

# LA SALUTE POSSIBILE DOPO UN INFARTO MIocardICO ACUTO: L'INFERMIERE A SUPPORTO DELL'AUTOCURA

M Tansini,<sup>1</sup> LT Auletta,<sup>1</sup> U Corvi,<sup>1</sup> G Lisè<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ospedale Guglielmo Da Saliceto, Piacenza, Italia

## INTRODUZIONE

In Italia le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono responsabili del 29,5% di tutti i decessi e rappresentano uno dei più importanti problemi di salute pubblica (Epicentro 2014). Riguardo all'eziopatogenesi e all'evoluzione di queste malattie, la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare (fumo, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, diabete, sedentarietà, stress) è stata ampiamente descritta in letteratura (Lim 2012; Mozaffarian 2014; Kotseva 2015). Le Linee Guida internazionali ESC di Cardiologia indicano la necessità di implementare programmi di educazione sanitaria finalizzati alla prevenzione primaria e secondaria (ESC 2014).

Le Linee Guida europee in merito alla prevenzione delle malattie cardiovascolari puntualizzano con classe di raccomandazione I livello di evidenza A l'importanza di fornire consigli su abitudini di vita corrette per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare ma anche interventi educativi mirati a favorire l'adesione alle prescrizioni farmacologiche (Piepoli et al. 2016). Nell'ambito dei percorsi clinico-assistenziali promossi dall'AUSL di Piacenza, il PDTA STEMI (ST-elevation myocardial infarction) è stata l'occasione per ottimizzare il post care e offrire nuove garanzie per migliorare la prognosi dei pazienti.

## DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

- a) promuovere aderenza alla terapia (Scala di Morisky: punteggio 3-4) e stili di vita sani: controllo valori pressori, fascia normopeso secondo BMI, livelli colesterolo LDL/trigliceridi/glicemia in range, sospensione fumo, esecuzione attività fisica moderata per almeno 30'-3 volte/settimana, buon compenso emotivo;
- b) educare all'auto-individuazione precoce dei sintomi legati alla malattia;
- c) rilevare il percepito dei pazienti (vissuto di malattia e cure ricevute).

## PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

Dimissione: consegna lettera di dimissione infermieristica e intervento motivazionale breve;

Follow-Up (FU): controlli ambulatoriali (a 1-6-12 mesi dalla dimissione) e monitoraggio telefonico (a 3-9 mesi) realizzato da infermieri in sinergia con il team multidisciplinare;

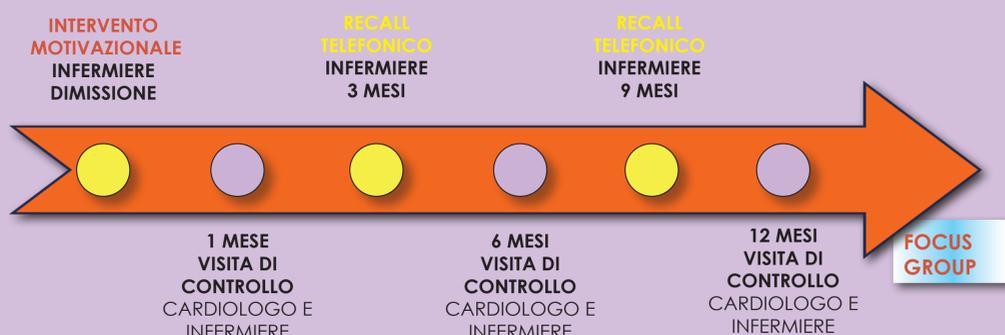
Al termine del percorso (a 1 anno dall'evento acuto): Focus Group (FG) su coorti di pazienti condotti da esperto.

Strumenti: Lettera di dimissione infermieristica, Diari di automonitoraggio, Referto visita infermieristica ambulatoriale, Scheda monitoraggio telefonico.

Indicatori: Appropriately Clinica: pazienti dimessi con lettera di dimissione infermieristica (standard 90%).

Continuità Assistenziale: pazienti aderenti ai FU previsti (standard 90%).

Efficacia: pazienti con cambio in positivo di almeno 1 fattore di rischio (standard 70%).



## REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI

Popolazione: pazienti inclusi nel PDTA STEMI

Periodo di reclutamento: Marzo 2017- Novembre 2017

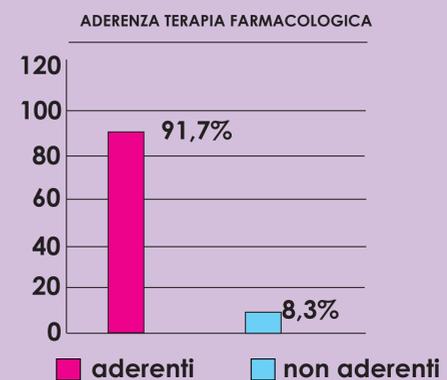
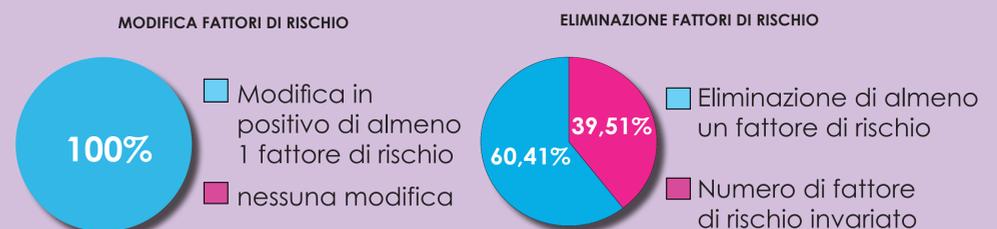
Timing operativo: FU di 1 anno

Metodo di raccolta dati: applicativi aziendali, strumenti operativi, database.

## VERIFICA DEI RISULTATI

Valutare la fattibilità e l'efficacia dell'innovativo modello assistenziale attraverso:

- audit mensili nell'U.O. Cardiologia (verifica indicatori) e audit trimestrali con il team coinvolto nel PDTA (condivisione risultati e azioni di miglioramento);
- analisi dei dati raccolti durante i FG (indagine qualitativa);
- elaborazione e diffusione dei dati dopo 1 anno di FU (Giugno 2019).



Fonte dati: database Marzo-Agosto 2017

## CONCLUSIONI

Il progetto ha lo scopo di supportare il paziente affinché possa conoscere meglio la sua patologia ed essere facilitato all'autocura, sviluppando consapevolezza delle proprie risorse nel perseguire obiettivi di salute raggiungibili. Inoltre, il progetto costituisce per gli infermieri un forte incentivo alla formazione continua e rappresenta l'opportunità di contribuire in modo efficace e sostenibile al percorso di cura dei pazienti, misurando il risultato degli interventi realizzati.

## BIBLIOGRAFIA

- Lim et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012;380(9859):2224
- Mozaffarian et al. (2014) Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*.2014;371(7):624-34
- Kotseva et al. (2015) EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European journal of preventive cardiology*, 0(00)1-13Jun;72(6):1357
- ESC/EACTS (2014) Guidelines on myocardial revascularization *European Heart Journal*, Volume 35, Issue 37, 1 October 2014, Pgs 2541-2619
- Piepoli MF et al. ESC Guidelines for the Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (2016) The 6th Joint Task Force of the European Society of Cardiology. *Eur Heart Journal* 2016 Aug 1;37(29):2315-81

Declaration of interest: None