sessione educazione riabilitativa e rilassamento (Jones et al., 2007). In uno degli ospedali, i pazienti hanno svolto esercizi individuali, con componenti di esercizio fisico e di educazione riabilitativa (Jones et al., 2007). Per i programmi a domicilio è stato consegnato a ogni paziente il "Manuale del cuore" (un programma di 6 settimane di esercizi combinati al movimento) con documenti audiovisivi e informazioni varie (Jones et al., 2007). Hanno ricevuto delle visite e dei follow-up telefonici per una durata di 12 settimane dalle infermiere dello studio (Jones et al., 2007).

Reclutamento per i colloqui

I partecipanti per le cure ospedaliere sono stati reclutati tra i pazienti che hanno partecipato allo studio BRUM, le infermiere hanno fornito i nomi di pazienti che non avevano aderito a un programma di CR (Jones et al., 2007). Per i pazienti del programma al domicilio il reclutamento si è basato sulla percezione da parte degli infermieri considerando l'impegno profuso dal paziente in merito alle raccomandazioni del Manuale del cuore nell'ambito dell'esercizio fisico e del cambiamento dello stile di vita (Jones et

al., 2007). Una volta svolto il campionamento, i pazienti vengono intervistati e selezionati fino a raggiungere 10 unità per categoria: donne, anziani (dai 70 anni in su), minoranze etniche e maschi di mezza età (Jones et al., 2007). Dei 131 pazienti dello studio che non hanno partecipato al loro programma, 73 (56%) sono stati contattati: di questi, 49 hanno accettato di essere intervistati, 1 è morto, 16 non hanno potuto essere contattati e 7 hanno rifiutato (Jones et al., 2007). Le interviste hanno avuto luogo dai 3 ai 20 mesi dopo la randomizzazione del processo; dei 49 pazienti, 21 erano al loro domicilio e 28 risedevano in ospedale (Jones et al., 2007).

Interviste

L'intervista semi-strutturata ha trattato argomenti relativi all'evento cardiaco dei pazienti, comprese le aspettative e l'esperienza del loro programma di riabilitazione e i cambiamenti dello stile di vita (Jones et al., 2007). Tutte le 49 interviste si sono svolte a casa del paziente in modo consensuale (Jones et al., 2007). In 14 incontri il paziente era accompagnato dal partner, in altri 2 casi dai figli; la durata della loro presenza era solitamente di 40-45 minuti; il tutto veniva registrato e trascritto (Jones et al., 2007). I motivi di non aderenza sono stati raggruppati in categorie catalitiche e la trascrizione ha consentito di identificare una ragione comune tra i pazienti che ne avevano data più di una (Jones et al., 2007).

I pazienti dei gruppi etnici minoritari erano più giovani rispetto al gruppo dei bianchi britannici (età media 59 anni contro 66) e i pazienti maschi e femmine avevano un'età simile (63.2 contro 62.6), cinque pazienti candidati al programma al domicilio, hanno preferito sostituito con quello ospedaliero e classificati come partecipanti "incensurabili" (Jones et al., 2007). I motivi per cui i pazienti non hanno frequentato o non hanno completato il programma di CR erano di diverso tipo e sono stati raggruppati in quattro categorie:

- pazienti con programmi o attività di esercizi alternativi;
- problemi di salute che interferivano con l'esercizio fisico;
- motivi personali che rendevano difficile o indesiderabile la partecipazione alla CR;
- fattori associati ai singoli programmi (Jones et al., 2007).

Nonostante la mancata aderenza al programma di CR, molti pazienti hanno continuato a esercitarsi dal profilo fisico in special modo camminando (Jones et al., 2007). Taluni sostituivano l'esercizio fisico con lavori domestici, di decorazione, di giardinaggio, ecc. considerandoli quale attività fisica adatta al loro stile di vita (Jones et al., 2007). Circa la metà dei partecipanti ha segnalato ulteriori problemi di salute che hanno influenzato lo svolgimento del programma di CR, per 16 di loro è stato un fattore chiave per la rinuncia (Jones et al., 2007). Per molti dei soggetti, gli altri problemi di salute, costituivano una barriera all'esercizio fisico ad esempio l'enfisema, l'artrite e i dolori alla schiena; nonostante ciò molti di loro hanno cercato di adattare i consigli ricevuti alle loro condizioni fisiche (Jones et al., 2007).

La mancanza di motivazione è stato un fattore di non aderenza per 10 dei 21 soggetti sottoposti a CR domiciliare; per 8 di essi è stato il motivo principale di rinuncia (Jones et al., 2007). Molti dei pazienti che svolgevano riabilitazione presso un ospedale riferiscono che, probabilmente, non sarebbero stati altrettanto motivati al domicilio (Jones et al., 2007). L'accesso ai programmi ospedalieri è stato un problema per alcuni pazienti che viaggiavano in auto o con il trasporto pubblico: tra le difficoltà per raggiungere l'ospedale emergono il traffico intenso, la mancanza di parcheggi e l'irregolarità dei servizi pubblici (Jones et al., 2007). Otto pazienti avevano partecipato alla CR a seguito di un precedente evento cardiaco: due di questi avevano smesso per cattive condizioni di salute, tre avevano riscontrato difficoltà dovute all'ubicazione del nosocomio e alla tempistica per raggiungerlo, trovando metodi alternativi per la terapia (Jones et al., 2007).

Tutti i pazienti erano informati dei cambiamenti di stile di vita utili per migliorare la loro salute e ridurre il rischio di ulteriori eventi cardiaci; molte volte, però, mancava la motivazione per apportare tali cambiamenti (Jones et al., 2007). Anche chi non era in grado o non era disposto a svolgere un programma di CR previsto dallo studio BRUM, ritenevano di aver beneficiato del programma, i pazienti al domicilio hanno anche riferito di aver imparato molto sulla malattia e sulla corretta dieta da seguire (Jones et al., 2007). La maggior parte dei pazienti ospedalizzati ha apprezzato l'atmosfera fornita dal gruppo motivandosi; chi ha partecipato a sessioni di educazione riabilitativa dichiara di aver fatto chiarezza sui farmaci (Jones et al., 2007).
Gli obiettivi della CR sono di agevolare la ripresa dei pazienti, migliorare la qualità di vita e ridurre i rischi di ulteriori eventi cardiaci (Jones et al., 2007). Secondo questo studio qualitativo si può osservare che molte persone non aderenti, intraprendono un proprio programma, modificando gli esercizi fisici e adattando i cambiamenti di stile di vita (Jones et al., 2007). Uno dei limiti è stato quello di intervistare solo pazienti che avevano accettato di partecipare allo studio, inoltre alcuni sono stati assegnati a un programma che non volevano svolgere o che non era adatto alle loro esigenze, portando il soggetto ad essere considerato "non aderente" (Jones et al., 2007). In conclusione, uno dei risultati significativi di questo studio rientra nei pazienti che non avevano frequentato o non aderito al loro programma di CR, ma hanno partecipato ad attività di riabilitazione alternativa (Jones et al., 2007). I motivi per la non partecipazione/aderenza alla CR erano generalmente multifattoriali e individualistici: i pazienti dei programmi domiciliari hanno segnalato problemi di motivazione, mentre quelli che svolgevano un programma ospedaliero oltre a quest'ultimo problema ne hanno avuti dal profilo della comunicazione e del trasporto (Jones et al., 2007).

