



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

DIPARTIMENTO DI LETTERE, ARTI, STORIA E SOCIETÀ'

**MODELLO ASSISTENZIALE TRADIZIONALE E INTEGRATO A CONFRONTO:
OUTCOMES BIO-CLINICI E PSICO-SOCIO-RELAZIONALI DEL PAZIENTE CON
SINDROME CORONARICA ACUTA**

Tutor:

Prof.ssa TIZIANA MANCINI

Co-Tutor:

Prof.ssa GIOVANNA ARTIOLI

Prof.ssa CHIARA FOA'

Dottoranda:

RACHELE LA SALA

Dottorato di Ricerca in Psicologia XXV Ciclo

Ringraziamenti

Giunti al termine di questo percorso di studio, desidero ringraziare quanti a diverso titolo mi hanno consentito di portare a termine il progetto di ricerca, molti dei quali forse dimenticherò di citare in queste poche righe, ma che rimangono nei miei pensieri

Prima di tutto desidero ringraziare la mia tutor, la Prof.ssa Mancini, per la pazienza e la costanza, che ha avuto nel seguirmi in questo percorso di dottorato. Non dimenticherò la passione, la dedizione, la professionalità e i valori che ha saputo trasmettermi nell'arco di questi tre anni

Un ringraziamento *speciale* va ai co-tutor, Prof.ssa Artioli e Prof.ssa Foà, per avermi sempre incoraggiata e supportata con professionalità e competenza in ogni fase del progetto di ricerca

Tutto il Collegio dei Docenti del XXV Ciclo Dottorato di Ricerca in Psicologia – dell'Università degli Studi di Parma e le colleghe di dottorato con le quali ho condiviso le difficoltà lungo il percorso, in modo particolare Daniela

Un ringraziamento è diretto anche a studiosi italiani e non, dai quali ho potuto prendere spunto e sviluppare i temi della ricerca, nello specifico, il Prof. Girelli e il Prof. Good

Un ringraziamento *particolare* va ai miei colleghi per avermi la loro collaborazione sul lavoro, in momenti critici, facilitandomi il proseguimento del percorso di studio: Chiara, Elena, Giuseppe, Alfonso, Annalisa, Federico, Fiorella e Paola

Un ringraziamento *unico* va alla mia famiglia, Giovanni, Roberta e Ale per la fiducia e il tempo prezioso *rubato* e Franca per avermi sempre sollevata da impegni familiari

INDICE

Introduzione		6
PARTE PRIMA: La letteratura di riferimento		
Capitolo 1	I modelli assistenziali infermieristici	11
1.1	Il modello tradizionale	11
1.2	Il modello narrativo	12
1.3	Il modello “narrative nursing integrato”	17
PARTE SECONDA: La ricerca		
Capitolo 2	Il contesto e il disegno di ricerca	21
2.1	Definizione del problema e obiettivi della ricerca	21
2.2	Il contesto della ricerca	23
2.3	Il disegno della ricerca	26
PARTE TERZA: Il contesto di riferimento		
Capitolo 3	Studio 1 [^] - L’analisi del contesto	30
3.1	Razionale teorico	30
3.2	Fase 1 [^] L’analisi dei documenti formali	37
3.3	Fase 2 [^] L’agito professionale dell’infermiere	41
PARTE QUARTA: Il percorso formativo		
Capitolo 4	Studio 2 [^] – Il percorso formativo e l’ attuazione del modello assistenziale “narrative nursing integrato”	53
4.1	Razionale teorico	53
4.2	L’articolazione dello studio	60
4.3	Fase 1 [^] - L’analisi del fabbisogno formativo	62
4.4	Fase 2 [^] - Il percorso strutturato assistenziale del paziente con SCA – Il modello Narrative Nursing Integrato	94
4.5	Fase 3 [^] - IL percorso formativo	108
4.6	Fase 4 [^] - La valutazione delle conoscenze dei professionisti	116
4.7	Fase 5 [^] - La valutazione delle competenze dei professionisti	119

Capitolo 5	Studio 3 [^] - La valutazione degli outcomes di salute	132
5.1	Razionale teorico	132
5.2	Fase 1 [^] - La valutazione degli outcomes di salute dei pazienti con SCA Assistiti con il modello tradizionale	138
	Conclusioni	152
	Bibliografia	164
	Appendici	183

Introduzione

Il Profilo Professionale dell'Infermiere (D.M. 739/94) definisce l'assistenza infermieristica caratterizzata da una “natura tecnica, relazionale ed educativa”. Il percorso assistenziale è un processo in cui sono coinvolti paziente e infermiere, entrambi dotati di competenze specifiche, diversificate e complementari. Tale processo mira a trovare la sua forma di realizzazione, ovvero la natura e la qualità delle cure da fornire e i mezzi con cui metterle in opera, partendo proprio dalla capacità e dalle risorse di ognuno di questi due “attori sociali” in un ambiente dato (Collière 1992, Motta, 2004). In questi termini, la *relazione* nell'assistenza infermieristica, come in tutte le professioni finalizzate ai servizi alla persona, assume un valore importante. In questo caso, nel prendersi cura della persona malata, la relazione diviene addirittura un elemento costitutivo e quindi irrinunciabile, una “conditio sine qua non” della professione stessa. Riprendendo le parole di Parce (1974) la relazione è l'assistenza infermieristica. Questo principio, fondante l'assistenza infermieristica, integra la prospettiva di collaborazione nella cura della persona, ovvero il *to cure*, alla prospettiva del prendersi cura della persona, ovvero *to care*, attraverso una relazione autentica intessuta di elementi comunicativi (Motta, 2000). Questo enunciato costituisce per gli infermieri il principio essenziale dell'assistenza infermieristica, sufficiente in sé per determinare una prima distintività rispetto alle altre professioni (o profili professionali).

Possiamo quindi affermare che nella pratica clinica infermieristica convivono due “anime” o forme di pensiero, che tra loro continuamente interagiscono e si contaminano: il pensiero *scientifico*, quello delle leggi generali, dei meccanismi fisiopatologici e delle tassonomie diagnostiche (infermieristiche) che aiuta il professionista a “curare il disease”, e il pensiero *narrativo* legato alla singolarità, alla particolarità, alla temporalità e alla contestualità delle storie di pazienti, che aiuta il professionista al “prendersi cura della illness e della sickness” del paziente. Affiancare alla prospettiva biomedica quella narrativa, significa quindi ampliare le conoscenze infermieristiche e far entrare l'alterità nella relazione assistenziale. E' a partire da queste premesse che si può costruire un progetto terapeutico personalizzato e condiviso che sia in grado di restituire alla persona una progettualità nel mondo a partire dalla sua esperienza (Manara, 2000). *Narrare* è, infatti, un modo fondamentale per conferire senso all'esperienza umana: è grazie alla narrazione che anche una esperienza di malattia può essere pensata ed interpretata dal momento che il senso non costituisce qualcosa di esterno rispetto ad una esperienza presunta come già data, ma la modella e la costruisce nel momento stesso in cui la definisce (Garro & Mattingly, 2000). E' così che la rappresentazione narrativa dell'esperienza diviene un modo di pensiero: il “pensiero narrativo” spesso considerato in opposizione al modo astratto e assertivo tipico del pensiero scientifico. Come afferma Bruner

(1986, 1992), la logica narrativa opera in maniera diversa dal pensiero categoriale: non “ascende all’astratto”, ma resta radicata nel particolare. Una narrazione viene ad essere composta da una particolare sequenza di eventi, stati mentali, avvenimenti che coinvolgono gli esseri umani come personaggi o come attori.

Nell’ambito della assistenza infermieristica la *narrazione* si concretizza quindi nell’attribuire voce ed importanza alle storie personali dei pazienti, alle loro emozioni, alle percezioni soggettive, alle interpretazioni, ai vissuti e ai significati di malattia, nonché al contesto sociale in cui tutti questi aspetti si inseriscono, attraverso l’utilizzo di strumenti qualitativi quali ad esempio l’intervista narrativa (Artioli, 2007; Marcadelli & Artioli, 2010). La narrazione nell’ambito dell’assistenza infermieristica è stata quindi soprattutto utilizzata al fine di “comprendere” e “sapere affrontare” in modo adeguato l’esperienza di malattia del paziente. Essa si propone come uno strumento in grado di fornire una rappresentazione culturalmente mediata e comprensibile dell’esperienza di malattia dei pazienti, al di là dell’incomunicabilità dei vissuti individuali di dolore e sofferenza.

In quest’ottica, il processo assistenziale dell’infermiere non si dovrebbe esaurire soltanto nell’applicazione di protocolli assistenziali definiti dall’Evidence Base Nursing (EBN), ma anche prendere in debita considerazione i fattori psicologici, sociali e culturali della persona come variabili *altrettanto* importanti quanto quelle biologiche. La narrazione offre al professionista infermiere l’opportunità di sviluppare un approccio assistenziale di attento e costante *ascolto* del paziente, che permetta una sua conoscenza *individuale*; infatti, “quando si pensa narrativamente, si sta cercando di comprendere un singolo caso” (Zannini, 2008, p.73). In questo senso, considerare come oggetto di analisi infermieristica la natura narrativa dell’esperienza di malattia nella sua unicità non significa esimersi da una conoscenza approfondita delle evidenze scientifiche di ordine bioclinico, ma anzi, vuol dire imparare a calare le evidenze scientifiche nella storia del paziente. Come affermano Gangemi e colleghi (2006) l’approccio narrativo, saldato con le evidenze scientifiche, permette sostanzialmente di dare un “colore” alla migliore soluzione trovata in letteratura per quel paziente. Tognoni (2005) afferma che la narrazione delle storie, nel processo assistenziale, è la componente qualitativa e personalizzante delle epidemiologie: quella che rende *abitato* le tabelle, invita-obbliga a guardare al di là dei numeri, ri-stabilisce un rapporto personale e responsabile tra le conoscenze basate sull’Evidence Base Nursing (EBN) e le persone. Dunque, in un mondo sempre più basato sulle evidenze scientifiche c’è, e ci deve essere, ampio spazio anche una integrazione con l’infermieristica narrativa, a patto che si tralasci ogni fondamentalismo da entrambe le parti. Solo così sarà possibile restituire all’infermieristica la sua natura ermeneutica (Benner, 2003), interpretativa, fondata sull’incontro clinico-assistenziale inteso come dialogo e

costruzione di significati condivisi, che sono negoziati e rinegoziati, prendendosi cura nel senso pieno di *care*.

Un aspetto fondamentale della narrazione è il suo essere importante non solo per il paziente, ma anche per l'infermiere. Se, per il paziente, il pensiero narrativo consente di stabilire connessioni di significato fra eventi succedutesi nel tempo, per il professionista, la narrazione accresce la comprensione dell'esperienza di malattia per il paziente. Per entrambi, ciò che è importante è la possibilità di creare una trama condivisa che diviene parte integrante del processo terapeutico-assistenziale. Tale trama aiuta la guarigione (possibile) nella misura in cui aumenta la consapevolezza del paziente e delle sue possibilità pur nella malattia e la frammentazione del sé, rendendo consci schemi di comportamenti altrimenti inconsapevoli e sostenendo un sentimento di comunione fra sé e gli altri (Sakalys, 2003).

Indubbiamente aprire spazi alla narratività nell'interazione con il paziente offre all'infermiere l'opportunità di arricchire e rendere più completo l'*accertamento* dei problemi assistenziali della persona e la formulazione delle diagnosi infermieristiche; facilitando la comprensione e fornendo informazioni altrimenti difficilmente acquisibili. La raccolta della storia di malattia, da parte dell'infermiere, permette pertanto a quest'ultimo di raggiungere gli obiettivi di nursing, primo fra tutti, l'aderenza della persona al trattamento e al progetto di care.

Considerando la narrazione specificatamente durante le tre fasi del processo nursing, possiamo affermare che essa: permette di raccogliere informazioni idiosincratice e formulare piani altamente individualizzati, soprattutto nella fase di *accertamento*; promuove un approccio individualizzato alla persona, divenendo essa stessa terapeuta e permettendo di sperimentare modalità assistenziali personalizzate, nella fase dell'*assistenza* e nella fase dell'*educazione*; infine, la narrazione ha un ruolo importante in quanto favorisce la qualificazione della continuità assistenziale e il mantenimento di una buona qualità di vita anche nella fase di dimissione e, quindi, il raggiungimento di risultati di salute (Hickman *et al.*, 2007).

Nonostante quindi l'accertata importanza dell'approccio Narrative Based, un limite che possiamo riscontrare nelle ricerche, soprattutto nazionali, è la verifica e la misurazione dell'efficacia dell'approccio narrativo, inteso come modello assistenziale. In pratica, la verifica dell'efficacia di questo modello risulta ancora un'area di ricerca scarsamente esplorata che necessita di ulteriori indagini: in particolare risulta ancora carente un'analisi volta ad individuare e misurare gli esiti di salute, intesa come approccio contemporaneamente bio-psio-socio-relazionale della *persona* assistita attraverso un approccio narrativo. Un altro notevole limite che possiamo riscontrare in letteratura sulla narrazione in ambito infermieristico si sostanzia nel fatto che l'approccio narrativo

è stato utilizzato come processo per lo sviluppo delle conoscenze dell'infermiere soprattutto nella fase di accertamento e di assistenza, ma molto meno nella fase di educazione del paziente. Soprattutto in ambito cardiovascolare. Se tale modello è stato applicato efficacemente in ambito oncologico (Gordon e Peruselli, 2001), in ambito psichiatrico (Kelly & Howie, 2007) e nell'ambito delle malattie croniche e degenerative (Baley & Tilley, 2002; Sander & Pedersen, 2009), scarse sono ancora le applicazioni in ambito cardiovascolare e, dove presente, esso è stato limitato in ambito cardio-chirurgico (Lapum, Angus, Peter, Watt-Watson, 2010). Questo dato sembra molto rilevante, considerando che la malattia cardiovascolare in Italia, in linea con le evidenze riscontrate in ambito internazionale, si attesta come la prima causa di morte nella popolazione occidentale. L'incidenza delle malattie cardiovascolari in Italia è pari a 223,3/100.000 casi, nei maschi, e a 97,7/100.000, nelle femmine (Linee Guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, 2012).

A nostro avviso, l'assistenza infermieristica in ambito cardiovascolare merita quindi un interesse particolare per i pazienti con Sindrome Coronarica Acuta, ovvero coloro che hanno avuto: l'infarto del Miocardio Acuto ST sopraslivellato (STEMI), l'infarto del miocardio non ST sopraslivellato (NSTEMI) e l'angina instabile (AI).

Benché il modello narrativo nell'assistenza infermieristica sia ben conosciuto e utilizzato, non ci sono ancora evidenze scientifiche sull'efficacia di tale approccio, nel processo assistenziale, in termini di outcomes di salute dei pazienti con SCA.

Lo *scopo generale* della ricerca è quello di confrontare, attraverso un disegno di ricerca sperimentale, un modello assistenziale che utilizza la narrazione rispetto ad un modello assistenziale tradizionale, nel quale l'approccio narrativo non è previsto. In particolare, l'obiettivo della ricerca è quello di testare l'efficacia di un modello assistenziale "integrato" (cap. 1) in Unità di Terapia Intensiva Coronaria (U.T.I.C) in termini di outcomes di salute sia bio-clinici che psico-socio-relazionali (cap.1).

La ricerca si è articolata attraverso tre studi (cap. 2).

Il primo studio (cap. 3), ha avuto l'obiettivo di analizzare il modello assistenziale esistente all'interno dell'U.T.I.C. dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma, al fine di valutare possibili interventi integrativi, facendo riferimento alla gestione del paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Tale Studio si è articolato a sua volta in 2 fasi prevedendo un approccio multi metodo:

la fase 1^a ha avuto come obiettivo specifico quello di individuare i documenti formali esistenti che definiscono e declinano il modello assistenziale dominante all'interno dell'U.T.I.C.;

la fase 2^a ha avuto come obiettivo quello di perfezionare l'analisi del modello/percorso assistenziale esistente in U.T.I.C. dal punto di vista dei professionisti infermieri che vi operano.