5.5. Articolo 3: "*ICAROS (Italian survey on Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention after cardiac revascularization): primo bilancio di una grande esperienza scientifica del network riabilitativo GICR/IACPR*"

ICAROS (Italian survey on Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention after cardiac revascularization) era stato progettato partendo dalla considerazione che pochi studi avevano indagato l'aderenza a lungo termine alle terapie farmacologiche e alla modificazione dello stile di vita; il tutto in relazione con i fattori clinici, demografici e gli eventi al follow-up (Griffo et al., 2012). Gli obiettivi stilati nel corso del 2008 iniziarono ad avere dei fondamenti dopo la pubblicazione del protocollo, il completamento della scheda di raccolta dati e una serie di investigator meeting:

1. Analisi nel breve e lungo termine delle modificazioni rispetto alla terapia farmacologica cardioprotettiva, analizzata per gruppi di farmaci e per le singole molecole e dosaggi;
2. Valutazione al termine del programma di CR il raggiungimento dei targets dei fattori di rischio e verificare un anno dopo gli elementi di efficacia come l'aderenza alla terapia farmacologica, il mantenimento dei targets e degli stili di vita, l'associazione tra questi e gli eventi cardiovascolari (CV), …;
3. Identificazione dei sottogruppi di pazienti che, per caratteristiche fisiche e stile di vita pre-evento, fossero considerati a maggior rischio di non aderenza (Griffo et al., 2012).

La risposta è risultata eccellente: i ricercatori di 62 centri dei 190 registrati hanno deciso di aderire al progetto dello studio in analisi (Griffo et al., 2012). Questi centri hanno reclutato a loro volta 1262 pazienti in quattro settimane di cui 873 dopo CAGB e 389 dopo PCI, dimessi dopo aver svolto CR e le cui caratteristiche rispettassero i criteri elencati nella Tabella 1 (Griffo et al., 2012).

Tabella 1. - Caratteristiche cliniche dei pazienti ICAROS (n= 1262)

	N	%
Età > 75 anni	301	23.8
Maschi/Femmine	1000/262	79.2/20.8
CABG	873	69.2
PCI	389	30.8
IMA pregresso	398	31.5
Fumo pregresso/attuale	774	61.3
Ipertensione	925	73.3
Dislipidemia	845	67.0
Familiarità per CAD precoce	578	45.8
Sovrappeso/Obesità	282	22.4
Diabete	372	29.4
Sindrome Metabolica (NCEP-ATP3)	322	25.5
Comorbilità	418	33.1
Complcanze fase acuta	533	42.2

Abbreviazioni: CABG = bypass aortocoronarico; PCI = angioplastica coronarica percutanea; IMA = infarto miocardico acuto; CAD = cardiopatia ischemica.

Tabella 1: *Caratteristiche cliniche dei pazienti ICAROS* (Griffo et al., 2012).

Solamente 30 pazienti sono stati persi durante il follow-up di un anno e 68 hanno rifiutato di rilasciare il consenso (Griffo et al., 2012). Inoltre gli elementi del programma di CR sono risultati adeguati secondo le prescrizioni delle Linee Guida nazionali ed internazionali: dalla durata dell'intervento, agli aspetti valutativi e a quelli specificatamente riabilitativi (Griffo et al., 2012).
I risultati di questo studio dimostrano che i pazienti sottoposti a CAGB o PCI arrivano in un programma di riabilitazione cardiaca con una terapia cardioprotettiva ottimale, fatta eccezione per gli antiaggreganti (Griffo et al., 2012). Un risultato sicuramente significativo è la persistenza della terapia un anno dopo l'intervento riabilitativo (vedi tabella 2) con un'aderenza ottima e con un incremento di posologia per alcune categorie farmacologiche come ACE-inibitori e beta bloccanti (Griffo et al., 2012).

Tabella 2. - Prescrizione Terapeutica all'ingresso in CR, alla dimissione e ad un anno

Classe di Farmaci	All'ingresso in CR	Alla dimissione CR	p (ingresso CR vs dimissione CR)	Ad un anno di follow-up	p (dimissione CR vs 1 anno di follow-up
ACE-I/Sartani	57.5	77.7	<.0001	81.1	ns
Beta-bloccanti	67.4	80.8	<.0001	80.7	ns
Statine	67.5	86.3	<.0001	87.0	ns
ASA/Antiaggreganti	91.8	91.7	ns	94.0	ns

Abbreviazioni: CR = cardiologia riabilitativa; ACE-I = ACE-inibitori; ASA = acido acetilsalicilico.

Tabella 2: *Prescrizione terapeutica all'ingresso in CR, alla dimissione e ad un anno* (Griffo et al., 2012).

Dopo un programma di CR il controllo rispetto ai fattori di rischio è oggettivamente buono e la percentuale di pazienti che riescono a raggiungere i targets rimane invariata nel corso di un anno; pur confermando che la circonferenza della vita delle donne e i valori di LDL nei pazienti diabetici rimangono ancora fattori di rischio difficili da controllare (Griffo et al., 2012). Gli stili di vita sani adottati dai pazienti risultano persistere ad un anno dal programma riabilitativo, andando pure a migliorare (Tabella 3): del 62% dei fumatori solo il 10% decide di riprendere a fumare dopo un anno, il 70% aderisce completamente ad una dieta mediterranea e un paziente su due continua ad eseguire esercizio fisico 3 o più volte alla settimana (Griffo et al., 2012). La categoria dei pazienti definita "non aderente" dopo un anno alla terapia farmacologica e al cambiamento di stile di vita sono risultati il 9% (Griffo et al., 2012). Un dato emerso è quello relativo alla possibilità di poter individuare dei gruppi di pazienti considerati a maggior rischio di non aderire alle terapie medicamentose (Griffo et al., 2012). I giovani riprendono più facilmente a fumare, i sedentari e coloro che vivono da soli risultano a maggior rischio di non seguire la dieta, gli anziani e i pazienti dopo PCI hanno la tendenza a rimanere sedentari, mentre i pazienti sottoposti a CABG rischiano di non aderire ai farmaci (Griffo et al., 2012).
Lo studio condotto da ICAROS ha permesso di identificare un cluster di pazienti (anziani e con comorbidità) ritenuti a maggior rischio di non riuscire a mantenere gli obiettivi di prevenzione secondaria, ovvero: corretta alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica e la non sedentarietà (Griffo et al., 2012). Nonostante non si sia evidenziata un'associazione di questi "bad pattern" con un maggior rischio di eventi al follow-up, sembrano essere proprio questi i pazienti in cui un programma di CR intensivo continuativo e personalizzato potrebbe essere costo-efficace (Griffo et al., 2012).
Nell'anno successivo al programma di CR 142 pazienti hanno avuto un evento cardiaco, molto più frequentemente nei pazienti PCI (Griffo et al., 2012). La mortalità risulta essere del 2.1%, così come quella riconducibile a CV confermando come la categoria rappresentate i rivascolarizzati sia a basso rischio di eventi potenzialmente fatali (Griffo et al., 2012). Gli eventi non fatali sono risultati anch'essi non trascurabili: l'IM viene riscontrato nel 1.5%, le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco per il 4%, mentre quelle per angina sono risultate più frequenti nei pazienti PCI, come le rivascolarizzazioni non programmate (Griffo et al., 2012). Quindi secondo un analisi multivariata, l'età uguale o superiore a 75 anni, il diabete, PCI come evento indice e il fumo sono stati considerati dei predittori di eventi CV (Griffo et al., 2012).
In conclusione questo studio ritiene che è ancora necessario implementare la prevenzione secondaria dopo rivascolarizzazione, in particolar modo mettendo in pratica delle modalità di intervento personalizzate ed ottimizzate (Griffo et al., 2012).

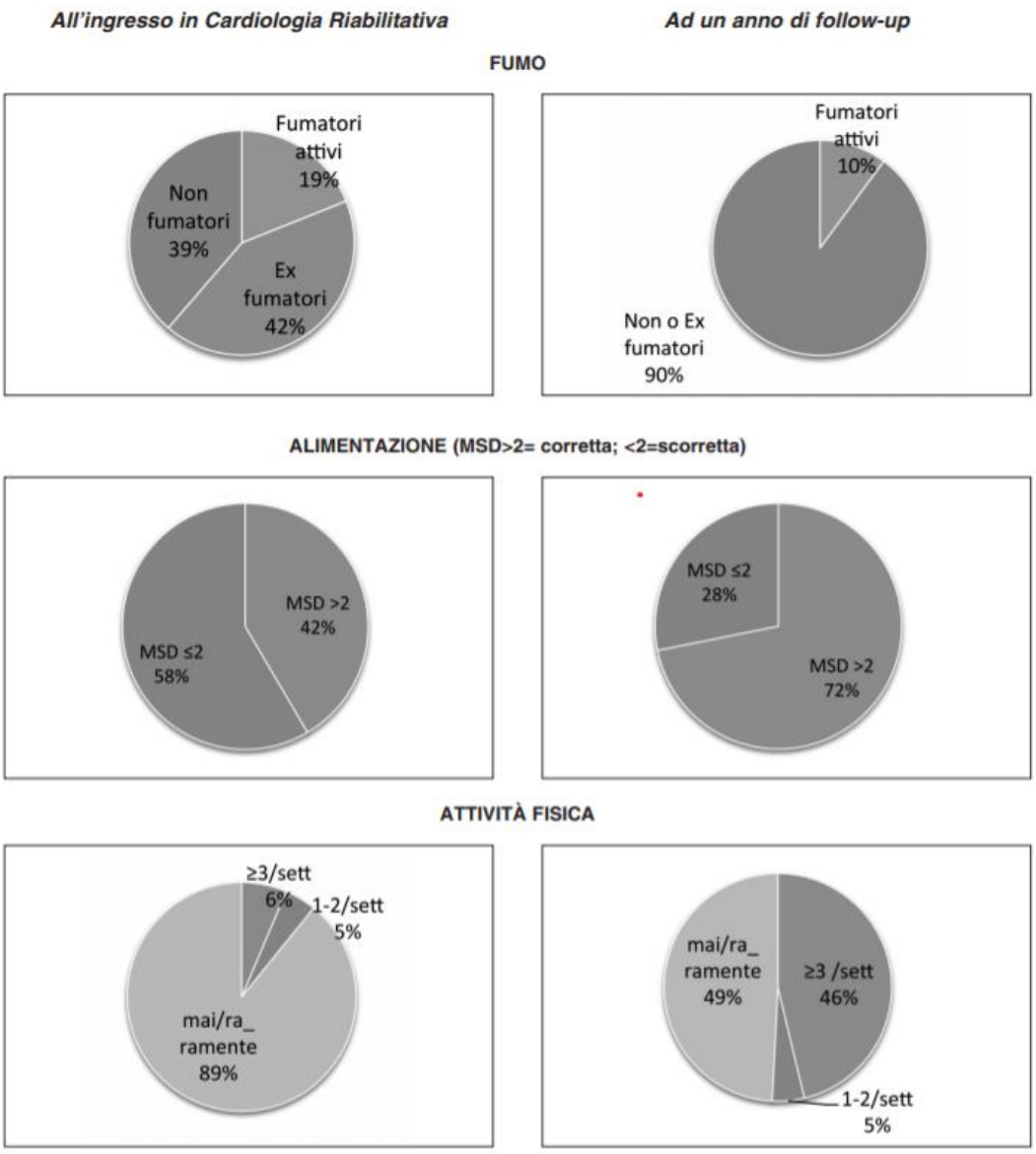

Figura 1. - Modifiche dello stile di vita all'ingresso in CR e ad un anno dalla dimissione.

Tabella 3: *Modifiche dello stile di vita all'ingresso in CR e ad un anno dalla dimissione* (Griffo et al., 2012).

5.6. Articolo 4: "*Patients' adherence to optimal therapeutic, lifestyle and risk factors recommendations after myocardial infarction: six years follow-up in primary care*"

La sopravvivenza nei pazienti con IM senza un sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) è migliorata in Francia tra il 1995 e il 2010, dove il tasso di decesso in un anno si è ridotto dal 20% al 9.8% (Dibao-Dina et al., 2018). I fattori che hanno determinato la riduzione delle percentuali includevano strategia più invasive con interventi coronarici percutanei precoci, all'utilizzo di anticoagulanti anziché eparina non frazionata e l'uso precoce di antipiastrinici, betabloccanti, inibitori enzimatici di conversione dell'angiotensina (ACEIs) e statine (Dibao-Dina et al., 2018). Nonostante tutto il lavoro svolto, la sopravvivenza a lungo termine dopo un IM non risulta essere migliorata (Dibao-Dina et al., 2018). Per ridurre tale mortalità, le line guida internazionali raccomandano degli interventi basati sul cambio di stile di vita, il controllo dei fattori di rischio e il trattamento combinato di betabloccanti, aspirina (clopidogrel, statine e ACEI o betabloccanti del recettore dell'angiotensina) dopo un IM (Dibao-Dina et al., 2018). Ciò nonostante, la non aderenza al trattamento è risultata essere frequente e influisce negativamente sulla sopravvivenza