Lo studio 2 (cap. 4) ha avuto come obiettivo quello di implementare un percorso formativo per gli infermieri dell'U.T.I.C. orientato all'attuazione di un modello assistenziale "narrative nursing integrato" (cap.1). Tale studio si è articolato a sua volta in 5 fasi, prevedendo un approccio multi metodo:

la fase 1^a ha avuto come obiettivo quello dell'analisi del fabbisogno formativo al fine di individuare una serie di elementi che mancano per completare il modello tradizionale esistente con quello integrato;

la fase 2^a ha avuto l'obiettivo di progettare un percorso formativo per i professionisti infermieri articolato in 3 moduli di 8 ore ciascuno distribuiti in 3 giornate;

la fase 3^a ha avuto come obiettivo quello di monitorare l'apprendimento delle conoscenze acquisite durante il percorso di formazione;

la fase 4^a ha avuto come obiettivo quello di valutare le competenze e le abilità acquisite analizzando l'agito sul campo dai professionisti infermieri formati.

Lo studio 3^a (cap. 5) ha avuto l'obiettivo di valutare, attraverso un disegno sperimentale, gli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) dei pazienti con SCA. Tale studio si è articolato in due fasi messe in seguito a confronto:

la fase 1^a ha previsto una valutazione degli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) dei pazienti con SCA assistiti con un modello assistenziale tradizionale, ad un mese dalla dimissione;

la fase 2^a ha previsto il monitoraggio dei medesimi outcomes in pazienti con SCA assistiti con un modello assistenziale narrative nursing integrato.

Tra i risultati attesi della ricerca veniva ipotizzato che i pazienti inseriti in un percorso strutturato che ha utilizzato un approccio narrativo, presentassero outcomes bio-clinici e psico-socio-relazionale migliori dei pazienti trattati con il modello tradizionale presente in U.T.I.C.

Le conclusioni generali degli studi preposti sono presentate e discusse nel capitolo 6.

PARTE PRIMA:

La letteratura di riferimento

Capitolo primo

I modelli di assistenza

Introduzione

Partendo dagli orientamenti epistemologici e dal metaparadigma dell'infermieristica (Palese, 2007), questo capitolo si propone di descrivere la letteratura in merito ai concetti di *persona*, *ambiente*, *salute/malattia* e *assistenza infermieristica*. Tali principi teorici sono, infatti, indispensabili per definire le caratteristiche dei tre modelli assistenziali che saranno di seguito presentati, ovvero il modello assistenziale tradizionale, il modello narrativo e il modello integrato.

1.1 Il modello assistenziale tradizionale

Gli assunti epistemologici del modello assistenziale tradizionale fanno riferimento alla biomedicina, che focalizza l'attenzione su meccanismi cellulari e molecolari e sul riduzionismo e quindi sulla divisione dell'organismo nelle sue parti elementari. In tale concezione, la biomedicina e, per derivazione, i modelli assistenziali infermieristici ad essa ispirati, sono caratterizzati da caratteristiche quali razionalità, obiettività, determinismo, universalismo e linearità, affiancati da metodi che enfatizzano la logica, il controllo, la misurazione e la deduzione (Mizrachi, 2011).

Tale filosofia (Calamandrei, 2003) prende le mosse dall'empirismo logico e fa riferimento ad un orientamento epistemologico di stampo positivista, il cui fine è la costruzione di una concezione del mondo rigorosamente scientifica (Orem 1985, Marriner 1996, Leininger, 1985).

Nel modello assistenziale tradizionale *la persona* assume il significato di dimensione biologica. Per individuare i problemi di assistenza, l'ambito di analisi della persona è quindi rappresentato dai bisogni/problemi bio-fisiologici legati esclusivamente alla malattia (Calamandrei 2003). Pur avendo una visione globale della persona, si attua un "frazionamento" della persona studiata nelle sue singole parti. Il ruolo che gli si attribuisce è quello di "malato", ovvero un ruolo passivo che la persona interpreta senza una precisa responsabilità, affidandosi ad esperti per la cura (Orem 1985; Marriner, 1996).

L'ambiente, in tale cornice, è inteso come contesto clinico (ospedale), fisico e oggettivo. Le relazioni con la famiglia, i gruppi, la comunità, la società nel senso più ampio, sono frammentarie ed estranee al processo di cura (Orem 1985; Marriner, 1996).

Il modello tradizionale definisce la *salute*, riduttivamente, in riferimento alla *malattia*: se la *malattia* è intesa come *disease*, ovvero patologia d'organo e aggressioni di agenti esterni (Giarelli, 1998),

anche il concetto di *salute* è inteso come assenza di danno biologico a organi, cellule e tessuti. Pertanto il sapere invocato come il più pertinente è quello biologico e clinico, nel quadro di una impostazione organicista (Mauri & Tinti, 2006). Il modello bio-medico, richiedendo che la malattia sia trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale (Bert, 1974; Engel, 1977; Ferrieri & Lodispoto, 2001) presuppone, quindi, che curare voglia dire individuare la o le cause di un fenomeno, quale danno d'organo o di tessuto. Questo porta ad un processo di "separazione", sia della malattia che del malato, entità separata dal contesto di riferimento e relegata negli ospedali.

L'*assistenza* infermieristica, nel modello tradizionale, è considerata pertanto "*centred cure*" in tutte e tre fasi del processo nursing: accertamento - assistenza - educazione.

Nella fase di "accertamento" l'infermiere raccoglie informazioni che indagano prevalentemente la dimensione bio-fisiologica e clinica della persona. Si tratta di informazioni oggettivabili mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica che conducono alla definizione di problemi biofisiologici e clinici.

Nella fase di "assistenza" le cure alla persona, rivolte alla risoluzione dei problemi biofisiologici e clinici, sono standardizzate e si basano su prestazioni infermieristiche prevalentemente di natura tecnica. Il metodo scientifico d'elezione utilizzato nella pratica assistenziale infermieristica è il *problem solving* (Craven Hirle, 2004), gli strumenti operativi sono costituiti da protocolli, procedure e gli interventi infermieristici si basano su una prospettiva di cure "Evidence Based Nursing".

La fase di "educazione" della persona si limita al solo passaggio di informazioni di natura clinica. Nella ricerca, infine, attribuisce un particolare rilievo all'osservazione e alla sperimentazione.

1.2 Il modello assistenziale narrativo

Partendo da diversi presupposti, gli assunti epistemologici del modello assistenziale narrativo sono di derivazione fenomenologica che danno risalto alle realtà umane complesse, globali, interiori, dipendenti dal contesto e quindi irripetibili (Parse, 1998). I suoi esponenti (Rogers, 1975; Parse, 1998; Newman, 1980; Watson, 1976) si rifanno alla tradizione delle scienze umane.

Nel modello assistenziale narrativo *la persona* è intesa come portatrice di bisogni, risorse e limiti, di sentimenti ed emozioni, di idee ed interpretazioni e di cultura. La persona è essenza, immanenza e trascendenza, è un essere che nel vivere fa esperienza, che percepisce le cose, l'ambiente e gli avvenimenti: la conoscenza individuale sorge con l'esperienza e permane nell'esperienza (Husserl, 2002). Ogni persona, quindi, vive una serie di esperienze vissute (*erlebnisse*), nelle quali è, in diversi modi, realmente ed intenzionalmente inserito. La persona è corpo, struttura che fisicamente

percepisce l'ambiente e ne fa esperienza, ed è anche psiche, con i suoi vissuti e il suo mondo circostante. La persona fa rientrare nella sfera dell' "io-uomo" anche le sue caratteristiche corporee e non si presenta semplicemente come una unità di corpo vivente e anima, ma come una "unità di senso". Essa è un soggetto attivo capace di conferire "senso" all'esperienza vissuta (Stein, 2002).

La persona è intesa anche come "essere in relazione", venendosi così a configurare un "io sociale", che appartiene alla società e in cui le interazioni si costruiscono e co-istituiscono. La persona è sempre, infatti, in-situazione, come una "co" relazione con altri.

Da ciò si evince come l'approccio alla persona all'interno di questa prospettiva deve considerare sia l'aspetto della corporeità fisica, sia l'aspetto della psiche, in un ottica di inscindibilità degli elementi costituenti. Gli ambiti di analisi della persona sono quindi costituiti contemporaneamente dai vissuti, dalle emozioni, dai significati, dalle storie personali narrate (Motta, 2004).

L'ambiente è inteso in due modi: quello fisico, in cui l'essere umano vive ed è inserito e con cui interagisce e quello percepito soggettivamente, quello che l'essere umano costruisce nella sua esperienza e che è fatto di relazioni per lui significative. L'ambiente diviene così elemento di costituzione di significati soggettivi, valorizzato nelle relazioni di mondo vitale quotidiano (Zannini, 2001). L'ambiente è certamente anche contesto, servizi, organizzazione, vita politica e sociale, tutto quanto cioè costituisce il mondo organizzativo in cui la persona vive. L'ambiente è costituito in particolare dai "mediatori relazionali", da adulti privilegiati come i familiari (Marcadelli & Artioli, 2010).

La concezione di *salute*, nel modello narrativo, è intesa in senso personale, multidimensionale, dinamica e relativa. Essa è fortemente soggettiva, in quanto influenzata da una serie di variabili (il temperamento, la struttura di personalità, i processi cognitivi e i processi psicosociali, le relazioni interpersonali e il sostegno sociale, la capacità di adattarsi agli eventi della vita e quindi la capacità di attivare strategie per farvi fronte); essa è fortemente legata ad una dimensione psicologica (il nutrire atteggiamenti positivi verso se stessi, l'autorealizzazione, la capacità di prendersi cura degli altri, soprattutto per le donne) e ad una dimensione socio-relazionale (l'integrazione sociale, il sentire di appartenere ad una comunità, il sentirsi fiduciosi nei confronti degli altri, la fiducia nelle istituzioni).

Oltre a questo carattere multidimensionale, la salute è concepita nei suoi aspetti dinamici, più che statici, poiché si caratterizza per un processo di interazione continua, sempre alla ricerca di equilibri mutevoli tra individuo e ambiente, sia di tipo relazionale che culturale (Giarelli, Maturo & Florindi, 2003), ma anche che sociale e fisico, cioè il proprio contesto vitale di riferimento. L'attenzione dell'infermiere si sposta quindi da un concetto di salute solamente legato all'assenza di malattia, ad

un concetto di salute sistemico, complesso e relativo, chiamando in causa la dimensione esperienziale e soggettiva della persona e la rappresentazione che ogni persona ha di tale concetto (Zannini, 2001).

Anche il significato di *malattia* è strettamente legato all'evoluzione del concetto di salute. Essa viene infatti ad assumere un significato più ampio in quanto prende in considerazione la componente soggettiva (*illness*) e sociale (*sickness*) che la caratterizza. "Mentre la malattia ha un riconoscimento estremamente individuale, la sua esperienza prende inevitabilmente caratteristiche sociali, in quanto la persona interagisce nel corso del tempo con l'ambiente fisico e sociale" (Bury, 2005, p. 252). La malattia viene così ad essere intesa in senso bidimensionale: come *illness* e *sickness*. L'*illness* si rifà alla dimensione psicosociale dell'assistenza, dove l'esperto della malattia non è il medico bensì il paziente che vive la sua esperienza che conosce gli stati d'animo, le variazioni, le percezioni. E' sempre il paziente a guidare una relazione assistenziale che tenga in considerazione questi vissuti, verso un più positivo svolgersi ed indirizzarsi. L'*illness* è quindi la base del racconto che fa il paziente quando giunge all'osservazione dell'infermiere. È sulla base di questo racconto che si costruisce prima il percorso anamnestico da cui ricavare i dati per la diagnosi. Il *sickness* è il riconoscimento sociale dell'essere ammalato che evidenzia i significati e le interpretazioni sociali di malattia (Hoffman, 2002, Giarelli, 2005; Artioli & Amaducci, 2007) e non ultimo lo stigma sociale ad essa associato (Good & Del Vecchio Good, 2005).

L'*assistenza* infermieristica nel modello narrativo è quindi considerata "*person care*". Utilizza un approccio narrative based nelle tre fasi del processo nursing, accertamento - assistenza - educazione, dove l'esperienza di malattia è rappresentata e raccontata, dove gli eventi sono presentati come aventi significato e coerenza e dove le attività e le esperienze associate agli eventi sono descritte lungo il significato che dona loro senso per le persone coinvolte (Good & Del Vecchio Good, 2005). Nella pratica si utilizzano tecniche comunicative, in modo particolare i *colloqui* narrativi che sono orientati alla comprensione in profondità dei bisogni psico-socio-relazionali della persona (Giarelli, Maturo & Florindi, 2003; Good, 2005).

Nello specifico, nella fase dell'accertamento infermieristico narrative based, narrare una storia dell'esperienza di malattia che la persona vive diventa qualcosa di ineludibile che non può essere escluso dal processo di *care*. Tale attività è resa possibile non solo dal soggetto che "racconta" la malattia, ma anche da quello che lo "ascolta". Pertanto, narrare una storia di malattia nella fase di accertamento infermieristico, in accordo con Mattingly (1994) e Sakalys (2000), significa per la persona raccontare una serie di eventi, consapevolmente o inconsapevolmente selezionati che sono tra loro messi in connessione, raramente in modo organizzato e strutturato in una trama unitaria e

più spesso organizzati in modo esitante, discontinuo e frammentario (Launer, 2002). Allo stesso tempo, per chi ascolta, la storia della persona va seguita attraverso traiettorie narrative e lo sforzo è quello di identificare le metafore o le immagini utilizzate nel racconto (Bucci, 2006), tollerando l'ambiguità e l'incertezza mano a mano che la storia si dispiega (Charon, 2004).

Nell'accertamento infermieristico il professionista infermiere si sofferma principalmente su quattro elementi della storia di malattia dei pazienti: analisi del *personaggio principale* (il paziente), delle *difficoltà* da lui incontrate e delle soluzioni trovate, del *contesto* in cui la storia si origina e delle rappresentazioni /temi che la organizzano, nonché del *modo* in cui la storia è raccontata (Shapiro *et al.*, 2006). In tal senso l'obiettivo dell'infermiere non è interpretare il comportamento del paziente, ma è contribuire alla decostruzione del problema “malattia” e alla creazione di un rapporto di collaborazione entro il quale esplorare molteplici prospettive, per ricercare nuove prospettive future (Aloi, 2009). Questo perché, spesso, i pazienti hanno bisogno di sviluppare storie alternative (Zannini, 2008) al fine non soltanto di dare un senso alle loro esperienze, ma anche di creare un senso (Artioli, 2007). Pertanto, come le persone interpretano la malattia e ne costruiscono il significato può avere importanti implicazioni sul benessere fisico ed emotivo, anche a lungo termine (Farber *et al.*, 2005; Romanoff & Thompson, 2006).

L'infermiere che ascolta una storia di malattia non è soltanto un interprete esterno che descrive l'evento malattia del paziente, ma fin dall'inizio egli contribuisce attivamente allo sviluppo della storia, divenendo, in un logica dialogica di interscambio continuo, un attivo co-costruttore della storia stessa (Eisenberg, 1981; Launer, 2002; Mischler, 1984; Ricoeur, 1984; Zannini, 2008). La narrazione clinica, nella fase di accertamento infermieristico, non è, quindi, semplicemente il risultato di una rielaborazione individuale dell'esperienza della malattia, ma di un processo di “negoiazione di significati” o di rimodellamento delle rispettive interpretazioni della storia, tra infermiere e paziente, da cui è possibile creare una nuova comprensione della malattia, attraverso un coinvolgimento empatico con la storia del paziente (Charon, 2001; 2006; Giarelli, 2005). In tal senso, la narrazione diventa un mezzo importante per co-costruire e negoziare il significato di malattia nella fase dell'accertamento infermieristico, anche se nella raccolta di una “buona storia di malattia” il professionista deve fare attenzione a non ricondurla a schemi predefiniti rigidi e costringenti (Smith, 1981; Bruner, 1986). Il processo di co-costruzione della storia di malattia è pertanto un processo complesso che comporta per l'infermiere non poche difficoltà e, talvolta, la possibilità di incorrere in alcuni errori, tra cui il “narrative smoothing” che consiste nell'appiattimento della storia di malattia in categorie idee/predefinite (Shapiro *et al.*, 2006).

Nell'accertamento infermieristico, le pratiche di conoscenza e comprensione della storia di malattia, la ricostruzione narrativa della trama, la co-costruzione dei significati e la loro interpretazione nella definizione di una diagnosi infermieristica, possono orientare di conseguenza l'infermiere verso la co-costruzione di una "storia di guarigione" (Zannini, 2008) e, quindi, verso un progetto terapeutico condiviso da attuarsi nella fase successiva all'accertamento ovvero nella fase dell'assistenza infermieristica.

La fase dell'assistenza del processo nursing prevede l'implementazione di un progetto terapeutico che comprende: l'analisi dei problemi della persona; la definizione degli obiettivi a breve e lungo termine e la realizzazione dei relativi interventi terapeutici. In questa fase l'infermiere e il paziente condividono e negoziano sia gli obiettivi che il piano terapeutico ad essi correlato. I cambiamenti richiesti da un determinato piano terapeutico, infatti, comportano spesso per il paziente numerosi sacrifici e rinunce, soprattutto se essi dovranno articolarsi su un lungo arco di tempo.

I pazienti sono, inoltre, sempre più informati sulle malattie e i trattamenti, quindi, poco disposti ad accettare le indicazioni degli operatori sanitari. Essi sono mossi nei loro comportamenti da idee, motivazioni, emozioni, risorse personali e sociali e influenze del contesto in cui vivono, e quindi dalla loro storia di vita nella quale raramente sono inseribili "tout court".

Nella progettazione del piano terapeutico, dunque, l'infermiere definisce con il paziente una sorta di storia "prospettica" (Mattingly, 1994), una storia del futuro che riguarda ciò che non è ancora accaduto o accaduto solo parzialmente. In questo caso il piano terapeutico, narrativamente inteso, diviene la "storia di guarigione" da costruire, realizzata attraverso una cooperazione attiva e finalizzata al recupero e al mantenimento della salute, compatibilmente con le potenzialità della persona. La ricostruzione narrativa delle storie consente l'elaborazione di ciò che Mattingly (1994) e Good (1999) hanno definito "therapeutic emplotment" (ovvero la costruzione di una trama terapeutica), che risulta dall'attività interpretativa agita nell'incontro terapeutico del professionista e del paziente. Attraverso il "therapeutic emplotment", l'infermiere, indirizza la persona verso un "impegno" terapeutico futuro. Il "therapeutic emplotment" risulta quindi cruciale, in termini di significatività, anche nella fase dell'*educazione clinica-assistenziale* del processo nursing, là dove il paziente viene orientato dall'infermiere: a modificare stili di vita; ad auto-motivarsi; ad attenersi a scelte terapeutiche impegnative e continuative nell'ambito dell'accompagnamento della cronicità (Artioli, 2007, Soledad et al. 2008); ad elaborare strategie di coping (Overcash, 2003); al mantenimento di una buona qualità di vita e, quindi, al raggiungimento di risultati di salute (Hickman et al., 2007). Pertanto, l'azione assistenziale dei professionisti infermieri ha l'obiettivo

educativo fondamentale di portare ad uno stato di maggiore e migliore autonomia la persona e la sua famiglia, che si trova coinvolta nella gestione della malattia.

1.3 Il modello integrato come un modello assistenziale multidimensionale

Gli assunti epistemologici del modello assistenziale integrato, che tentano di sintetizzare gli approcci enucleati in precedenza, si ispirano, quindi, sia ad un orientamento filosofico positivista – bio-medico, di natura formale, oggettivo, sistematico, che si propone di descrivere diverse variabili e le relazioni che intercorrono tra loro (Calamandrei, 2003), sia ad un orientamento fenomenologico di tipo interpretativo, umanistico e naturalistico (Husserl, 2002).

Nel modello assistenziale integrato la *persona* è unica, irripetibile e in relazione. Si pone il focus sul significato soggettivo della persona in quanto si parte dal presupposto che ogni persona vive una serie di esperienze vissute (*erlebnisse*), nelle quali è, in diversi modi, realmente ed intenzionalmente inserita. La persona è corpo, struttura che fisicamente percepisce l'ambiente e ne fa esperienza, ma la persona è anche psiche, con i suoi vissuti e il suo mondo circostante: l'uomo può essere esperito “esteriormente”, nella sua deità fisica ed “interiormente” nella sua “vita psichica”, ma l'esperienza interna e l'esperienza esterna sono necessarie all'unità di esperienza. L'individuo è, quindi, un oggetto unitario, in cui l'unità della coscienza di un'Io e un corpo fisico si congiungono indissolubilmente, in un “unità di senso”, come un oggetto capace di conferire “senso” al vissuto esperienziale. Pertanto, il modello integrato utilizza un approccio alla persona che considera sia l'aspetto della corporeità fisica, con approcci bio-clinici specifici, sia l'aspetto psico-socio-relazionale, all'interno di un'ottica di non disgiunzione e scomposizione in sotto elementi. La persona è un tutt'uno integrato.

Il concetto di *ambiente*, nel modello integrato, non è inteso soltanto come esterno, fisico, oggettivo, ma anche come ambiente in cui l'essere umano vive ed è inserito e con cui interagisce e come ambiente percepito soggettivamente, che l'essere umano costruisce nella sua esperienza e che è fatto di relazioni significative. Si tratta di un ambiente che “è alla mano” delle persone che lo percepiscono soggettivamente nell'esperienza del vivere, divenendo elemento di costituzione di significati soggettivi, valorizzato nelle relazioni di “mondo vitale” quotidiano. Il mondo vitale viene inteso come supporto sociale informale, che quando presente nell'esperire vivente del singolo, contrasta la solitudine involontaria, o come l'isolamento volontario, che può provocare degrado nelle condizioni di salute. Esso è contesto dotato di una propria cultura della salute e del tradizionale sapere pratico, che va richiamato nelle fasi almeno iniziali di autodiagnosi e di autocura (Cipolla & Cipolla, 1997). In definitiva, il mondo vitale prende in considerazione non soltanto la

persona, ma tiene in considerazione anche le sue dimensioni relazionali, quindi, le sue reti sociali, in modo particolare quelli che Marcadelli e Artioli (2010) hanno definito “mediatori relazionali” (già detto sopra).

Il concetto di *salute*, nel modello integrato, assume sia una dimensione bio-clinica e sia una dimensione psico-socio-relazionale; pertanto, oltre ad essere legato ad una “assenza di malattia” e, quindi, ad un danno biologico, prende in considerazione anche il significato personale, il senso che ogni persona attribuisce a questo termine in una visione di benessere soggettivo, psicologico e socio-relazionale.

Abbiamo visto, nel modello narrativo, che la persona è un essere dotato di soggettività, che nell’esperienza di malattia vissuta ri-costruisce il suo essere in relazione col mondo. Per comprendere questa soggettività, nel modello integrato anche il concetto di *malattia* assume un significato più ampio dove oltre a prendere in considerazione il riconoscimento sociale effettuato dalla scienza medica, prende in considerazione anche il vissuto personale e intimo della persona. La connotazione di questo nuovo concetto, conduce a considerare la *malattia* nelle tre diverse accezioni, già definite dai modelli tradizionale e narrativo, ma che nel modello integrato si completano attraverso una mutua integrazione in senso tridimensionale dei loro significati: *illness*, *disease* e *sickness*. Accanto ad una patologia d’organo (*disease*) c’è una persona malata che vive un’esperienza in cui il senso è soggettivo, personale (*illness*) e socialmente riconosciuto (*Sickness*). Data questa complessità e completezza, è di facile comprensione il perché dell’importanza di un approccio integrato, di natura quanti-qualitativa, anche nell’*assistenza infermieristica*. Questa, nel modello assistenziale integrato, viene ad assumere una connotazione “person cure/care”, in quanto prende in considerazione sia la dimensione bio-fisiologica della persona (cfr. paragrafo 2.1) che la dimensione psico-socio-relazionale (cfr. paragrafo 2.2).

All’interno del modello assistenziale integrato, il professionista infermiere utilizza nel suo operato professionale i colloqui “narrative based” quale tecnica privilegiata nelle tre fasi del processo nursing. In sintesi, il colloquio nell’assistenza infermieristica ha l’obiettivo di: un assesment multidimensionale della persona al fine di una comprensione empatica dei bisogni bio-clinici e psico-socio-relazionali (fase di accertamento infermieristico); una comunicazione terapeutica, attraverso l’applicazione di strategie di comunicazione/relazione, l’ascolto attivo e l’osservazione, al fine di una co-costruzione (infermiere-paziente) di un piano terapeutico personalizzato attraverso anche il coinvolgimento dei care-giver (fase di assistenza); educazione del paziente e dei care-giver, al fine di adottare dei comportamenti orientati alla salute della persona (fase di educazione).

Date queste premesse, possiamo ipotizzare che il modello narrative nursing integrato, a confronto con il modello narrativo e con quello tradizionale, permetterebbe di integrare efficacemente le dimensioni bio-cliniche e psico-socio-relazionali della persona. L'adozione di questo modello consentirebbe, infatti, al professionista infermiere di erogare un'assistenza altamente personalizzata orientata al raggiungimento e mantenimento della salute intesa in termini multidimensionali.

La completezza di questo modello nella definizione di persona, ambiente, salute e malattia ne fa un riferimento particolarmente indicato per gli infermieri che sono impegnati nella gestione globale del paziente che presentano una Sindrome Coronaria Acuta (SCA) soprattutto perché tale evento critico impatta sulla sfera non soltanto fisica ma anche psicologica e relazionale del paziente.

Il modello narrative nursing integrato, come precedentemente definito, potrebbe rappresentare, quindi, un innovativo modello di riferimento per l'assistenza di tali pazienti. La ricerca che verrà presentata nei prossimi capitoli avrà proprio l'obiettivo di testarne l'efficacia. Attraverso un disegno sperimentale, infatti, saranno valutati gli outcomes di salute di pazienti gestiti con il modello assistenziale integrato confrontandoli con quelli di pazienti gestiti con un modello assistenziale tradizionale.

PARTE SECONDA:

La ricerca

Capitolo secondo

Il contesto e il disegno di ricerca

2.1 Definizione del problema e obiettivi della ricerca

I modelli dell'assistenza infermieristica precedentemente descritti (Cap. 1) vanno a costituire i costrutti principali del progetto di ricerca che è stato implementato.

Come abbiamo precedentemente illustrato, sono in particolare tre i costrutti su cui il progetto di ricerca è stato articolato: essi fanno riferimento alle dimensioni di *persona*, *ambiente/contesto*, *salute/malattia* e *assistenza* secondo il meta-paradigma della Scienza Infermieristica (Motta, 2000) e che si intendono, all'interno della presente ricerca, confrontare. Essi vengono sinteticamente presentati nella figura 2.1.

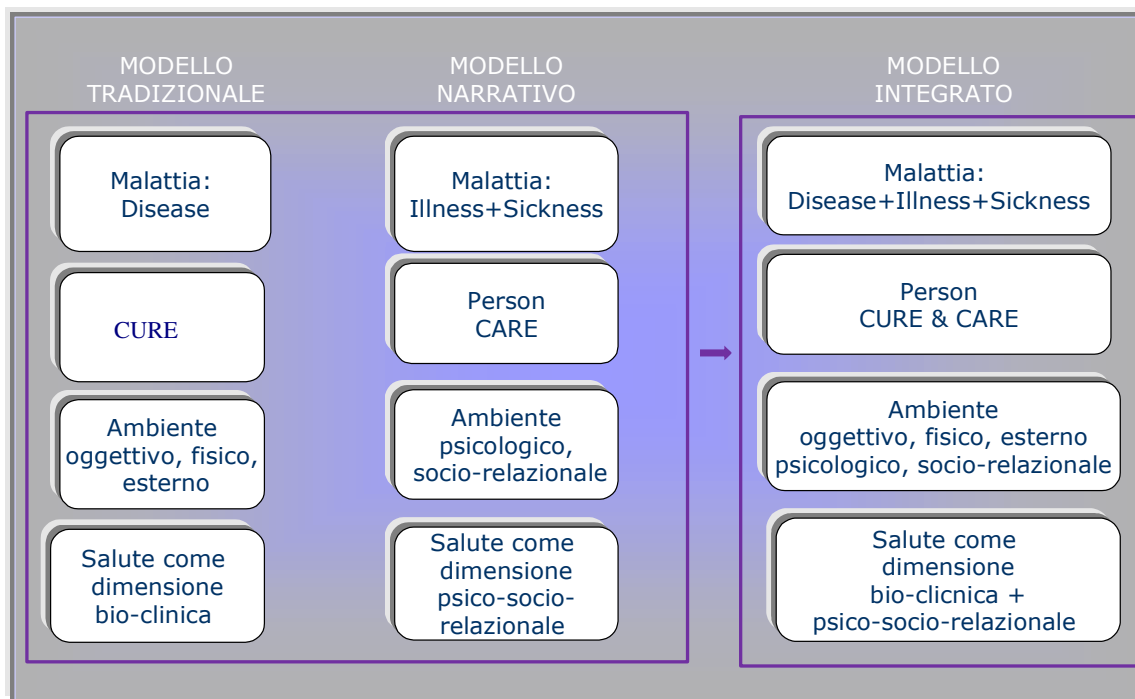
Il primo costrutto è quello di modello assistenziale *tradizionale*. Come abbiamo già indicato nel Cap. 1, esso è definibile come un modello di assistenza “centred cure” che valuta la malattia in termini di “disease”, che considera il concetto di *salute* come assenza di danno biologico a organi, cellule e tessuti e per il quale l'ambiente è valutato secondo dimensione prettamente esterna, fisica e oggettiva. Tale modello è quindi focalizzato su una dimensione prettamente bio-clinica dell'assistenza infermieristica.

Il secondo costrutto è il modello assistenziale *narrativo*, che è definibile come un modello di assistenza “person care”, che valuta la malattia in termini di “illness e sickness”, attento agli aspetti psicologici-soggettivi e relazionali - contestuali dell'ambiente e che considera la salute così come è percepita soggettivamente dall'individuo stesso, includendo gli aspetti esperienziali, soggettivi e relativi, in una prospettiva multidimensionale. Tale modello è quindi focalizzato su una dimensione specificatamente psico-socio-relazionale dell'assistenza infermieristica.

Il terzo costrutto è il modello assistenziale *integrato*, ovvero un approccio che combina sia l'aspetto di cure con l'aspetto di care della persona, che definisce la malattia contemporaneamente in termini di disease, di illness e di sickness, che definisce l'ambiente sia in termini oggettivi che in termini soggettivi, includendo sia il contesto fisico, sia quello psicologico e relazionale. Pertanto tale modello non è da considerarsi come un'alternativa antitetica ai due modelli precedentemente illustrati; al contrario esso combina ed integra i due precedenti approcci alla salute, alla malattia, all'ambiente e all'assistenza, attribuendo a queste prospettive pari valore e pari dignità. Tale

modello si caratterizza quindi per essere multidimensionale e focalizzato, simultaneamente, su dimensioni bio-cliniche e psico-scio-relazionali.

Figura 2.1 – I costrutti della ricerca



Come emerge dall'analisi della letteratura (Cap. 1), benché il modello narrativo nell'assistenza infermieristica sia ben conosciuto e utilizzato, non ci sono ancora evidenze scientifiche sull'efficacia dell'approccio narrativo, nel processo assistenziale, in termini di outcomes di salute dei pazienti con Sindrome Coronaria Acuta (SCA).

L'obiettivo generale della ricerca è stato pertanto quello di confrontare, attraverso un disegno sperimentale pre-post test, l'efficacia, in termini di outcomes bio-clinici e psico-socio-relazionali, di un modello assistenziale che utilizza anche la narrazione, rispetto ad un modello assistenziale tradizionale, nel quale l'approccio narrativo non è previsto. In particolare, l'obiettivo generale della ricerca è stato quello di testare l'efficacia di un modello assistenziale "integrato", che completi l'approccio *tradizionale*, arricchendolo di un approccio *narrativo*.

I costrutti della ricerca (ossia i tre modelli dell'assistenza) saranno pertanto confrontati anche in relazione alla loro efficacia nell'impattare sullo stato di salute di pazienti cardiopatici, salute qui intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia (OMS; protocollo di costituzione 22 luglio 1946).

2.2. Il contesto della ricerca

Il contesto di riferimento della ricerca prescelto è stato l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma.

L'U.T.I.C. fa parte del dipartimento cardio-nefro-polmonare dell'Azienda e svolge attività di assistenza per pazienti affetti da patologia cardiaca acuta e cronica, in regime di ricovero ordinario, di emergenza/urgenza, con particolare attenzione all'insufficienza cardiaca acuta, alla patologia aritmica e alla sindrome Coronarica Acuta (SCA): infarto del miocardio acuto ST sopraslivellato (STEMI), infarto del miocardio acuto non ST sopraslivellato (NSTEMI) e angina instabile (AI).