del paziente sul lungo termine (Dibao-Dina et al., 2018). Lo scopo di questo studio è quello di analizzare l'osservanza a lungo termine da parte dei sopravvissuti post IM prefiggendosi obiettivi basati su evidenze terapeutiche, stili di vita e fattori di rischio dopo 6 dall'evento (Dibao-Dina et al., 2018).
Sono stati reclutati i pazienti che hanno subito un'angioplastica coronarica per IM nel centro ospedaliero universitario di Tours tra gennaio e giugno 2009, includendo pazienti con: sindrome coronarica acuta, elevazione del segmento ST e/o con elevazione del segmento ST con livello elevato di troponine (Dibao-Dina et al., 2018). Venivano invece esclusi quelli senza dati amministrativi, chi ha subito un'angioplastica coronarica diagnostica, coloro morti prima della dimissione o che sono stati seguiti solo dal centro ospedaliero universitario (Dibao-Dina et al., 2018). I dati sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche dei soggetti che elencavano: età, nome del medico, data dell'IM, presenza di fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete, fumo), risultati delle analisi del sangue nella fase iniziale (glicemia e livelli di colesterolo lipoproteico a bassa densità ed emoglobina glicata per i pazienti diabetici) e la frazione di eiezione ventricolare sinistra (Dibao-Dina et al., 2018). È stata inoltre segnalata la presa a carico iniziale dell'IM, specificando la presenza di uno stend o di un intervento bypass coronarico unitamente al trattamento medico alla dimissione (Dibao-Dina et al., 2018). I dati sono stati completati trasmettendo dei questionari ai medici generalisti dei pazienti presi in considerazione dopo 6 mesi e rispettivamente 1 anno dall'intervento per valutare il mantenimento delle raccomandazioni terapeutiche, dello stile di vita ed il controllo dei fattori di rischio (Dibao-Dina et al., 2018). Il trattamento raccomandato includeva il "BASI": Betabloccanti, inibitore Aggregazione piastrinica, le Statina e gli Inibitori dell'ACE (Dibao-Dina et al., 2018). Inoltre, le raccomandazioni riguardanti lo stile di vita comprendevano l'abbandono del tabacco e lo svolgimento dell'attività fisica regolare (Dibao-Dina et al., 2018). La gestione raccomandata per il controllo dei fattori di rischio e il raggiungimento degli obiettivi comprendeva: livello di LDL (<1 g/L), pressione arteriosa (<140/90 mmHg) e HbA1C (<6.5%) unicamente per i pazienti diabetici (Dibao-Dina et al., 2018). A 6 anni dalla distribuzione, il questionario è stato completato evidenziando eventi cardiovascolari, eventi fatali, morbidità che interferiva con il trattamento raccomandato post IM, attività fisica (almeno una volta alla settimana: ciclismo, nuoto, correre o camminare per più di 1 o 2 ore) e partecipare a un programma di CR (Dibao-Dina et al., 2018). I dati sono stati raccolti tramite un modulo standardizzato creato comunemente con gli autori e testato da tre medici generali indipendenti e non inclusi nello studio (Dibao-Dina et al., 2018). Il questionario è stato gestito telefonicamente o tramite colloqui personali da due ricercatori; quando taluni sezioni da compilare a cura del medico non erano conosciute, questi usufruiva dell'opportunità di contattare il paziente previo il necessario consenso scritto (Dibao-Dina et al., 2018). Il risultato principale è stato raggiunto in tutte le prescrizioni terapeutiche, stile di vita e raccomandazioni per il controllo dei fattori di rischio: i risultati secondari sono stati analizzati separatamente per ogni risultato raccomandato: ogni classe terapeutica, cessazione del tabagismo, attività fisica e ogni obiettivo di fattore di rischio (Dibao-Dina et al., 2018). Per determinare i predittori del raggiungimento di tutti gli obiettivi raccomandati, è stata utilizzata una regressione logistica univariabile e l'analisi dei risultati rispetto al trattamento (BASI), stile di vita e controllo dei fattori di rischio, consiedrando l'età, la riabilitazione cardiaca e il tipo di follow-up (Dibao-Dina et al., 2018). I dati sono stati presentati come rapporti di probabilità (OR) con intervalli di fiducia associati al 95% (IC) (Dibao-Dina et al., 2018).
Infine sono stati inclusi nell'analisi 97 dei 185 pazienti che hanno subito un'angioplastica coronarica tra gennaio e giugno 2009 (Dibao-Dina et al., 2018).

Il trattamento è stato modificato dal medico generico su consiglio del cardiologo per il 75% dei pazienti, dal medico generico e dal cardiologo per il 12% e dal solo medico generico per il 5% dei soggetti; per il restante 7% dei pazienti non c'è stata alcuna modifica del trattamento (Dibao-Dina et al., 2018).

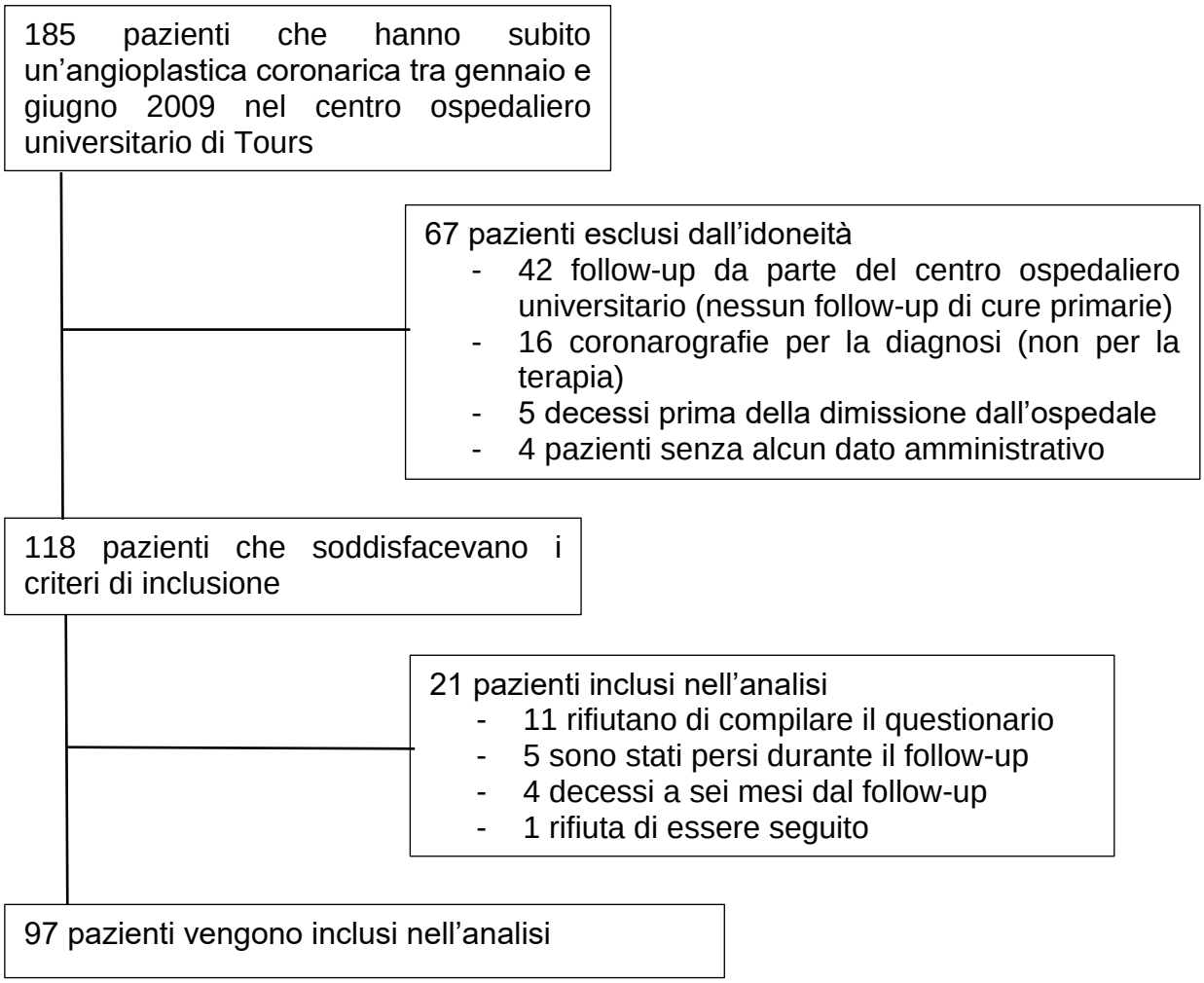

Tabella 4: *Grafico riassuntivo della fase di selezione dei soggetti* (Dibao-Dina et al., 2018).