Come è emerso da una indagine retrospettiva la SCA è la patologia maggiormente rappresentata in U.T.I.C. In particolare, i casi con diagnosi di SCA sono stati il 57% rispetto ai casi totali nell'anno 2010 e il 56% dei casi nell'anno 2011. I casi di STEMI rappresentavano il 21% dei casi totali nell'anno 2010 e il 20% nell'anno 2011; i casi di NSTEMI rappresentavano, invece, una percentuale più alta rispetto a quella precedente, ovvero il 32% sia nell'anno 2010 che 2011. Infine, i casi di AI rappresentavano una percentuale più bassa rispetto alle precedenti, ovvero il 4% dei casi sia nell'anno 2010 che nell'anno 2011.

Da tale indagine è emerso anche che i pazienti che erano stati ricoverati con diagnosi di STEMI, NSTEMI e AI avevano presentato una degenza media compresa tra 3 e 4 giorni nel 2010. Nel 2011 si era assistito ad un aumento della degenza media che, infatti, era compresa tra 4 e 5 giorni. Sia nel 2010 che nel 2011 il numero totale dei ricoveri ripetuti con la diagnosi di SCA è stato, al contrario, pressoché stabile (Tabella 2.1).

Tabella 2.1 – Degenza Media e ricoveri ripetuti in U.T.I.C. per patologia (valori assoluti; confronto anni 2010-2011).

Degenza Media e ricoveri ripetuti in Unità Coronarica - Anni 2010 e 2011						
Patologia	Anno 2010			Anno 2011		
	Casi	D.M. (gg)	Ricoveri Ripetuti	Casi	D.M. (gg)	Ricoveri Ripetuti
STEMI	268	4	11	248	4	8
NSTEMI	406	4	11	389	5	12
AI	54	3	2	53	4	2
Totale	728		24	690		22

Fonte: ufficio gestione dell'AOU di Parma

La maggior parte dei pazienti ricoverati in U.T.I.C. per SCA negli anni 2010 e 2011 proveniva da Parma e provincia, seguiti da pazienti da altre province della Regione Emilia Romagna (RER) e da altre regioni (Tabella 2.2).

Tabella 2.2 – Provenienza dei pazienti ricoverati in U.T.I.C. per patologia (valori assoluti; confronto anni 2010-2011).

Provenienza dei pazienti ricoverati in U.T.I.C. - Anni 2010 - 2011						
	Anno 2010			Anno 2011		
Patologia	Parma	Altre prov. RER	Extra RER	Parma	Altre prov. RER	Extra RER
STEMI	251	8	9	225	10	13
NSTEMI	372	12	22	358	7	24
AI	41	2	11	43	7	3
Totale	664	22	42	626	24	40

Fonte: ufficio gestione dell'AOU di Parma

Tra i ricoveri totali (1268 nel 2010 e 1132 nel 2011) il numero dei pazienti con SCA ricoverati in U.T.I.C., deceduti variava a seconda della patologia, evidenziando un numero maggiore nei pazienti con NSTEMI, a seguire i pazienti con STEMI e in ultimo quelli con AI (Tabella 2.3).

Tabella 2.3 – Mortalità dei pazienti con SCA per patologia (valori assoluti – tasso grezzo di mortalità - confronto anni 2010-2011).

Mortalità dei pazienti con SCA		
	Anno 2010	Anno 2011
Patologia	Mortalità/Tasso grezzo	Mortalità/Tasso grezzo
STEMI	17 – 0,063	20 – 0,080
NSTEMI	31 – 0,076	21 – 0,053
AI	1 – 0,018	1 – 0,018
Totale	49	42

Fonte: ufficio gestione dell'AOU di Parma

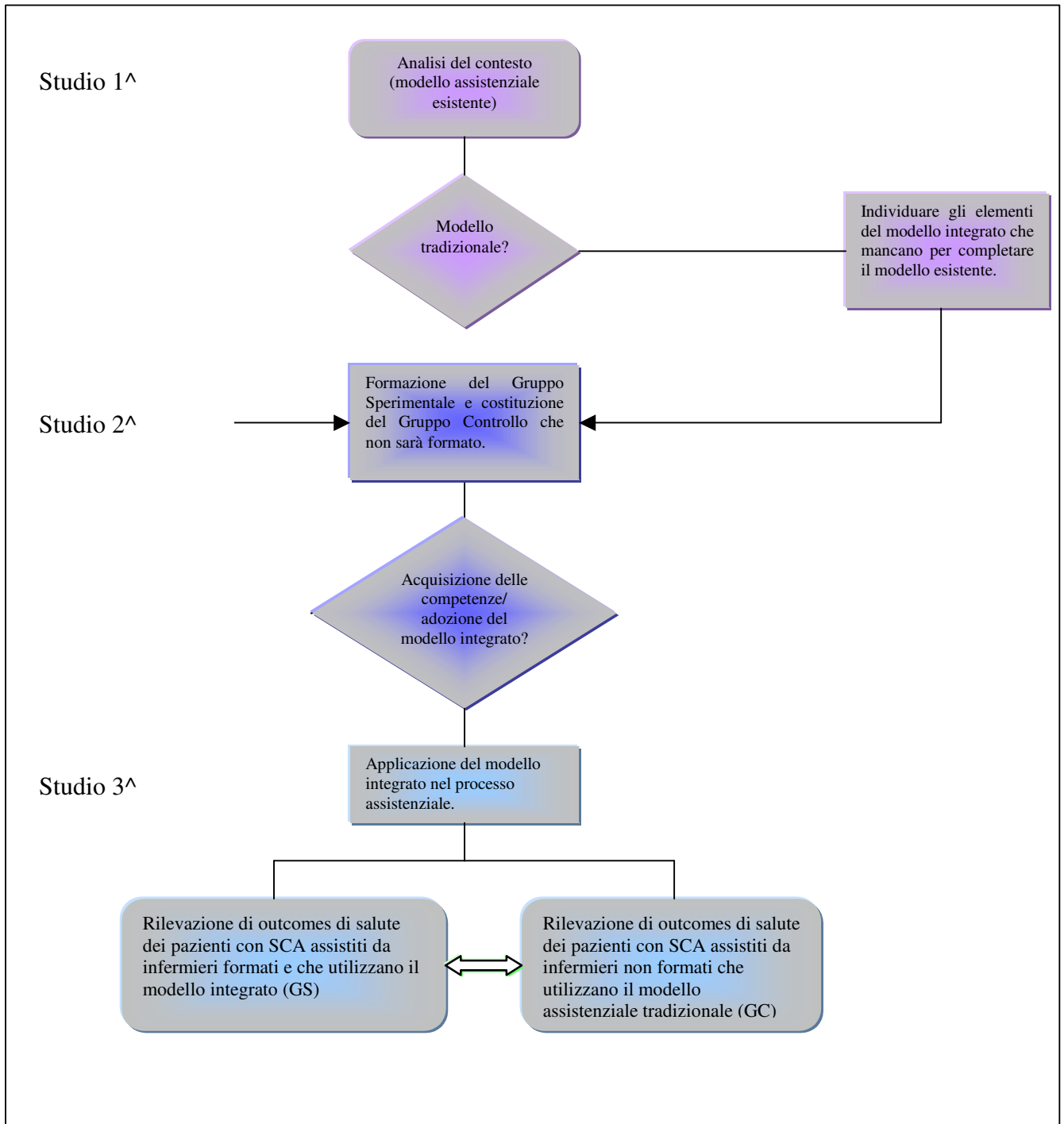
Rispetto alla struttura organizzativa, l'U.T.I.C. rappresenta per la provincia di Parma, all'interno del modello della rete integrata (Piano Sanitario Regionale, 1999/2001), un centro di alta specialità (Hub) in quanto in grado di erogare un'assistenza complessa. Ad esso afferiscono altri centri sott'ordinati (Spoke) a cui compete principalmente la selezione e l'invio di pazienti, costituiti soprattutto dalle strutture territoriali di Fidenza-Vaio e Borgotaro.

L'U.T.I.C. è costituita da 16 posti letto ed ha un organico di 17 professionisti infermieri, 4 medici strutturati, 4 specializzanti in Cardiologia e 6 operatori socio sanitari.

2.3. Il disegno della ricerca

Il modello della ricerca ha previsto 3 studi consequenziali (Figura 2.2).

Figura 2.2 – Il disegno della ricerca



Di seguito sono illustrati sinteticamente gli studi e le relative fasi della ricerca specificando per ciascuno di essi gli obiettivi, gli strumenti, i partecipanti e i risultati attesi. Si rimanda ai Cap. 3 – 4- e 5 un’analisi più dettagliata della loro articolazione.

L’obiettivo del primo studio è stato quello di verificare se il modello assistenziale esistente nell’Unità di Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ad fosse di tipo tradizionale o di tipo narrativo o integrato (Studio 1, Cap. 3). Tale studio si è svolto nel periodo compreso tra maggio-agosto 2011.

Il risultato atteso di questo studio è verificare che il modello assistenziale utilizzato dai professionisti infermieri in U.T.I.C. fosse di tipo “tradizionale”.

Dopo avere verificato l’esistenza di un modello assistenziale diverso da quello narrativo o integrato, e, quindi, un modello tradizionale, il secondo studio si è posto l’obiettivo di verificare se un percorso formativo clinico/psico/socio/relazionale dei professionisti infermieri che operano in U.T.I.C., in termini di adozione di un modello assistenziale narrative nursing integrato, modificasse l’agito degli stessi (Studio 2, Cap. 4). Tale studio si è svolto nel periodo compreso tra settembre 2011-novembre 2012.

Il risultato atteso di questo studio era verificare che i professionisti infermieri del gruppo sperimentale avessero acquisito le competenze distintive fornite dal percorso formativo e le avessero trasferite (e mantenute) nel loro agito professionale, cioè che gli infermieri formati avessero adottato nella loro pratica assistenziale un modello integrato.

Il terzo studio, infine, ha avuto l’obiettivo di verificare se il modello assistenziale narrative nursing integrato, implementato e trasferito nell’operato professionale, potesse migliorare gli outcomes di salute (bio/psico/socio/relazionali) delle persone con SCA (Studio 3, Cap. 5). Tale studio si è svolto nel periodo compreso tra marzo-dicembre 2012.

Il risultato atteso di questo studio era verificare che i pazienti inseriti in un percorso strutturato che utilizza un approccio integrato, presentassero outcomes di salute bio-clinici e psico-socio-relazionale migliori, rispetto ai pazienti trattati con il solo modello tradizionale. Per ragioni di tempo, nello specifico legate al fatto che la verifica dei cambiamenti negli outcome di salute indotti dall’applicazione del modello assistenziale integrato richiedono molto più tempo di quello concesso dal percorso di dottorato, solo alcuni dati molto preliminari riferiti a questo obiettivo saranno qui presentati.

Nella tabella 2.4 sono illustrate le due fasi dello Studio 1[^], i rispettivi obiettivi, nonché, i tempi di rilevazione, i partecipanti coinvolti e gli strumenti d'indagine utilizzati.

Al fine di dare il quadro complessivo del progetto realizzato, nelle tabelle 2.4, 2.5 e 2.6 sono illustrate le diverse sottofasi dei tre studi, i rispettivi obiettivi, nonché, i tempi di rilevazione, i partecipanti coinvolti e gli strumenti d'indagine utilizzati

Tabella 2.4 – Studio 1[^]

Studio 1[^]: Analisi del contesto e verifica del modello assistenziale esistente ai fini di valutare possibili interventi migliorativi		
FASE ED OBIETTIVI SPECIFICI	STRUMENTI	PARTECIPANTI
<p>Fase 1[^] che ha l'obiettivo di individuare nei documenti formali esistenti il modello assistenziale dominante (maggio - luglio 2011)</p>	<p>Analisi quali-quantitativa sui dati d'archivio relativi alle schede infermieristiche (anno 2010) che si sostanzia in un confronto fra il numero totale di "campi" previsti dai documenti e "campi" effettivamente compilati.</p> <p>Per i pazienti post- STEMI, analisi delle schede di : Assessment inf. case Manager (N. 1).</p> <p>Per i pazienti NSTEMI e AI, analisi delle schede di: Accettazione del Paziente (N.2) Diario Inf.d'ingresso del paziente (N.3) Diario Infermieristico di turno (N.4) Grafica Infermieristica (N.5)</p>	<p>Il 25% di tutte le schede relative al N. totale dei ricoveri per SCA riferiti all'anno 2010 (N. 519), di cui:</p> <p>50 schede N. 1 sul totale di 50 schede</p> <p>100 schede N.2 sul totale di 469 schede</p> <p>100 schede N.3 sul totale di 469 schede</p> <p>100 schede N.4 sul totale di 469 schede</p> <p>100 schede N.5 sul totale di 469 schede</p>
<p>Fase 2[^] che ha l'obiettivo di perfezionare l'analisi del modello/percorso assistenziale esistente dal punto di vista dei professionisti (luglio - agosto 2011)</p>	<p>Strumento quantitativo strutturato self-report al fine di indagare l'agito professionale in termini di attività bio-cliniche e psico-sociali durante il turno di lavoro</p>	<p>Infermieri (N = 17) che operano all'interno dell'U.T.I.C.</p>

Tabella 2.5 – Studio 2^

Studio 2^: Implementazione del percorso formativo e attuazione del modello assistenziale integrato		
FASE ED OBIETTIVI SPECIFICI	STRUMENTI	PARTECIPANTI
<p>Fase 1^ ha l'obiettivo di individuare una serie di elementi che mancano per arricchire il modello esistente con quello integrato</p> <p>(settembre 2011 - gennaio 2012)</p>	<p>Intervista strutturata che rileva:</p> <ul style="list-style-type: none"> -le immagini implicite individuali dei professionisti prima di frequentare il percorso formativo -le percezioni, la motivazione e l'interesse dei professionisti rispetto all'adozione di tale nuovo modello integrato 	<p>Tutti gli Infermieri (N = 17) che operano all'interno dell'U.T.I.C. senza criteri di esclusione.</p>
<p>Fase 2^ ha l'obiettivo di progettare il percorso formativo per i professionisti</p> <p>(febbraio – settembre 2012)</p>	<p>Strumento strutturato ossia il dossier formativo di gruppo che riporta l'analisi di fabbisogno formativo, il progetto formativo stesso, la realizzazione del progetto e relativa valutazione</p>	<p>Percorso (di 3 moduli di 8 ore ciascuno) dedicato agli infermieri che costituiscono il gruppo sperimentale (N = 9) I restanti infermieri costituiscono in gruppo di controllo (N = 8)</p>
<p>Fase 3^ ha l'obiettivo di monitorare il percorso di formazione dei professionisti</p> <p>(novembre 2012)</p>	<p>Gli strumenti utilizzati saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -un caso clinico per valutare le conoscenze e le abilità apprese durante le fasi del percorso formativo -un questionario di apprendimento che valuta le conoscenze e le abilità apprese al termine del percorso formativo 	<p>Infermieri (N = 9) che hanno seguito il percorso formativo</p>
<p>Fase 4^ ha l'obiettivo di rilevare l'agito dei professionisti sul campo in base alle conoscenze e abilità apprese</p> <p>(a distanza di 1 mese al termine del percorso formativo: fine dicembre 2012)</p>	<p>Strumento quantitativo strutturato self-report (lo stesso utilizzato nella fase 2 dello Studio 1^), al fine di valutare sul campo l'effettiva integrazione delle competenze acquisite nell'operato professionale</p>	<p>Infermieri (N = 9) che hanno partecipato al percorso formativo e che costituiscono il gruppo sperimentale</p>

Tabella 2.6 – Studio 3[^]

Studio 3[^]: Valutazione degli outcomes di salute dei pazienti assistiti con modello tradizionale e dei pazienti assistiti con modello integrato		
FASE ED OBIETTIVI SPECIFICI	STRUMENTI	PARTECIPANTI
<p>Fase 1[^] ha l'obiettivo di misurare gli outcomes di salute derivanti dall'applicazione del modello assistenziale tradizionale, dei pazienti con SCA a distanza di 1 mese dalla dimissione</p> <p>(marzo 2012- settembre 2012)</p>	<p>Strumento quantitativo strutturato self-report che indaga dati "soggettivi" dei pazienti : variabili di salute di natura bio-clinica (presenza di sintomi specifici come l'angina; la valutazione dell'aderenza terapeutica, farmacologica e non);</p> <p>variabili di salute di natura psico-socio-relazionali (la rappresentazione emozionale della malattia, il senso di auto-efficacia percepita, la valutazione della qualità della vita percepita e la qualità della continuità assistenziale percepita) prima e a distanza di un mese dalla formazione degli infermieri</p>	<p>N. 84 pazienti con SCA</p>
<p>Fase 2[^] ha l'obiettivo di misurare gli outcomes di salute derivanti dall'applicazione del modello assistenziale integrato dei pazienti con SCA a distanza di 1 mese dalla dimissione</p> <p>(dicembre 2012)</p>	<p>Strumento quantitativo strutturato self-report che indaga dati "soggettivi" dei pazienti : variabili di salute di natura bio-clinica (presenza di sintomi specifici come l'angina; la valutazione dell'aderenza terapeutica, farmacologica e non);</p> <p>variabili di salute di natura psico-socio-relazionali (la rappresentazione emozionale della malattia, il senso di auto-efficacia percepita, la valutazione della qualità della vita percepita e la qualità della continuità assistenziale percepita) prima e a distanza di un mese dalla formazione degli infermieri</p>	<p>N. equivalente di pazienti con SCA della fase 1[^]</p>

PARTE TERZA:

Il contesto di riferimento

CAPITOLO TERZO

Studio 1[^] - L'analisi del contesto

3.1. Razionale teorico

Le malattie cardiovascolari sono malattie cronico-degenerative con elevata incidenza di eventi e rappresentano la principale causa di mortalità e morbilità in Europa, con 4.3 milioni di decessi per anno. In particolare, nelle SCA, l'incidenza di recidive può arrivare fino al 20% per anno (Linee Guida Europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, 2012).

Tre fattori sono considerati in grado di ridurre le recidive: la rivascolarizzazione miocardica, la terapia medica ottimale e la modifica dello stile di vita a corredo della terapia farmacologica (Simpson, et al., 2006; Pizzini A., 2008). Attualmente solo la rivascolarizzazione è stata sufficientemente implementata, mentre rimane subottimale il grado di aderenza alla terapia farmacologica e la modifica degli stili di vita.

Non a caso le Linee Guida Cardiologiche Internazionali hanno posto come obiettivo fondamentale, nei pazienti con malattia cardiovascolare, l'implementazione di programmi di educazione sanitaria volti alla modifica dello stile di vita ed alla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari (fumo, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, diabete, inattività fisica), sia nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari che nella prevenzione secondaria. Il rischio di una recidiva di eventi cardiovascolari, inoltre, è strettamente correlato all'aderenza alla terapia farmacologica (ESC Clinical Practice Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice, 2007).

Ciò nonostante, studi recenti dimostrano che le misure di prevenzione secondaria non sono in realtà adeguatamente implementate e i principali goal raccomandati dalle società di cardiologia non vengono spesso raggiunti nei pazienti con malattie cardiovascolari. Ad esempio, in Gran Bretagna, il programma ASPIRE-PREVENT (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events, 2009) ha mostrato che lo stile di vita dei pazienti cardiopatici continua ad essere una delle più grandi sfide, data l'alta prevalenza di fumo e obesità. Dai risultati emerge che la maggior parte dei pazienti cardiopatici presentava livelli di pressione sanguinea, glucosio, lipidi e colesterolo inadeguati ostacolando il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle linee guida. Allo stesso modo, gli studi EUROASPIRE (2009) hanno chiaramente dimostrato che in Europa, compresa l'Italia, la prevenzione cardiovascolare secondaria è del tutto insoddisfacente nell'usuale pratica clinica. Il numero dei Centri di Riabilitazione Cardiovascolare è inadeguato e un importante numero di pazienti non è pertanto arruolato nei programmi riabilitativi, soprattutto in quelli a lungo termine, non beneficiando, quindi, di un potenziale ed efficace programma di prevenzione secondaria mirato

all'aderenza del trattamento terapeutico (Scardi, Gori & Umari, 2010). Dalla letteratura emerge, inoltre, che l'aderenza dei pazienti alla terapia prescritta rappresenta attualmente uno dei maggiori problemi nel determinare il successo degli interventi di prevenzione secondaria, in ambito cardiologico, e non solo. L'aderenza del paziente alla terapia farmacologica è stata non a caso definita come "la nuova frontiera nel miglioramento di qualità" (Menarello, 2009) e può essere intesa come un marker di corretto comportamento per tutti gli aspetti riguardanti la salute, indipendentemente da patologia e terapia prescritta. A differenza della compliance (grado con cui il comportamento passivo di un paziente coincide con le raccomandazioni del personale sanitario), l'aderenza prevede il coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione di un trattamento, elaborando un consenso basato sull'accordo (Osterberg & Blaschke, 2005).

La ricerca di fattori facilitanti/ostacolanti l'aderenza terapeutica riveste, quindi, un'importanza indispensabile nei progetti di prevenzione secondaria in ambito cardiovascolare. Gli studi in ambito cardiovascolare, in merito alle determinanti che concorrono alla scarsa aderenza, mettono in evidenza una molteplicità di variabili che, seguendo lo schema proposto dalla WHO (2003), si riconducono principalmente a: *fattori socio-economici* (es. bassa cultura della salute, difficoltà nell'offerta dei farmaci causati da povertà, disoccupazione, indigenza); *fattori associati alle caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche dei pazienti* (età, genere, deficit cognitivi e sensoriali, stress, bassa alfabetizzazione funzionale, comorbidità con l'abuso di sostanze, depressione o altre malattie psichiatriche); *fattori correlati alla terapia e al trattamento* (es. numero, posologia ed effetti collaterali dei farmaci) e *fattori di natura psico-sociale*, come le percezioni sulla malattia, le "credenze" sui medicinali, sulla medicina e sui comportamenti connessi alla salute (Baroletti & Dell'Orfano, 2010; Bisiacchi *et al.*, 2002; Colivicchi *et al.*, 2008; Sonali, *et al.*, 2006).

Oltre a ciò, non va dimenticato che concorrono alla spiegazione dell'aderenza anche fattori di natura relazionale, connessi al rapporto interpersonale e alla comunicazione personale tra sanitario e paziente, quali la chiarezza e adeguatezza delle informazioni sulla patologia, nonché sui farmaci e sulla durata del trattamento, l'autorevolezza del curante, il tempo dedicato al paziente e la cadenza dei follow up (Baroletti *et al.*, 2010; Colivicchi *et al.*, 2008); aspetti che non sempre vengono gestiti adeguatamente dal personale sanitario (Menarello *et al.*, 2009). Se a ciò si aggiunge che spesso i pazienti non percepiscono o percepiscono in maniera distorta le informazioni offerte dal personale sanitario, si suggerisce che una più attenta analisi dei fattori cognitivi, emotivi-motivazionali e relazionali, che si associano alla comprensione dei pazienti della malattia e del trattamento,

compresi i benefici attesi, sono elementi indispensabili nella spiegazione del comportamento aderente e quindi del successo del processo riabilitativo (Krueger *et al.*, 2005).

Un'altra classificazione che si sovrappone in parte alla precedente considera la mancanza di aderenza terapeutica in due grandi categorie: di tipo *intenzionale* e *non intenzionale* (Colivicchi *et al.*, 2008).

La forma *intenzionale* è caratterizzata da una decisione consapevole del paziente. Le principali cause si riconducono ad aspetti quali: convinzione soggettiva che i medicinali non siano efficaci, ovvero siano potenzialmente tossici (rational nonadherence); problemi di presunti costi diretti od indiretti legati alla terapia; insufficiente informazione fra medico/infermiere e paziente (defaulting); conseguenza di una risposta emotiva alla patologia ed alla terapia. La forma intenzionale di mancata aderenza porta prima o poi (a volte sin dalla prima prescrizione) ad una interruzione del trattamento (non persistence).

La forma *non intenzionale* rappresenta, invece, una condizione in cui il paziente, che ha un'esplicita volontà di seguire la terapia, presenta tuttavia difficoltà a farlo per motivi in gran parte riconducibili al suo contesto socio-economico, o semplicemente per "dimenticanza".

Dalla combinazione di questi fattori si vengono a configurare tre aree sulle quali l'infermiere può intervenire, seppure in forma e entità diverse per favorire l'aderenza terapeutica: area dell'incredulità e dell'irrazionalità, area dell'insufficiente informazione e area della dimenticanza.

Diversi progetti europei hanno testato l'efficacia di programmi di educazione sanitaria strutturati, coordinati dal personale infermieristico e volti alla modifica degli stili di vita ed al controllo dell'aderenza della terapia farmacologica. Lo studio GOSPEL (Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence after Myocardial Infarction, 2008), realizzato dalle strutture di cardiologia riabilitativa italiane, ha dimostrato che un intervento di riabilitazione intensiva a lungo termine, rispetto ad un programma di assistenza tradizionale, è più efficace nel modificare comportamenti scorretti legati allo stile di vita dei pazienti. Lo studio ha mostrato in particolare che un intervento strutturato e continuativo sulle raccomandazioni sullo stile di vita, attuato nella fase post-acuta (a cadenza mensile fino al 6° mese, quindi a cadenza semestrale per 3 anni, con specifici interventi di rinforzo ogni 6 mesi) se non ha influenzato la mortalità totale o cardiovascolare, è stato comunque in grado di ridurre in maniera significativa l'incidenza di reinfarto. Anche il programma RESPONSE (Randomized Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse Specialists, 2010) presso la Società Europea di Cardiologia (ESC) ha mostrato con evidenza che un programma gestito dal personale infermieristico per la prevenzione, sia primaria o secondaria, può essere efficace e concretamente fattibile in un certo numero di sistemi di assistenza sanitaria. In

particolare, chi ha usufruito del programma RESPONSE, e quindi ha visto l'infermiere quattro volte per 30 minuti nel corso dei sei mesi dopo la dimissione, aveva più probabilità di raggiungere gli obiettivi per la pressione arteriosa sistolica, colesterolo LDL e uno stile di vita sano, con un riduzione del rischio relativo del 16,9% ($p = .029$) rispetto al solito gruppo-cura. Risultati modesti si sono invece ottenuti in termini di cessazione del fumo e riduzione del peso. Infine, anche i principali risultati dello studio EUROACTION (2012), che prevedeva un programma di prevenzione secondaria cardiovascolare *nurse-directed*, hanno mostrato che il gruppo di intervento ha presentato un miglioramento statisticamente significativo rispetto alle cure abituali per l'assunzione di quantità consigliata di frutta e verdura, la perdita di peso, nel controllo della pressione arteriosa e nel controllo dei valori del colesterolo totale.

L'educazione del paziente con SCA è quindi una componente importante nell'assistenza dei pazienti e gli interventi di educazione condotti dagli infermieri stanno diventando sempre più vitali e predominanti (Chummun, Gopaul & Lutchman, 2009), poiché incrementano nei pazienti la conoscenza e la comprensione della malattia e del trattamento e migliorano le aspettative sulla salute dei pazienti (Briggs, 2010), favorendo l'aderenza terapeutica (Holst, Willenheimer, Mårtensson *et al.*, 2007).

In particolare, i trattamenti non farmacologici (mirati quindi al controllo dell'alimentazione, del peso, dell'esercizio fisico, dell'uso di tabacco e l'abitudine all'alcool) stanno divenendo sempre più importanti negli ultimi anni e lo sviluppo di programmi prevalentemente infermieristici sono stati implementati in questa direzione, dimostrando maggior successo in termini di sopravvivenza e una riduzione e di durata media dei ricoveri ospedalieri (Kirchberger, Meisinger, Seidl, Wende, Kuch & Holle, 2010). Percorsi individualizzati rispetto a metodi abituali (maggiormente generalizzati) sono risultati più efficaci nello sviluppare nei pazienti comportamenti volti all'autogestione dell'attività fisica (Tokunaga-Nakawatase, Taru & Miyawaki, 2011), nella riduzione dell'ipercolesterolemia (Mason, 2005) e dell'abitudine al fumo (Sreedharan, Muttappallymyalil, & Venkatramana, 2010). E' stato quindi dimostrato che gli incontri educazionali condotti da infermieri migliorano la conoscenza della malattia e la consapevolezza dei benefici di uno stile di vita corretto per prevenire il peggioramento delle loro condizioni (Amodeo, De Ponti, Sorbara *et al.*, 2009).

Fra gli interventi gestiti da infermieri, quelli individualizzati, basati su canali e modalità multiple (che implicano un contatto diretto, che includono informazioni scritte, come opuscoli cartacei e brochures, o l'utilizzo di audiovisivi), producono un aumento della conoscenza e dei comportamenti di self-care, riducendo il numero di sintomi post-dimissione e quindi migliorando sensibilmente gli outcomes di salute dei pazienti che ne beneficiano (Carin *et al.*, 2004; Fredericks *et al.*, 2010). Altri

studi hanno dimostrato che un programma di educazione infermieristico, anche di durata relativamente breve (Buckley, McKinley, Gallagher *et al.*, 2007, Kirchberger, Meisinger, Seidl, Wende, Kuch, & Holle, 2010), risultava utile a incrementare le conoscenze, gli atteggiamenti, le credenze riguardo ai sintomi delle SCA e sulle appropriatezza della risposta ai sintomi (McKinley, Dracup, Moser, Riegel, Doering, Meischke, Aitken, Buckley, Marshall, Pelter, 2009). Esso è risultato utile anche nell'influenzare positivamente la qualità della vita dei pazienti (Gonza'1, Lupo', Herreros, Agusti'n, *et al.*, 2005; Johansson, Dahlstro & Brostro 2006), con risultati positivi anche a lungo termine (Sreedharan, Muttappallymyalil, & Venkatramana, 2010).

Quello che risulta, in sintesi, dalle diverse esperienze è che i progetti devono essere orientati ad un progetto organico di cure, personalizzato e affrontato in maniera multidisciplinare (Gask, 2005). In ambito strettamente operativo, come già detto, il successo dei programmi di prevenzione secondaria è connesso all'implementazione di un intervento che sia multifattoriale e omnicomprensivo, che si avvale di diverse competenze professionali in ambito strettamente medico (come ad esempio il cardiologo, il medico internista, il medico di medicina generale, il geriatra, il neurologo) e anche di personale non medico (come ad esempio, lo psicologo, il dietista, l'infermiere).

A conclusione di questa rassegna si può quindi affermare che l'aderenza terapeutica *evidence-based* nei pazienti con cardiopatia ischemica e, quindi con SCA, è un problema estremamente importante nella pratica quotidiana clinica-assistenziale perché condiziona mortalità, morbilità, riospedalizzazioni e scadente qualità di vita. Come si evince dalla letteratura, numerose sono le variabili che condizionano la scarsa aderenza e le numerose strategie proposte per migliorarla, sono ancora insufficienti. Poiché l'aderenza al trattamento terapeutico è influenzata dall'ambiente in cui il paziente vive, dai providers della salute e dal sistema di cura, è pertanto necessario un intervento multifattoriale e simultaneo che coinvolga i diversi attori. Infine, i programmi di prevenzione secondaria fino ad ora implementati presentano il grande limite di concretizzarsi come training fisici o programmi di educazione alla salute in termini di fattori prevalentemente clinici, trascurando i fattori psico-sociali e relazionali che sono necessariamente implicati nei programmi educativi gestiti dal personale sanitario e che spesso sono fattori determinanti nel condizionare il comportamento "aderente" dei pazienti.

Pertanto, una sfida importante per il miglioramento dei risultati di salute per i pazienti con SCA è quella di implementare dei percorsi assistenziali strutturati intensivi, che prevedano un approccio assistenziale multidimensionale, orientato alla continuità assistenziale terapeutica. In tal senso, la continuità è intesa sia dal punto di vista longitudinale, in termini di livello di intensità (stima della

frequenza delle visite e dei contatti) con cui si sviluppa nel tempo la relazione tra paziente e professionista, sia dal punto di vista del coordinamento delle cure tra diversi professionisti, in termini dello scambio informativo e delle relazioni, sia in termini di adeguatezza di quantità e qualità di controlli percepiti dal paziente (Longo, Salvatore & Tasselli, 2009). Quest'ultimo aspetto risulta particolarmente importante per i pazienti con SCA, se si considera che, come è emerso dalla letteratura consultata, nel 20% -64% dei casi la scarsa aderenza al trattamento contribuisce al ricovero. Si sottolinea quindi la necessità di realizzare una vera e propria partnership tra i sanitari ed i pazienti al fine di migliorare gli outcomes di salute (Leventhal, Marcia, Riegelb, Beverly, *et al.*, 2005).

In particolare appare determinante, in questo percorso, il coinvolgimento del personale infermieristico per la gestione a lungo termine della prevenzione secondaria (Nurse Clinic) e per l'implementazione di programmi mirati a migliorare l'aderenza terapeutica e il cambiamento degli stili di vita (Delaney, Lee *et al.*, 2008). Non a caso coinvolgimento degli infermieri è stato definito un elemento chiave per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari (Scardi, Gori & Umari, 2010).