Di seguito vengono riportati i dati degli eventi non fatali dopo 6 mesi, 1 anno e 6 anni dall'inizio dello studio:

- 6 mesi (44.3%);
  - 12 avevano in programma un'angioplastica;
  - 10 hanno eseguito un'angioplastica urgente;
  - 10 hanno avuto un'IM;
  - 9 hanno sofferto di insufficienza cardiaca acuta;
  - 2 sono stati sottoposti da un intervento coronarico di passaggio;
- 1 anno (18.7%);
  - 4 pazienti hanno subito un'angioplastica urgente;
  - 4 sono stati colpiti da un infarto del miocardio;
  - 3 hanno sofferto di insufficienza cardiaca acuta;
  - 4 sono stati sottoposti ad un intervento coronarico di passaggio;
  - 2 ad un'angioplastica programmata;
  - 1 ha subito un ictus;

- 6 anni (29%);
    - 9 eventi di sindrome coronarica acuta;
    - 5 eventi di malattie arteriose periferiche;
    - 5 eventi di insufficienza cardiaca acuta;
    - 3 eventi di disturbi del ritmo;
    - 2 eventi di malattie cerebrovascolari (Dibao-Dina et al., 2018).

Un totale del 10% dei pazienti ha raggiunto gli obiettivi raccomandati rispetto alle prescrizioni di trattamento, fattori di rischio e obiettivi di stile di vita (Dibao-Dina et al., 2018).

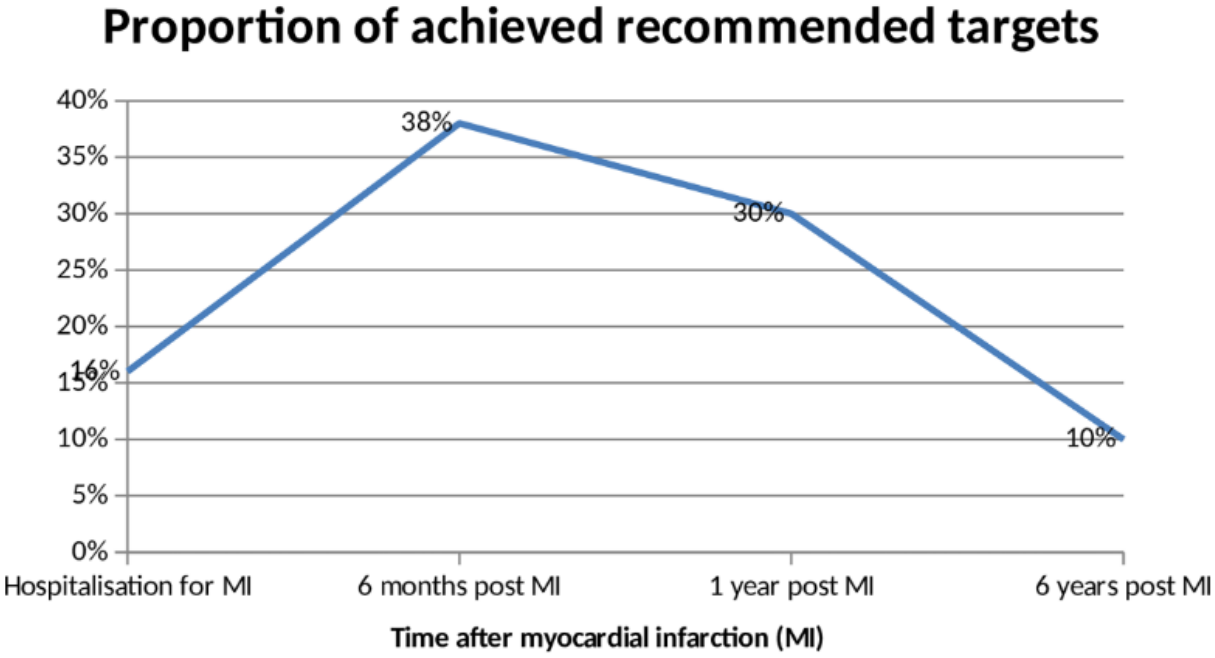

Fig 2. Proportion of achieved recommended targets over time.

Tabella 5: *Percentuale di obiettivi raccomandati raggiunti* (Dibao-Dina et al., 2018).

Dei 12 pazienti che non hanno ricevuto dei betabloccanti in terapia i motivi sono stati: bradicardia, malattia polmonare ostruttiva cronica, malattia arteriosa periferica e sintomi di malattia di Raynaud (Dibao-Dina et al., 2018). Dei 27 pazienti (44%) che hanno riferito di aver seguito un programma di riabilitazione cardiaca in un centro specifico, dal 9% al 33% dichiara di aver svolto l'attività fisica raccomandata come bicicletta, nuoto o passeggiata per almeno 2 ore alla settimana, mentre l'8.5% non ha effettuato un programma di CR (Dibao-Dina et al., 2018). Per quanto riguarda la cessazione del consumo di nicotina, è richiesta una specifica strategia di gestione per poter ridurre tale tasso: ad esempio interventi psicosociali con terapie sostitutive della nicotina in un popolazione post IM (Dibao-Dina et al., 2018).

Nonostante alcune limitazioni, questo studio risulta essere originale in quanto è stato effettuato in un ambiente di pratica generale; i dati sono stati raccolti dal medico generico che ha lavorato in collaborazione con un cardiologo per la maggior parte degli adattamenti terapeutici (Dibao-Dina et al., 2018). Questo dimostra l'importanza di intensificare la ricercar rispetto alla collaborazione tra professionisti esterni all'ospedale e l'efficienza in termini di raccomandazioni dopo la dimissione (Dibao-Dina et al., 2018). La CR sembra essere l'unico fattore che ha notevolmente migliorato il numero di obiettivi terapeutici raccomandati e raggiunti, la riabilitazione cardiaca era già associata ad una migliore prognosi a sei mesi dopo l'IM (Dibao-Dina et al., 2018). D'altronde la dimensione del campione e la mancanza di dati possono aver portato alla mancata rilevazione di

alcuni predittori del raggiungimento degli obiettivi terapeutici raccomandati come il sesso, le comorbidità o le condizioni sociali (Dibao-Dina et al., 2018).
Il programma di riabilitazione cardiaca è stato personalizzato e consisteva in un allenamento quotidiano (camminare, andare in bicicletta, correre e/o nuotare), associato ad un monitoraggio dietetico e ad un'educazione terapeutica eseguita da un team multidisciplinare con medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti e dietologi (Dibao-Dina et al., 2018). L'esecuzione di un programma come quello descritto potrebbe essere un modus operandi per diminuire la morbilità e la mortalità post IM anche dopo 6 anni dall'evento (Dibao-Dina et al., 2018).
Questo studio conclude dicendo, come la riabilitazione cardiaca potrebbe essere un modo per migliorare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici raccomandati dopo un infarto del miocardio (Dibao-Dina et al., 2018).

5.7. Tabella riassuntiva: risultati

Motivi di mancata aderenza al piano terapeutico

Solitudine, mancanza di un sostegno	Ali et al., 2017 Jones et al., 2007 Griffo et al., 2012
Impegni personali, professionali	(Ali et al., 2017) (Jones et al., 2007)
Fattori psicologici, mancata motivazione	(Ali et al., 2017) (Jones et al., 2007)
Difficoltà ad accettare il nuovo stile di vita	(Ali et al., 2017) (Griffo et al., 2012)
Fattori economici, logistici	(Ali et al., 2017) Jones et al., 2007
Fattori legati alla terapia farmacologica	Ali et al., 2017 Dibao-Dina et al., 2018

6. Discussione

Alla fine dell'analisi dei testi soprariportati, posso concludere che la mancata aderenza ad un programma di riabilitazione cardiaca non è dovuta ad un solo fattore, bensì alla concomitanza di eventi e stati psicologici in cui si trova il paziente.
È infatti risultato che in un analisi generale, i fattori principali che possono portare un paziente a non aderire ad un piano terapeutico possono essere il rapporto che esso ha con la sua malattia, il fatto di vivere da solo e non essere sostenuto durante il processo di cambio di stile di vita, la mancata conoscenza rispetto all'importanza della terapia farmacologica, gli impegni personali e professionali, i fattori psicologici come l'ansia e la depressione e le convinzioni sui benefici dei farmaci e dell'esercizio fisico. Rispetto alla terapia medicamentosa risultano ulteriori fattori che portano il paziente a non aderire al piano terapeutico come: l'assunzione di molteplici terapie giornaliere, la mancanza di soldi e il costo eccessivo, la dimenticanza della loro assunzione e la paura degli effetti collaterali.
Andando più nello specifico, analizzando la riabilitazione cardiaca nei suoi "step", ovvero dieta, esercizio fisico e farmaci, possiamo notare come i motivi che portano la persona a non aderire risultino diversificati.

6.1. Dieta

Secondo ciò che ho letto nei quattro articoli scientifici, ritengo che sia il fattore più complicato da modificare ed integrare nella quotidianità di una persona. Infatti la maggioranza dei pazienti non aderisce alla dieta, al secondo posto per ordine di non aderenza segue l'esercizio fisico ed infine la terapia farmacologica (Ali et al., 2017).
Nel primo articolo risulta che i fattori che inducono una persona a non adempiere al cambiamento di dieta sono soprattutto gli incontri sociali più di una volta alla settimana; infatti uscire a cena con gli amici non solo psicologicamente può indurre il paziente a pensare di poter "sgarrare" dalla dieta, ma risulta ancora più complesso la ricerca di ristoranti che soddisfino gli standard di alimenti poveri di grassi (Ali et al., 2017). Riferiscono inoltre che non avere un partner e/o un amico con cui poter seguire la dieta è un fattore di rischio per l'aderenza, così come la pressione sociale che percepiscono (Ali et al., 2017; Griffo et al., 2012). Sia nel primo articolo che nel secondo emerge che la volontà di cambiamento è una componente, difatti in entrambi gli studi risulta esserci una parte di pazienti che hanno indicato la poca volontà di cambiare dieta (Ali et al., 2017; Jones et al., 2007). Infine il terzo articolo illustra una correlazione tra i pazienti considerati sedentari e la mancata aderenza alla dieta (Griffo et al., 2012).

6.2. Esercizio fisico

Sempre dai tre studi emergono motivazioni differenti nell'intraprendere l'esercizio fisico. Nel primo i pazienti riferiscono che la mancanza di un partner o di una amico con cui svolgere l'attività fisica, sia uno dei motivi per cui non sono aderenti alla riabilitazione cardiaca; unitamente dal timore che essa possa aggravare lo stato di salute (Ali et al., 2017).
Il secondo mette in risalto come altre problematiche relative allo stato di salute tra i quali il programma di riabilitazione cardiaca troppo impegnativo dal punto di vista fisico, la mancanza di motivazione, la difficoltà ad arrivare in struttura, sono i motivi che hanno spinto i pazienti a non aderire al loro studio (Jones et al., 2007). Il terzo dimostra che sono soprattutto le persone anziane ed affette da altre patologie a non essere aderenti alla CR (Griffo et al., 2012).
L'unico punto comune riscontrato rientra negli impegni lavorativi e nelle motivazioni personali che possono indurre i pazienti a non svolgere il loro programma, infatti il fattore

“tempo” è emerso in entrambi gli studi, dimostrando come per alcuni pazienti è difficile potersi dedicare 30 minuti per lo svolgimento dell’attività fisica giornaliera (Ali et al., 2017; Jones et al., 2007).

6.3. Terapia farmacologica

La terapia farmacologica, come abbiamo visto all’inizio, risulta essere l’ambito con maggiori dubbi e timori da parte dei pazienti anche se i motivi di non aderenza sono risultati all’incirca gli stessi per tutti gli articoli scientifici.
Innanzitutto la mancanza di un partner che ricordi al paziente di assumere la terapia per evitare dimenticanze, soprattutto se il paziente è una persona è anziana, è un aspetto molto importante da considerare (Ali et al., 2017; Griffo et al., 2012). Anche dal punto di vista infermieristico bisogna sempre verificare con il paziente se necessita di una preparazione delle terapie presso una farmacia o se ha qualcuno che lo aiuti così da poter ovviare a dimenticanze o errori nell’assunzione delle medicine.
Anche l’aspetto finanziario è risultato essere importante per i pazienti; il costo dei medicamenti e le possibilità economiche possono spingere il paziente a non assumere la terapia (Ali et al., 2017).
Un altro aspetto emerso in due studi è la politerapia: infatti molti pazienti hanno riferito di assumere troppi medicamenti e molteplici principi attivi con il presunto rischio di interazioni e potenziali conseguenze per la loro salute (Ali et al., 2017; Griffo et al., 2012).
Infine bisogna tener conto degli aspetti sui quali il paziente purtroppo, non ha controllo come la corretta assunzione secondo la prescrizione delle terapie. Infatti nel quarto studio in analisi risulta una difficoltà nella prescrizione di medicamenti cardioprotettivi da parte dei medici come ad esempio il betabloccante per un paziente bradicardico (Dibao-Dina et al., 2018). Ovviamente questi non sono fattori che dipendono dalla volontà del paziente, ma nello studio sono stati comunque classificati come “non aderenti”.

Si può quindi concludere, sulla scorta dei risultati ottenuti, che la causa principale di non aderenza ad un piano di riabilitazione cardiaca è la mancanza di un partner e/o di un amico che sostenga il paziente durante la fase del cambio di stile di vita.
Infatti uno studio evidenzia in maniera particolare questo aspetto, viene indicato come nell’avere un sostegno possa essere determinante per l’aderenza al piano terapeutico. Il continuo e costante incoraggiamento, risulta essere positivo per stimolare i cambiamenti relativi allo stile di vita (Ali et al., 2017). Si sottolinea pure l’importanza nell’aiutare il paziente nell’evitare le dimenticanze delle terapie farmacologiche (Ali et al., 2017). Anche il “rimprovero” è risultato essere utile per interagire con il paziente nel caso in cui volesse rinunciare a seguire il programma terapeutico, soprattutto per rispettare l’esercizio fisico (Ali et al., 2017).
Come viene spiegato nel quadro teorico, presso il Cardiocentro Ticino vengono appositamente svolti dei corsi aperti anche al partner e/o amici e/o parenti, rendendoli così partecipi e informati sui cambiamenti che il paziente deve attuare e seguire. Questa condivisione di informazioni sicuramente giova alla persona di sostegno per procedere ai necessari cambiamenti, in sostegno a questa fase delicata del trattamento.