Tuttavia, un limite della letteratura riportata consiste sul fatto che, pur dimostrando quanto sia importante la continuità delle cure e il ruolo che l'assistenza infermieristica ricopre nella modificazione degli outcomes di salute, non ci sono evidenze empiriche che dimostrano che la *qualità* dell'assistenza derivante dall'applicazione di diversi modelli assistenziali (tradizionale o narrativo), generi specifiche differenze.

In particolare non ci risultano studi che in ambito cardiovascolare abbiano dimostrato che l'utilizzo di un modello assistenziale che integra gli aspetti bio-clinici con quelli psico-sociali abbiano un effetto sull'aderenza terapeutica e sua volta responsabile degli outcomes di salute. Negli studi presentati, infatti, pur essendo previsti specifici follow-up di monitoraggio dello stato di salute dei pazienti, non sono esplicitati i modelli assistenziali sottesi al processo assistenziale dei pazienti cardiopatici, rendendo quindi difficoltosa la comprensione di come i contenuti e il tipo di strutturazione degli interventi attuati possa incidere sugli outcome di salute. E' presumibile infatti ipotizzare che non sia solo la quantità e la frequenza degli interventi assistenziali a determinare esiti positivi sulla salute dei pazienti cardiopatici, ma che su di essa incida anche la qualità delle cure fornite che nel nostro modello teorico è guidata dai modelli assistenziali assunti a riferimento della propria pratica professionale.

E il raggiungimento di questo obiettivo che ha ispirato il progetto di ricerca. Nello specifico, lo Studio 1[^] riportato in questo capitolo, si è reso necessario per valutare il modello assistenziale

esistente in U.T.I.C., lo Studio 2[^] riportato nel capitolo 4 ha avuto l'obiettivo di modificare il modello assistenziale prevalente e lo Studio 3[^] riportato nel capitolo 5 ha avuto l'obiettivo di confrontare, attraverso un disegno pre-post test, gli outcomes associati al modello tradizionale con quelli associati al modello integrato.

In particolare, l'obiettivo dello Studio 1[^] è stato quello di verificare la presenza di un percorso assistenziale strutturato per il paziente con SCA, nonché, il modello assistenziale esistente e praticato in U.T.I.C, cercando di verificare se esso fosse di tipo tradizionale, narrativo o narrative nursing integrato.

Lo Studio 1[^], di natura descrittiva ed esplorativa, si è composto di 3 fasi e ha previsto un approccio multi metodo. Per ogni fase verranno di seguito descritte le metodologie utilizzate, i materiali analizzati e i principali risultati conseguiti.

3.2 Fase 1[^] - L'analisi dei documenti formali

Obiettivi

La prima fase ha avuto come obiettivo specifico quello di individuare i *documenti formali esistenti* in U.T.I.C. che definiscono e declinano il modello assistenziale dominante nel processo assistenziale. Tale fase si è svolta nel periodo compreso fra Maggio 2011 e Luglio 2011.

Strumenti

I documenti formali che sono stati individuati sono le schede infermieristiche, le procedure e le istruzioni operative. In questo studio sono state prese in considerazione soltanto le schede infermieristiche, in quanto le procedure e le istruzioni operative facevano riferimento ad azioni sequenziali di determinate procedure cliniche non rilevanti ai fini degli obiettivi prefissati dalla ricerca (es. procedura per il posizionamento del catetere venoso centrale, procedura per il posizionamento del sondino naso gastrico e così via).

Le tipologie di schede presenti nell'operato dei professionisti infermieri dell'UTIC dell'ospedale di Parma sono risultate in tutto 5, differenziandosi a seconda della tipologia dei pazienti:

scheda 1 - Assessment infermieristico Case Manager (per i pazienti con STEMI);

scheda 2 - Accettazione del Paziente (per i pazienti con NSTEMI e AI);

scheda 3 - Diario Infermieristico d'ingresso del paziente (per i pazienti con NSTEMI e AI);

scheda 4 - Diario Infermieristico di turno (per i pazienti con NSTEMI e AI);

scheda 5 - Grafica infermieristica (per i pazienti con NSTEMI e AI);

Questa distinzione si è resa necessaria in quanto i pazienti con STEMI seguono un percorso assistenziale diverso rispetto ai pazienti NSTEMI e AI.

Una volta distinte le schede, si è proceduto per ogni scheda *non compilata*, ad una prima analisi descrittiva consistente nel mero conteggio dei campi chiusi con carattere bio-clinico e dei campi chiusi con carattere psico-socio-relazionale presenti nelle schede (Tabella 3.1).

I campi bio-clinici sono stati identificati prendendo in considerazione le attività di routine del piano di lavoro dell'infermiere, mentre rispetto ai campi psico-sociali si è fatto riferimento al modello funzionale di Gordon (1992).

Un secondo livello d'analisi ha riguardato le schede infermieristiche *compilate*, nonché i contenuti di eventuali campi aperti, come le note (Tabella 3.2).

Campione di schede selezionate

Il campione di schede selezionate è stato determinato in base al numero dei ricoveri totali riferiti all'anno 2010 per i pazienti con NSTEMI e AI (469 schede), estraendo in maniera randomizzata circa il 25% delle schede infermieristiche compilate (100 schede). Una eccezione è stata fatta soltanto per le schede N. 1 riferite ai pazienti con STEMI, per le quali è stato considerato l'universo (50 schede).

Risultati

Come si può vedere dalla tabella 3.1, rispetto a tutte le schede *infermieristiche N.1* – “Assessment infermieristico Case manager” analizzate (50), 44 su 94 erano i campi clinici e 50 su 94 erano campi psico-sociali; in quest'ultimi la quantità di campi mancanti era pari a 5.

Inoltre, soltanto in 11 schede le note erano state compilate. L'analisi sintetica del contenuto di queste note ha messo in evidenza la presenza di due macro categorie: lo stato clinico del paziente (es. il paziente riferisce dolore i parametri vitali sono nella norma), che ha riguardato 4 su 11 schede e il programma clinico/assistenziale attuato dall'infermiere (es. il paziente ha eseguito coronarografia e angioplastica previsto trasferimento del paziente presso l'U.O. Cardiotorre), che ha riguardato le restanti 7 su 11 schede.

Rispetto a tutte le schede *infermieristiche N.2* – “Accettazione del paziente con NSTEMI e AI” (100), 17 su 19 erano campi clinici e 2 su 19 erano campi psico-sociali; in quest'ultimi la quantità di campi mancanti era pari a 19. In questa scheda le note non erano previste e, quindi, non è stato possibile analizzarne il contenuto.

Rispetto a tutte le schede *infermieristiche N.3* – “Diario infermieristico d’ingresso per pazienti NSTEMI e AI” (100), 23 su 24 erano campi clinici e 1 su 24 il campo psico-sociale; in quest’ultimo la quantità di dati mancanti era pari a 12.

Le note non erano state compilate in 10 schede. L’analisi sintetica del contenuto delle note che erano state, invece, compilate ha confermato la presenza delle due macro categorie: lo stato clinico del paziente (es. il paziente presenta dolore retrosternale – il paziente presenta vasto ematoma a livello brachiale radiale dx), che ha riguardato 63 su 100 schede e il programma clinico/assistenziale attuato dall’infermiere (es. eseguire esami ematici per marcatori cardiaci, eseguire emotrasfusione- in emoteca ci sono a disposizione 2 unità di emazia concentrate), che ha riguardato le restanti 27 su 100 schede.

Rispetto a tutte le schede *infermieristiche N.4* – “Diario infermieristico di turno per pazienti NSTEMI e AI” (100), 36 su 37 erano campi clinici e solo 1 era un campo psico-sociale; in quest’ultimo la quantità di campi mancanti era pari a 5.

Le note erano state compilate in 58 schede. L’analisi sintetica del contenuto delle note ha confermato la presenza delle due macro categorie: lo stato clinico del paziente (es. il paziente presenta marcatori cardiaci ancora elevati, il paziente presenta dolore toracico irradiato al braccio e alla mandibola), che ha riguardato 28 su 100 schede e il programma clinico/assistenziale attuato dall’infermiere (es. nel pomeriggio è previsto ecocardiogramma di controllo – mantiene compressiva radiale dx fino a domani), che ha riguardato le restanti 30 su 100 schede.

Rispetto a tutte le schede *infermieristiche N.5* – “Grafica infermieristica per pazienti NSTEMI e AI” (100), sono state prese in considerazione soltanto le note in quanto i campi presenti erano parametri prettamente clinici (es. frequenza cardiaca, pressione arteriosa).

Le note erano state compilate solo in 3 delle schede totali. L’analisi sintetica del contenuto di queste note ha confermato la presenza delle due macro categorie: lo stato clinico del paziente (es. il paziente presenta ipertensione arteriosa – il paziente presenta iperglicemia), che ha riguardato 2 su 100 schede e il programma clinico/assistenziale attuato dall’infermiere (es. sostituire il catetere vescicole), che ha riguardato le restanti 1 su 100 schede.

Tabella 3.1 – Analisi descrittiva delle schede infermieristiche non compilate (valori assoluti)

Schede non compilate	N. Campi Bio-clinici	N. Campi Psico-socio-relazionali	Note	Modello assistenziale sotteso
N.1 Assessment Inf.Case Manager. Paziente STEMI (50 schede analizzate)	44/94	50/94	SI	Non solo tradizionale
N.2 Accettazione del paziente con NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	17/19	2/19	NO	Tradizionale
N.3 Diario Inf. D'ingresso paziente con NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	23/24	1/24	SI	Tradizionale
N.4 Diario Inf. Turno paziente NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	36/37	1/37	SI	Tradizionale
N.5 Grafica infermieristica paziente NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	/	/	SI	Tradizionale

Tabella 3.2 – Analisi descrittiva delle schede infermieristiche compilate (valori assoluti)

Schede Compilate	N. Campi Psico-socio-relazionali	N. campi mancanti Psico-socio-relazionali	N. Schede con note compilate	Modello assistenziale sotteso
N.1 Assessment Inf.Case Manager. Paziente STEMI (50 schede analizzate)	50/94	5	11	Non solo tradizionale
N.2 Accettazione del paziente con NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	2/19	19	NO	Tradizionale
N.3 Diario Inf. D'ingresso paziente con NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	1/24	12	10	Tradizionale
N.4 Diario Inf. Turno paziente NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	1/37	5	58	Tradizionale
N.5 Grafica infermieristica paziente NSTEMI e AI (100 schede analizzate)	/	/	3	Tradizionale

Conclusione

Per quanto riguarda la Fase 1[^] dello Studio 1[^], i risultati evidenziano che le schede erano strutturate facendo riferimento ad un modello assistenziale prevalentemente di tipo tradizionale. Le frequenze delle campi bio-clinici risultano, infatti, essere più elevate rispetto a quelle psico-socio-relazionali, e anche laddove i campi fossero bilanciati fra queste due tipologie, la percentuale di missing dei campi psico-sociali risultava elevata. Quindi, in prima istanza si è potuto verificare l'obiettivo dello Studio. Tuttavia, per confermare che il modello assistenziale sotteso fosse di tipo tradizionale, si riportano i risultati relativi al self-report relativo all'agito professionale (Fase 2[^]).

3.3 Fase 2[^] - L'agito professionale degli infermieri

Obiettivi

La fase 2[^] dello Studio 1[^] ha avuto come obiettivo quello di perfezionare l'analisi del modello/percorso assistenziale esistente dal punto di vista dei professionisti. E' stato, infatti, analizzato l'agito dei professionisti ed è stato verificato a quali aspetti dell'assistenza essi prestano più attenzione. Tale fase si è svolta nel periodo compreso fra Luglio 2011 a Agosto 2011.

Strumenti

E' stato utilizzato per questa fase uno strumento quantitativo strutturato self-report al fine di indagare l'agito professionale in termini di attività/interventi durante il turno di lavoro e anche al fine di verificare se l'attenzione dei professionisti si orientava, nell'assistenza, su variabili di natura bio-clinica, psico-socio-relazionale o entrambe.

Il self-report è stato compilato dagli infermieri prima e alla fine dei tre turni (mattino, pomeriggio e notte) di lavoro.

L'area "A", compilata prima dell'inizio del turno, prevedeva un'indagine *socio-anagrafica* e due domande relative rispettivamente al *tempo dedicato* alle tre fasi del processo nursing (accertamento, assistenza clinica ed educazione) durante il turno e all'*importanza* ad esse attribuito. La scala utilizzata nel primo caso era a 4 punti (1= nessun tempo dedicato; 4= circa $\frac{3}{4}$ del mio tempo) e quella utilizzata nel secondo caso era sempre a 4 punti (1= nessuna importanza; 4= molta importanza).

Le aree "B", "C" e "D", compilate rispettivamente alla fine del secondo turno del mattino, alla fine del secondo turno di pomeriggio e alla fine del secondo turno della notte, riguardavano un elenco di *attività/interventi infermieristici* attuati con pazienti sia di prima accettazione, sia già ricoverati ed entrambi. La lista delle attività/interventi proposta è stata costruita ad hoc sulla base dell'analisi dei documenti formali e del piano di lavoro in uso nell'U.T.I.C. (Fase 1[^] - Studio 1[^]), ed è stata arricchita delle attività/interventi previsti dal modello "narrative nursing integrato" (Cap. 1). La lista delle attività è stata valutata da due giudici indipendenti scelti sulla base delle loro competenze infermieristiche e psicologiche nell'ambito della SCA. I giudici hanno raggiunto un accordo unanime sulla codifica degli items nelle due macro categorie che fanno riferimento rispettivamente alle attività "bio-cliniche" e "psico-socio-relazionali". Il numero complessivo delle attività cliniche era 13 mentre quello delle attività psico-sociale era 17; in entrambe le attività il numero veniva ripetuto per i tre turni di lavoro.

La scala utilizzata per la misurazione delle attività/interventi durante i tre turni, era una scala dicotomica: in corrispondenza di ogni attività l'infermiere doveva indicare se praticata o non praticata.

L'ultima area "E", compilata alla fine del secondo turno della notte, indagava l'attenzione *attualmente* dedicata in U.T.I.C. agli aspetti bio-clinici e a quelli psicologici e relazionali; la scala utilizzata era a 4 punti (1= per niente; 4= molto). Una medesima scala indagava, inoltre, l'attenzione *idealmente* dedicabile agli aspetti bio-clinici e a quelli psicologici e relazionali.

Nel self-report le attività bio-cliniche e psicologici e relazionali sono state operazionalizzate nel seguente modo:

- attività di rilevazione di **parametri bio-clinici** (es. *angina o dolore toracico, aritmie, dispnea, disturbi del riposo/sonno, dolore allo stomaco/nausea e così via.*)
- attività di rilevazione di **aspetti psicologici** (es. *ansia e/o paura legata al contesto ospedaliero, paura del futuro, paura di morire, minaccia reale o percepita al proprio benessere e così via.*)
- attività di rilevazione di **aspetti relazionali** (es. *non adesione ai farmaci/trattamenti, gestione inefficacie del regime terapeutico, cambiamenti anticipati della propria quotidianità/stile di vita, difficoltà nel rapporto paziente e personale sanitario e così via.*)

In ultimo una scala a 3 punti (1= meno tempo; 3= più tempo) misurava quanto tempo in condizioni *ideali* di lavoro bisognerebbe dedicare all'*accertamento*, all'*assistenza* e all'*educazione* infermieristica per ciascuna delle seguenti tipologie che vengono prevalentemente prese in carico in U.T.I.C., secondo i dati forniti dall'U.O. epidemiologica dell'AOU di Parma: pazienti Infartuati STEMI, NSTEMI, con A.I., con scompenso cardiaco, con aritmie, in attesa di intervento cardiocirurgico e già sottoposti ad intervento cardiocirurgico.

Partecipanti

In questa fase è stato considerato l'universo dei partecipanti, dato che il self-report è stato compilato da tutti professionisti infermieri (17) che operano all'interno dell'U.T.I.C.

I partecipanti, ovvero l'universo dei professionisti infermieri dell'U.T.I.C. sono stati reclutati attraverso i nominativi forniti dalla coordinatrice dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

E' stato previsto un incontro appositamente organizzato dal ricercatore in cui, agli infermieri presenti (13), sono stati esplicitati gli obiettivi dello studio e sono state fornite delle precise indicazioni sulla modalità di compilazione dello strumento, nonché sui tempi come indicato nel frontespizio dello strumento. Nella stessa occasione il ricercatore ha provveduto a somministrare personalmente i questionari ad ogni partecipante presente. Gli infermieri che, invece, non erano presenti all'incontro (4) in quanto erano in servizio, sono stati raggiunti in un secondo momento (alla fine del proprio turno di lavoro) in cui è stato somministrato il questionario con relative istruzioni sulle modalità di compilazione.