6.4. Correlazione con il quadro teorico

L’OMS definisce l’aderenza terapeutica come l’adesione alle prescrizioni terapeutiche, l’assunzione dei farmaci e la modificazione delle proprie abitudini di vita (come la dieta e l’attività fisica) (World Health Organization, 2003). La mancanza di uno di questi elementi (non sono stati riportati tutti, bensì quelli che rispecchiano gli studi analizzati in precedenza) può indurre a considerare il paziente non aderente. Non sempre questi

indicatori vengono rispettati per molteplici motivi, conseguentemente il paziente viene considerato “non aderente”.
Si evince come i fattori che portano il paziente a non aderire alla terapia, possono essere non intenzionali (ovvero per una mancanza di risorse utili al paziente), interni (come la dimenticanza della terapia) ed esterni (fattori economici) (Medicine Men, s.d.). Questi tre aspetti li ritroviamo negli studi analizzati, ma senza essere catalogati. Infatti se si prendono tutti gli elementi considerati interferenti con l’aderenza si possono assoggettare all’interno delle categorie sopracitate.
Ritengo che una grande parte dell’aderenza del paziente sia dovuta all’educazione terapeutica che viene impartita dall’infermiere in ospedale. Infatti l’obiettivo dell’educazione è quello di rallentare l’evoluzione della malattia, prevenire complicanze evitabili, gestire in tutta sicurezza la terapia farmacologica, assumere stili di vita sani e compatibili con la persona e garantire la qualità di vita del paziente (Saiani & Brugnolli, 2013). Se questi sono gli obiettivi di una corretta educazione terapeutica, si può pensare che se eseguita non correttamente, il paziente può non comprendere appieno l’importanza delle prescrizioni che gli vengono date e del programma di riabilitazione. Ad esempio un paziente anziano che vive a casa solo, secondo quanto emerso dall’analisi degli studi, avrà bisogno di una persona che lo aiuti con la preparazione delle terapie, che sia integrato in un gruppo per l’attività fisica (come le passeggiate organizzate dal cardiocentro) e che venga valutata una corretta alimentazione.

7. Conclusione

Prima di procedere alla conclusione del Lavoro di Tesi, vorrei esporre una riflessione su alcuni aspetti che ritengo importanti e meritevoli di essere evidenziati.

7.1. Relazione con la pratica professionale

Ritengo sia importante fare una correlazione tra quanto emerso dalla ricerca e l'ambito lavorativo, per prevenire gli aspetti di una potenziale non aderenza nell'ambito pratico.
Prima di tutto è fondamentale applicare una corretta educazione terapeutica per far comprendere al paziente l'importanza dei programmi di riabilitazione cardiaca e del piano terapeutico; così facendo non saranno più considerati un obbligo o un'imposizione, ma un investimento sulla propria salute. Risulta importante valutare il tipo e tenore di vita antecedente alla malattia al fine di comprendere al meglio le necessità del paziente e valutare i cambiamenti che dovranno essere apportati. Bisogna considerare molteplici aspetti della vita del paziente finalizzati all'adesione del piano, come la situazione famigliare ed economica, la possibilità di effettuare spostamenti, altre patologie che possono rendere la riabilitazione difficoltosa o impossibile.
Da ciò ci si può collegare all'importanza di fare un piano personalizzato per il paziente; non si può esigere che l'esercizio fisico svolto da un uomo di 50 anni sia lo stesso per un uomo di 90. Anche le richieste riguardanti lo stile di vita devono essere concordate con il paziente e personalizzate. Se ad un paziente che per 30 anni ha fumato un pacchetto di sigarette al giorno gli chiediamo di smettere definitivamente sicuramente non smetterà, anzi svilupperà quasi sicuramente ostilità verso il piano terapeutico. Se contrariamente, si concorda di dimezzarne la quantità giornaliera, questi avvertirà una sensazione di autocontrollo sulla sua salute, noi avremo ottenuto una riduzione del fumo e un paziente più incline ad aderire alla riabilitazione cardiaca. Lo stesso concetto si può applicare anche alla dieta, all'esercizio fisico e a molteplici altri aspetti. Più complesso risulta "scendere a compromessi" al riguardo delle terapie farmacologiche. Uno dei motivi di non aderenza emersi durante l'analisi degli studi è stata proprio la quantità di medicamenti che il paziente deve assumere. Molti medicamenti possono dare effetti collaterali anche invalidanti che interferiscono notevolmente con le attività di vita quotidiana. Durante il mio stage presso il Cardiocentro mi è capitato di sentire pazienti affermare che i farmaci provocavano difficoltà respiratorie e quindi non erano più in grado di svolgere le attività fisiche di prima, sentendosi invalidati. A seguito di ciò, taluni hanno deciso di interrompere la somministrazione di propria iniziativa senza consultare il medico curante o il cardiologo.
È quindi importante che si instauri una relazione di fiducia tra medico e paziente e/o infermiera e paziente così da poter intervenire rapidamente al sorgere di eventuali disturbi evitando così pericolose iniziative che possono gravemente nuocere alla sua salute.
Per quanto riguarda il sostegno da parte di una figura di riferimento che sia in grado di aiutare il paziente a rimanere fedele al piano terapeutico, lo si deve concordare con lo stesso ricercando la persona idonea. A mio parere, sarebbe opportuno svolgere un colloquio con loro e spiegare al caregiver quali saranno i suoi "compiti" nella presa a carico del paziente verificando che vi sia realmente la disponibilità. Nei pazienti anziani, risulta sempre più complesso trovare tale figura, in quanto molti sono vedovi, o i figli ormai non vivono più con loro. Per questa categoria di persone, si può discutere sull'assunzione di una badante che rimanga con lui/lei durante la giornata.
Come viene spiegato nel capitolo 2.3., presso il Cardiocentro vengono organizzati molteplici corsi aperti anche ai famigliari dei pazienti. È nostro compito anche stimolare la partecipazione del caregiver a questi corsi, così da informare sull'importanza delle terapie e del piano terapeutico in modo tale che divenga un importante alleato per l'aderenza del paziente. Inoltre è fondamentale spiegare ai pazienti che nel caso di

bisogno, esistono pure dei programmi di assistenza psicologica a cui potersi appoggiare. Sottolineo che andare ad usufruire di questi programmi, gestiti da personale specializzato, non significa “essere pazzi” (come asserito dai pazienti) o “non riuscire da soli”; ma è una possibilità per poter parlare di quanto sta succedendo, di potersi liberare da alcuni dubbi e, magari, riuscire ad alleviare lo stress che la maggior parte delle volte, è proprio la causa della malattia.