I questionari sono stati compilati e riconsegnati in forma anonima al ricercatore. Un box, che raccoglieva tali questionari, è stato appositamente predisposto e posizionato all'interno dell'ufficio della coordinatrice dell'U.T.I.C. Il ricercatore ogni settimana ha provveduto a recuperare i

questionari posizionati nel box fino al raggiungimento del numero dei questionari previsti. I tempi di riconsegna dei questionari sono stati rispettati da parte di tutti i partecipanti.

Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche e professionali (Tabella 3.3), si evince che i professionisti erano 4 maschi e 13 femmine. Circa l'anzianità di servizio, 10 esercitavano la professione infermieristica da 10 anni e 7 da più di 10 anni. Circa l'anzianità di servizio in U.T.I.C., 11 infermieri operavano in U.T.I.C. da 10 anni o meno e 6 professionisti operavano da più di 10 anni in U.T.I.C. Nel momento della compilazione 5 infermieri operavano nel ruolo di Case Manager, 1 infermiere operava in Terapia Intensiva ed 11 infermieri operavano in Post Intensiva.

Tabella 3.3 – Caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti (valori assoluti e percentuali)

Genere	Maschi	Femmine	
	4 (23,5 %)	13 (76,5 %)	
Anzianità di Servizio	Da 10 anni	Da più di 10 anni	
	10 (58,8 %)	7 (41,2%)	
Anzianità di Servizio in U.T.I.C.	Da 10 anni	Da più di 10 anni	
	11 (64,7 %)	6 (35,3%)	
Ruolo professionale	Case Manager	Infermiere in Terapia Intensiva	Infermiere in Terapia Post Intensiva
	5 (29,4%)	1 (5,9%)	11 (64,7%)

Durante il periodo dello studio, a conferma dell'indagine retrospettiva sulla tipologia dei pazienti presi in carico in U.T.I.C. (Cap.1), la maggior parte dei pazienti assistiti presentavano un NSTEMI (101) con una frequenza maggiore durante il turno del pomeriggio; seguivano i pazienti con STEMI (89) maggiormente distribuiti durante i tre turni e i pazienti con AI (35) con una frequenza maggiore durante il turno del mattino e della notte. Il totale dei pazienti assistiti nei tre turni è risultato di 197 (Tabella 3.3).

Tabella 3.3 – Tipologia di pazienti assistiti (valori assoluti e percentuali)

Tipologia di pazienti				
	Frequenza- Mattino	Frequenza - Pomeriggio	Frequenza - Notte	Totale
STEMI	28	33	28	89
NSTEMI	28	41	32	101
AI	14	7	14	35
Totale	42	81	74	197

Analisi dei dati

Dato l'esiguo numero di casi (17) e il fatto che le scale di misura erano per la maggior parte dei casi di natura ordinale, le statistiche prescelte sono state di tipo non parametrico.

Oltre ad eseguire un'analisi descrittiva delle variabili contenute nello strumento, rispetto alle domande contenute nell'area A del questionario (Allegato 1), si è preceduto a ricodificare i punteggi delle variabili relative al *tempo dedicato* alle tre fasi dell'assistenza nel modo seguente: è stato assegnato valore 1 all'opzione di risposta "nessun tempo dedicato"; valore 2 all'opzione "circa ¼ del mio tempo"; valore 3 all'opzione "1/2 del mio tempo" e valore 4 all'opzione "circa ¾ del mio tempo". Si è preceduto a ricodificare i punteggi della variabile relativa all'*importanza dedicata* alle

tre fasi dell'assistenza nel seguente modo: valore 1 "per niente importante"; valore 2 "un po' importante", valore 3 "abbastanza importante" e valore 4 "molto importante". Infine, si è utilizzato il test di Wilcoxon per confronti appaiati per verificare se ci fossero delle differenze significative fra le fasi di accertamento, assistenza ed educazione, sia in termini di tempo dedicato che di importanza. Lo stesso test è stato utilizzato per verificare se ci fossero differenze significative fra tempo dedicato ed importanza assegnata in ciascuna di queste tre fasi (Area A del questionario).

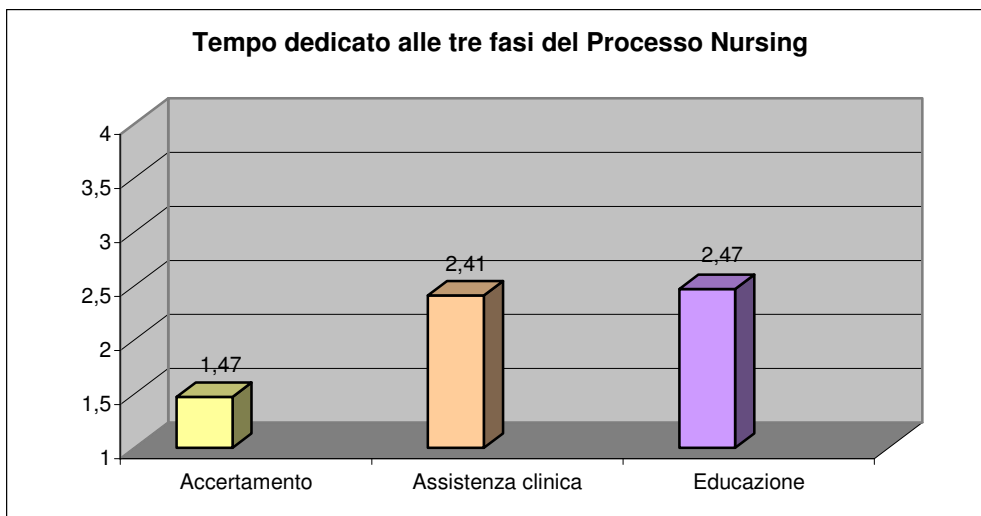
Le aree "B", "C" e "D", compilate rispettivamente alla fine del secondo turno del mattino, alla fine del secondo turno di pomeriggio e alla fine del secondo turno della notte, riguardavano come già descritto, un elenco di *attività/interventi infermieristici* sia di tipo bio-clinico (13) che psico-socio-relazionale (17). Queste attività sono state sommate in funzione del turno e confrontate attraverso il test di Wilcoxon per confronti appaiati durante i tre turni al fine di verificare se queste attività venivano praticate o non praticate in modo differente durante i tre turni.

L'ultima area "E" indagava l'attenzione *attualmente e idealmente* dedicata in U.T.I.C. agli aspetti bio-clinici e a quelli psicologici e relazionali. Questi aspetti dell'assistenza anche in questo caso sono stati confrontati attraverso il test di Wilcoxon per confronti appaiati al fine di valutare eventuali differenze significative.

Risultati

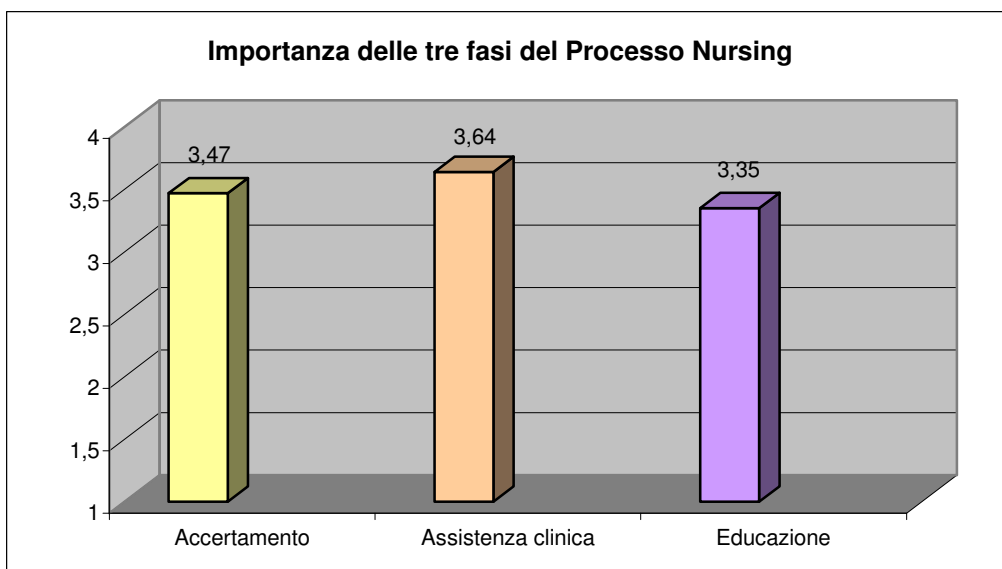
In primo luogo abbiamo analizzato i tempi che gli infermieri hanno dichiarato di avere dedicato alle tre fasi del processo nursing. I risultati delle analisi sono riportati nella Figura 3 in termini di medie di risposta per facilitare l'interpretazione delle tendenze. Dalla lettura dei risultati ottenuti con il test di Wilcoxon per confronti appaiati si evince che il *tempo dedicato* alla fase dell'assistenza clinica è significativamente maggiore rispetto al tempo dedicato alla fase dell'accertamento; ($z = 2.805$, $p = .005$) e soprattutto alla fase dell'educazione ($z = 3.345$, $p = .001$). Infine, il tempo dedicato alla fase dell'accertamento è significativamente minore rispetto a quello dedicato all'educazione ($z = 2.840$, $p = .005$).

Figura 3.1 – Tempo dedicato alle tre fasi del Processo Nursing (valori medi; range 1 - 4)



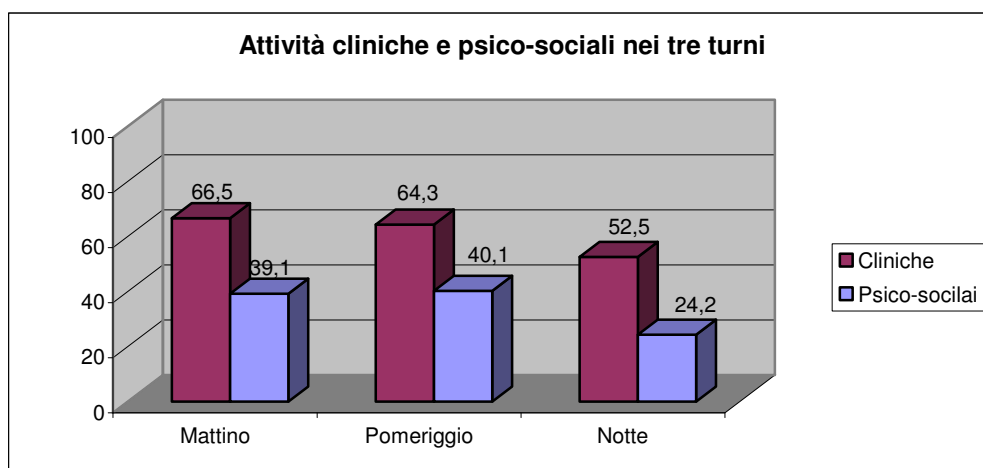
In secondo luogo abbiamo analizzato l'importanza che gli infermieri hanno dichiarato di assegnare alle tre fasi del processo Nursing (Figura 3.2). In questo caso si evince che l'importanza assegnata alla fase dell'assistenza clinica non è significativamente maggiore ma è comunque superiore dell'importanza assegnata alla fase dell'accertamento; ($z = 1.73$, $p = .083$) e dell'educazione ($z = 1.67$, $p = 0.96$). Non vi sono differenze neanche fra l'importanza assegnata alla fase dell'accertamento e quella assegnata all'educazione ($z = 1.00$, $p = .317$).

Figura 3.2 – Importanza delle tre fasi del Processo Nursing (valori medi; range 1 - 4)



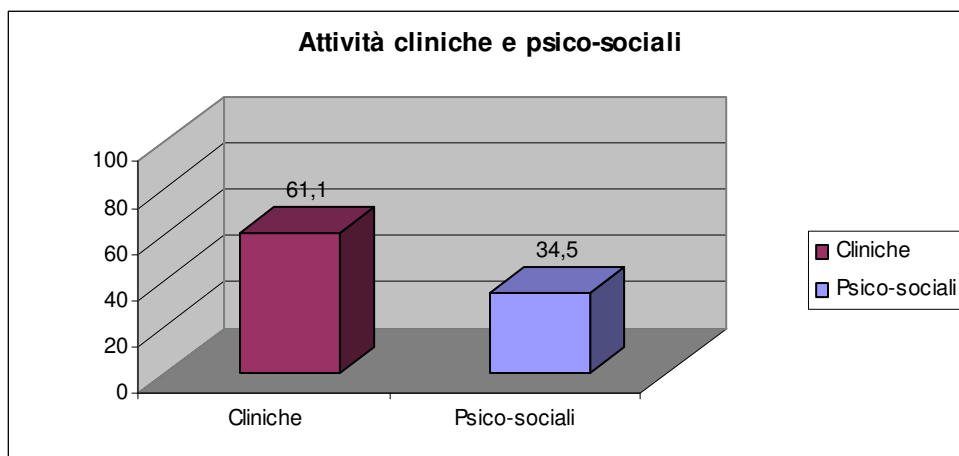
In terzo luogo si è provveduto ad analizzare le attività cliniche e psico-sociali messe in atto dagli infermieri nei tre turni di lavoro - mattino, pomeriggio e notte. Gli andamenti medi (Figura 3.3) mostrano una tendenza maggiore nella pratica delle attività cliniche rispetto a quelle psico-sociali. Dai confronti tra le attività cliniche svolte all'interno dei tre turni, attraverso il test di Wilcoxon per confronti appaiati, non sono emerse differenze statisticamente significative fra il turno del pomeriggio e della mattina ($z = .229, p = .850$), mentre sono emerse differenze fra il turno di notte e quelle della mattina ($z = 2.914, p = .002$) e del pomeriggio ($z = 2.840, p = .003$). Questo risultato può essere facilmente interpretato alla luce del fatto che le attività cliniche non possono essere messe in atto mentre il paziente riposa. Non vi sono invece differenze statisticamente significative fra le attività psico-sociali svolte all'interno dei tre turni (confronto mattino e pomeriggio - $z = 1.338, p = .202$; confronto mattino e notte - $z = 1.450, p = .159$; confronto notte e pomeriggio - $z = 1.578, p = .129$).

Figura 3.3 - Attività cliniche e psico-sociali nei tre turni di lavoro (valori medi; range 0 - 100)



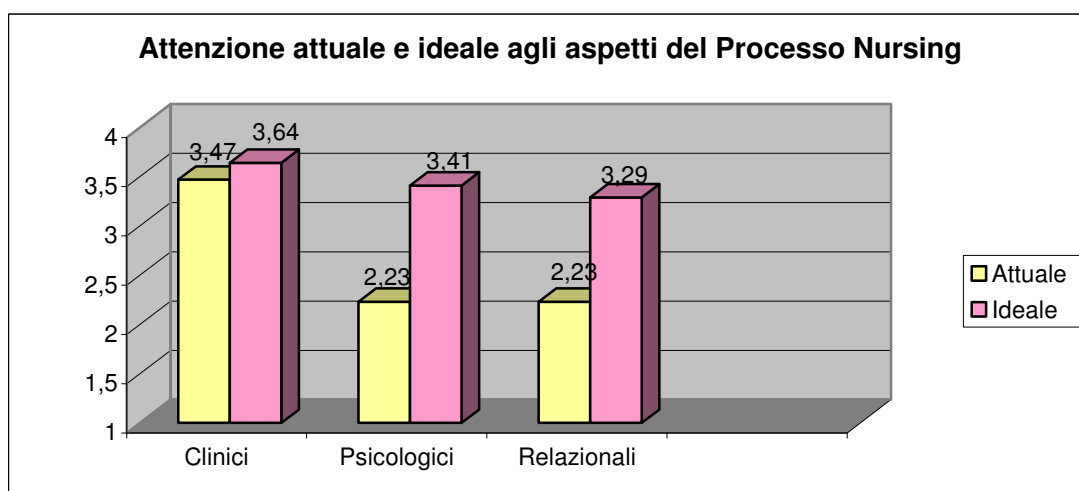
L'insieme di questi risultati ci autorizza a considerare le attività sia cliniche che psico-socio-relazionali, con le dovute eccezioni, come trasversali rispetto al turno di lavoro. Pertanto, rispetto alle attività relative ai tre turni è stata fatta la media ponderata per costruire due indicatori di sintesi, riferite alle attività bio-cliniche e psico-sociali (Figura 3.4). Anche quest'ultime sono state confrontate con il test di Wilcoxon per confronti appaiati. I risultati del test dimostrano che vi sono differenze statisticamente significative tra la pratica delle attività cliniche e la pratica di quelle psico-sociali ($z = 3.385; p = .000$).