7.2. Riflessione personale conclusiva del percorso svolto

Giunta al termine del mio lavoro di Bachelor sono soddisfatta del lavoro svolto a fronte delle difficoltà affrontate, sentendomi appagata sia dal profilo professionale che scolastico.
Non è stato un percorso facile, ho riscontrato molte difficoltà nel reperire la letteratura necessaria. Infatti ho impiegato quasi 8 mesi di ricerca prima di trovare quei pochi articoli necessari per eseguire una revisione della letteratura. Il fatto che sia un tema così soggettivo credo sia stato il problema principale, legato al fatto che volevo considerare la riabilitazione cardiaca nel suo insieme e non analizzare solo un aspetto di essa. Infatti ho trovato articoli che consideravano l’aderenza terapeutica solo rispetto alla dieta o all’esercizio fisico, ma solo i quattro riportati sopra considerano tutti gli aspetti della CR.
Anche il luogo in cui venivano svolte le ricerche è stato d’impedimento, infatti avevo trovato articoli che rispecchiavano i miei criteri di inclusione tranne che per il luogo: paesi come l’Africa ritengo non potessero dare dei risultati applicabili anche alle nostre latitudini per questioni economiche e sanitarie.
Anche se questo scritto è basato sugli aspetti cardio-vascolari, l’aderenza terapeutica è un argomento che si può assoggettare a qualsiasi patologia cronica, pertanto farò tesoro di quello appreso per potermi sempre migliorare nell’ambito della pratica professionale, garantendo così ai pazienti un ulteriore possibilità per comprendere come cambiare a favore della propria salute.
Ho anche imparato l’importanza della ricerca basata sull’Evidence Based Practice e come muovermi correttamente all’interno delle banche dati. Inizialmente non ero molto agile nel loro utilizzo, ma con il passare del tempo e l’utilizzo quotidiano ho preso dimestichezza e confidenza con esse.
Spero che questo mio lavoro potrà servire ai professionisti della salute permettendo loro di comprendere meglio i motivi per cui i pazienti non sempre sono aderenti e di poter prevenire eventi avversi facilmente evitabili. Spero che prendano questo scritto come spunto di riflessione per poter costruire una relazione duratura con il paziente cronico e che si possa sempre più personalizzare i piani terapeutici in comune accordo con la persona malata.

8. Ringraziamenti

Vorrei ringraziare con il cuore il Prof. Maurizio Belli, che è stato al mio fianco durante tutto il percorso aiutandomi nei momenti di difficoltà, convincendomi a rimanere concentrata sul Lavoro di Tesi.

Ringrazio la mia famiglia, che mi è stata di supporto, non lasciandomi mai sola e cercando di aiutarmi sempre e comunque. Il loro sostegno mi ha dato la forza per andare avanti, per dedicare tutta me stessa al lavoro che stavo svolgendo e incoraggiandomi sempre a dare di più!

Per ultimo, ma non per importanza, un grazie va anche a tutti i miei amici, che hanno sopportato i miei momenti di sconforto, in particolar modo Laura che è stata colei che più di tutti mi ha ascoltata, aiutata e sostenuta in ogni momento.

Bibliografia

Ali, M. A., Yasir, J., Sherwani, R. N., Fareed, M., Arshad, F., Abid, F., Arshad, R., Ismail, S., Khan, S. A., Siddiqui, U., Muhammad, M. G., & Fatima, K. (2017). Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study. *Indian Heart Journal*, *69*(4), 469–473. https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.05.017

Cardiocentro Ticino, & Associated Institute of the University of Zurich. (s.d.). *Cardiocentro Ticino*. Cardiocentro Ticino. Recuperato 23 agosto 2019, da https://www.cardiocentro.org/it/specialita/cardiologia/cardiologia-riabilitativa-e-preventiva/

Coughlan, P. C. F. R. M. (2013). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Dibao-Dina, C., Angoulvant, D., Lebeau, J.-P., Peurois, J.-E., Abdallah El Hirtsi, K., & Lehr-Drylewicz, A.-M. (2018). Patients' adherence to optimal therapeutic, lifestyle and risk factors recommendations after myocardial infarction: Six years follow-up in primary care. *PloS One*, *13*(9), e0202986. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202986

Elliott, R. (2009). Non-adherence to medicines: Not solved but solvable. *Journal of Health Services Research & Policy*, *14*(1), 58–61. https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008088

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-a). *Angina pectoris—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Fondazione Svizzera di Cardiologia. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/angina-pectoris.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-b). *Aritmie cardiache—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Fondazione Svizzera di Cardiologia. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/aritmie-cardiache.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-c). *Arresto cardiocircolatorio—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Fondazione Svizzera di Cardiologia. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/arresto-cardiocircolatorio.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-d). *Infarto cardiaco—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Fondazione Svizzera di Cardiologia. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/infarto-cardiaco.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-e). *Insufficienza cardiaca—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Fondazione Svizzera di Cardiologia. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/insufficienza-cardiaca.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-f). *Malattia coronarica—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/malattia-coronarica.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-g). *Medicamenti—Fondazione Svizzera di Cardiologia* [Fondazione Svizzera di Cardiologia]. Recuperato 21 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/trattamenti/trattamenti/medicamenti.html

Griffo, R., Temporelli, P. L., Fattirolli, F., Ambrosetti, M., Tramarin, R., Vestri, A. R., De Feo, S., Tavazzi, L., & ICAROS. (2012). [ICAROS (Italian survey on CardiAc RehabilitatiOn and Secondary prevention after cardiac revascularization): Temporary report of the first prospective, longitudinal registry of the cardiac rehabilitation network GICR/IACPR]. *Monaldi Archives for Chest Disease = Archivio Monaldi Per Le Malattie Del Torace*, *78*(2), 73–78. https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.126

Heydari, A., Ziaee, E. S., & Gazrani, A. (2015). Relationship between Awareness of Disease and Adherence to Therapeutic Regimen among Cardiac Patients. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *3*(1), 23–30.

Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. Y., & Greenfield, S. (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': A qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, *24*(4), 343–357. https://doi.org/10.1093/fampra/cmm021

Knowles, M. (2002). *Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia.* (8º ed.). Franco Angeli.

Koch, A., Brierley, C., Maslin, M. M., & Lewis, S. L. (2019). Earth system impacts of the European arrival and Great Dying in the Americas after 1492. *Quaternary Science Reviews*, *207*, 13–36. https://doi.org/10.1016/j.quascirev.2018.12.004

Lehane, E., & McCarthy, G. (2009). Medication non-adherence—Exploring the conceptual mire. *International Journal of Nursing Practice*, *15*(1), 25–31. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.01722.x

Medicine Men. (s.d.). *Therapy adherence*. Medicine Men. Recuperato 9 gennaio 2020, da https://www.medicinemen.eu/en/therapy-adherence/

Ministero della Salute, Organizzazione Mondiale della Sanità, & Public Health Agency of Canada. (2005). *Prevenire le malattie croniche un investimento vitale.pdf*. Agenzia di giornalismo scientifi co Zadigroma srl, R.

Moretti, B. (2014). *Evidence Based Nursing*. Liberariauniversitaria.it.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (1998). *Educazione terapeutica del paziente*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9289012986_ita.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura.* [Università degli Studi di Verona. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Area Formazione Professioni Sanitarie.]. https://medtriennaliao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche. II edizione* (2º ed., Vol. 1). Casa editrice Idelson-Gnocchi.

SCPRS - Qualitätsrichtlinien. (s.d.). Recuperato 26 febbraio 2020, da https://www.sakr.ch/public/richtlinien/richtlinien_deutsch.html

Squillace, A., Nardi, S., & Aceti, T. (2018). *Raccomandazione civica per l'aderenza terapeutica* (pag. 92). https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2429/Raccomandazioni%20civiche%20aderenza%20terapeutica.pdf

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

Volpe, M., Degli Esposti, L., Romeo, F., Trimarco, B., Bovenzi, F. M., Mastromarino, V., & Battistoni, A. (2014). Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: Documento intersocietario di consenso. *Giornale Italiano di Cardiologia*, *15*(10), 3–10.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies*. 14.

Zannini, L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari.* (2º ed., Vol. 4). Franco Angeli.

Questa pubblicazione *L'aderenza terapeutica di terapie farmacologiche ed educative a domicilio nel paziente cardiopatico: quali sono le cause di non aderenza?*, scritta da *Michela Cassina*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.