Figura 3.4 - Indicatore di sintesi delle attività cliniche e psico-sociali (valori medi; range 0 - 100)



Successivamente si è provveduto ad analizzare l'attenzione che gli infermieri dedicano *attualmente* e *idealmente* agli aspetti clinici e psico-socio-relazionali in U.T.I.C.. Si evince che gli infermieri vorrebbero dedicare in condizioni *ideali* maggiore attenzione a tutti gli aspetti del Processo Nursing (Figura 3.5). Tuttavia, al test di Wilcoxon per confronti appaiati emerge che nell'operato attuale degli infermieri il confronto fra i ranghi medi di questi tre aspetti è risultato significativo soltanto nel caso dell'attenzione dedicata agli aspetti psicologici ($z = 3.27$, $p = .001$) e relazionali ($z = 3.31$, $p = .001$), ma non rispetto agli aspetti clinici ($z = 1,00$; $p = .317$).

Figura 3.5 – Attenzione attuale e ideale dedicata agli aspetti clinici, psicologici e relazionali (valori medi; range 1 - 4)



Conclusioni

Dai risultati delle analisi effettuate emerge in prima istanza che gli infermieri dell'U.T.I.C., nella gestione del paziente con SCA, dedicano maggior tempo alla fase dell'assistenza clinica rispetto a quella dell'accertamento ed ancora di più a quella dell'educazione.

In seconda istanza, il tempo dedicato alla fase dell'accertamento del Processo Nursing è maggiore rispetto a quello dell'educazione.

Anche rispetto alle attività erogate in ogni turno di lavoro, è emerso che gli infermieri sono maggiormente orientati, nella pratica assistenziale, verso le attività cliniche piuttosto che psico-sociali. L'agire dei professionisti infermieri in U.T.I.C. risulta, quindi, essere impostato prevalentemente verso il "cure" ovvero una prospettiva che si basa su prescrizioni cliniche, attività routinarie legate alla sola condizione bio-clinica del paziente (es. rilevazione della pressione arteriosa, esecuzione degli esami ematici, somministrazione della terapia prescritta). Da ciò emerge la necessità di potenziare, nella presa in carico del paziente con SCA, l'aspetto del "care" che si basa, invece, su una prospettiva del prendersi cura e che considera anche la dimensione psico-socio-relazionale del paziente (es. ascolto attivo, significati di malattia attribuiti dal paziente, comprensione delle relazioni sociali). Questa considerazione trova conferma anche dai risultati emersi dall'analisi inerente l'attenzione che gli infermieri in condizioni ideali avrebbero voluto dedicare agli aspetti clinici e psico-sociali. I risultati di tale analisi, infatti, evidenziano una volontà da parte degli infermieri di indirizzare il loro operato anche verso gli aspetti psicologici e relazionali del paziente (es. alterazione dell'umore, ansia, paura del futuro, minaccia del proprio benessere, paura di morire).

Discussione

Le riflessioni che emergono dai risultati sopra descritti si possono collocare su due livelli: un primo livello riguarda le attività messe in atto dai professionisti infermieri e un secondo livello riguarda le fasi del processo nursing.

Rispetto alle attività gli infermieri hanno chiaramente dichiarato l'importanza di prendere in considerazione, nella gestione del paziente con SCA, non soltanto le attività cliniche ma anche le attività di natura psico-sociali. Questo aspetto ci fa propendere verso l'idea che gli infermieri siano ben predisposti a volere introdurre, nella loro pratica assistenziale, attività orientate alla comprensione di problematiche che riguardano la sfera psico-sociale del paziente che si trova ad affrontare l'evento malattia. Questa consapevolezza trova consenso anche nella letteratura consultata in cui emerge chiaramente l'importanza di implementare approcci assistenziali

multidimensionali che considerino la persona anche nei suoi aspetti più soggettivi e personali. L'impegno degli operatori sanitari, come sottolineato dalla letteratura consultata, deve essere proprio quello di far confluire tutte le energie verso una qualità dell'assistenza che porti al raggiungimento di risultati di salute in termini anche di benessere psico-sociale oltre che fisici.

Rispetto alle fasi del processo nursing, dai risultati sembrerebbe che i professionisti infermieri considerino indispensabile potenziare la fase di educazione del paziente con SCA e, quindi, distribuire più equamente il tempo dedicato a ciascuna delle fasi del processo nursing. La fase dell'educazione, quindi, sembra essere quella maggiormente carente nel loro operato, anche se gli stessi infermieri hanno dichiarato che tale fase è parimenti importante a quella dell'assistenza clinica e dell'accertamento infermieristico. Anche questo aspetto riflette il dato emerso dalla letteratura presa in rassegna, in cui la fase dell'educazione, pur ritenuta imprescindibile nell'agito professionale dell'infermiere, necessita di essere sviluppata in maniera mirata a seconda della tipologia di paziente che ci si trova a prendere in carico.

PARTE QUARTA:

Il percorso formativo

CAPITOLO QUARTO

Studio 2[^] - Il percorso formativo e l'attuazione del modello assistenziale “narrative nursing integrato”

4.1 Razionale teorico

La necessità di adeguare le conoscenze e le competenze dei professionisti sanitari allo sviluppo della medicina, dell'innovazione tecnologica ed organizzativa, nonché ai mutamenti della domanda di salute, ha sollecitato molti sistemi sanitari a promuovere programmi per l'educazione continua dei professionisti sanitari. Tali programmi sono finalizzati a fornire ai professionisti sanitari quegli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (2007) nel raccomandare l'attivazione di percorsi formativi continui per il personale sanitario, ribadisce il ruolo strategico della *formazione continua e dell'aggiornamento sul lavoro* come strumenti fondamentali per mantenere competenze e saperi in linea con il progresso tecnologico, le nuove conoscenze e le richieste di salute.

Se, a quanto sopra richiamato, si aggiunge che ciascun professionista sanitario ha il dovere di impegnarsi nell'apprendimento continuo in base alle norme deontologiche che ne regolano l'operare, appare ancor più chiara quale sia l'importanza attribuita nei nostri contesti culturali e professionali al tema della formazione continua in sanità.

Sulla scorta di quanto avvenuto in altri sistemi sanitari, anche i policy makers italiani hanno inteso avviare, in virtù di un meccanismo di lesson drawing, ovvero una forma di apprendimento istituzionale che si realizza attraverso meccanismi emulativi di esempi stranieri (Capano *et al.*, 2002), un programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM). Tale programma, dopo una fase sperimentale durata cinque anni, è andato incontro a un significativo processo di sviluppo. Ciò che emerge chiaramente dalla “Nuova ECM” disegnata dall'accordo Stato Regioni (2007, 2009) è la necessità di ancorare quanto più possibile gli interventi formativi ai bisogni dei professionisti della salute, oltre che agli obiettivi dell'organizzazione sanitaria di cui fanno parte, al fine di perseguire un traguardo comune che è quello della salute dei cittadini. Il progetto ECM (Educazione Continua in Medicina) in Italia, infatti, offre molte opportunità e va valutato come un evento di grande cambiamento per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. Sono rivoluzionarie sia le premesse (necessità di adeguare e mantenere nel tempo le proprie conoscenze), sia il modo graduale con il quale è stata introdotta l'esperienza nel mondo della professione sanitaria. Il progetto ECM rappresenta una sfida per i singoli professionisti della salute, per gli organismi e le associazioni che li rappresentano. Spetta sia ai professionisti che a questi

organismi recepire che si è aperta una nuova epoca nella quale le competenze, la formazione e l'addestramento sul campo hanno una certa rilevanza e che esiste una reale necessità di garantire ai professionisti ed agli utenti il mantenimento delle competenze tecnico-professionali, come prerequisito per una buona qualità del sistema sanitario.

All'interno di un programma di Governo clinico la formazione continua gioca, quindi, un ruolo strategico perché, come motore propulsore di innovazione e cambiamento, promuove la pianificazione, la realizzazione e la valutazione degli esiti di tutti gli eventi formativi. Il modello di riferimento è quello del Continuing Personal Development (CPD), un ciclo di sviluppo continuo dove l'evento formativo è il risultato di un bilanciamento tra bisogni formativi del singolo o del gruppo e le linee strategiche in materia di sanità pubblica della Regione/Azienda (Biocca, 2004). In tal senso, la formazione continua può essere intesa come l'insieme dei processi formativi, radicati nella formazione di base, che in modo costante e ricorsivo consentono l'adeguamento delle conoscenze e delle competenze dei singoli e dei gruppi di professionisti ai mutamenti dei ruoli e dei compiti professionali e sociali, richiesti dal cambiamento continuo dell'organizzazione sanitaria e del suo contesto, in termini di attese sociali, ambiente socio-economico-politico, domande e bisogni di salute (Rotondi, 2002). Le caratteristiche dinamiche della formazione continua seguono, infatti, le caratteristiche dell'organizzazione sanitaria che, in quanto sistema *aperto*, interagisce con variabili esterne e, in quanto sistema *dinamico*, modifica costantemente il suo equilibrio interno. Se è questo il modo di concepire la formazione continua in Sanità allora appare chiara la sua natura di funzione specifica del Servizio Sanitario stesso (Biocca, 2004).

La concezione di formazione continua è da attribuirsi anche a profondi cambiamenti epistemologici che il concetto di "fare formazione continua" ha subito rispetto ad alcuni paradigmi. Si è passati, infatti, dal paradigma *tradizionale* fortemente legato all'identità professionale e quindi al profilo distintivo delle singole professionalità, a quello *socio/organizzativo* attento all'integrazione dei saperi per lo sviluppo di competenze trasversali orientate alla dimensione organizzativa del servizio (Bonometti, 2009).

Nello specifico, i principi epistemologici di questi due paradigmi presentano delle differenze sostanziali in termini di orientamento, contenuti, modelli d'apprendimento, modalità di relazione e "stile" dei formatori in relazione ai partecipanti coinvolti nella formazione.

Il paradigma tradizionale intende la formazione come prodotto i cui contenuti sono già predefiniti e vengono semplicemente trasmessi da un docente ad un discente. Tale paradigma utilizza un modello d'apprendimento "chiuso" per cui il processo educativo avviene attraverso un modello verticale (*bottom up*). In tal senso il ruolo del formatore è quello di esperto indiscusso che diffonde il sapere

attraverso uno stile acritico e indifferente, mentre lo stile del partecipante è passivo e deresponsabilizzante (Maioli & Mostarda, 2008).

Il paradigma socio-organizzativo, invece, parte da una concezione dove la formazione è intesa come processo i cui contenuti sono co-costruiti fra formatore e partecipanti, in funzione del cambiamento. Tale paradigma utilizza un modello d'apprendimento “aperto” dove è prevista una circolarità del processo educativo. Il ruolo del formatore è quello di interlocutore privilegiato con cui costruire nuovi saperi e che si approccia con uno stile critico e partecipativo, mentre lo stile del partecipante è attivo e responsabilizzante (Bonometti, 2009).

Da ciò deriva, quindi, un passaggio da una formazione per prestazioni precostituite e stabili ad un apprendimento finalizzato ad una mobilità di saperi e di lavoro per far fronte all’alta incertezza e dinamicità che caratterizzano le organizzazioni sanitarie e le discipline scientifiche. In tal senso, lo scopo della formazione continua sarà quello di modificare, strutturare, e implementare competenze per adeguare la risposta sanitaria alla dinamicità dei bisogni della collettività e del contesto socioculturale ed organizzativo.

Pertanto, la formazione si può definire: una leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per lo sviluppo della salute; un agente di promozione culturale per una gestione integrata tra professioni e centrata sulla persona; una modalità per realizzare la valorizzazione del professionista anche in un’ottica di sviluppo professionale e l'integrazione dei saperi caratterizzata da prestazioni multiprofessionali ad alta interdipendenza (Alessandrini, 2001).

Da quanto sopra descritto si viene a configurare uno scenario dove la formazione continua in sanità deve allenare il singolo professionista a progettare processi assistenziali, curativi e gestionali in allineamento con il sistema professionale, gli obiettivi aziendali e l’epidemiologia della collettività (es. patologie che impattano fortemente sulla mortalità della cittadinanza).

Occorre porre particolare attenzione ai professionisti sanitari e alle loro conoscenze/competenze consentendo così di attuare più agevolmente e consapevolmente i possibili cambiamenti e adattamenti delle organizzazioni locali, in relazione all'evoluzione dei bisogni sanitari. La formazione si interseca così sia con le potenzialità e i bisogni dell'individuo sia con le logiche e i bisogni dell'organizzazione, si pone l'obiettivo di attivare la dimensione dell'apprendimento e di ancorarlo al sistema delle competenze, punto di incontro e snodo critico del rapporto individuo-organizzazione (Biocca, 2004). Fondamentale è allora il passaggio dalla memorizzazione di conoscenze all'*acquisizione* di competenze, tipica del CPD. A tale proposito, Saiani (2010) sottolinea come le competenze possano essere acquisite in modo efficace soltanto se il processo si realizza gradualmente, proprio partendo dai problemi professionali individuati dagli stessi operatori sanitari, cioè da coloro che li devono affrontare.

Ne consegue che l'individuo, l'organizzazione, l'apprendimento, il lavoro e le competenze sono le parole chiave di una moderna concezione della formazione attorno alle quali ruota necessariamente la ridefinizione della modalità di intendere l'articolazione delle attività che la compongono. Il passaggio, come già accennato, è quello da un'attività di "catechizzazione" dei percorsi formativi, alla progettazione di corsi di formazione, da una formazione preordinata ad una formazione condivisa (Accordo Stato Regioni, 2009). Il nuovo programma ECM viene così a precisarsi nei termini di "un sistema che, partendo da indirizzi concordati a livello nazionale, offre adeguati spazi alla valorizzazione delle specifiche realtà regionali fino a quelle del singolo operatore (Zanobini, 2008).

Le novità che esprimono al meglio tale impostazione sono rappresentate da due strumenti di programmazione dell'ECM: il Piano Aziendale della Formazione e il Dossier Formativo. Entrambi garantiscono lo sviluppo di percorsi formativi coerenti con le strategie del sistema sanitario sia a livello locale che nazionale.

Nella definizione operata dal legislatore, il Piano della Formazione Aziendale (PAF) è il documento dell'Azienda o istituzione sanitaria accreditata, pubblica o privata, elaborato con il supporto delle strutture o degli organismi preposti alla formazione continua che descrive il contesto, le strategie e l'insieme delle attività formative previste dall'azienda, erogate direttamente o in parte attraverso accordi specifici con provider esterni (Accordo Stato Regioni, 2008). Esso, pertanto, si configura come il principale strumento di programmazione delle attività formative erogate da un'Azienda Sanitaria e consente di declinare gli obiettivi formativi nazionali e regionali a livello locale. Ovviamente tale documento di programmazione deve essere elaborato coerentemente con il processo di budgeting e deve tener conto di una pluralità di fonti: il piano strategico aziendale; i piani sanitari e gli obiettivi

formativi regionali e nazionali; i bisogni formativi dei singoli operatori, delle equipe, delle macrostrutture aziendali, nonché del profilo di salute della popolazione insistente sul territorio di competenza. Per poter dispiegare al meglio le proprie potenzialità di strumento di governo della formazione continua degli operatori sanitari e di dispositivo per il conseguimento degli obiettivi aziendali, il PAF deve essere concepito come un processo che a partire da bisogni formativi (analisi della domanda) conduce alla costruzione di una possibile risposta (progettazione degli apprendimenti) nella prospettiva di un cambiamento o nell'attesa di un risultato misurabile nei termini di una nuova o diversa competenza professionale e/o organizzativa (valutazione delle ricadute; Presutti *et al.*, 2010). In tale processo, l'analisi dei bisogni formativi degli operatori sanitari si configura sia come una vera e propria attività di ricerca che deve tener conto dei profili di ruolo, delle motivazioni, delle conoscenze e delle esperienze, sia come attività finalizzata all'acquisizione di dati e informazioni utili per proseguire nella progettazione dell'esperienza formativa (definizione degli obiettivi generali e specifici, individuazione dei destinatari, strutturazione dei contenuti e scelta dei metodi didattici) e, di seguito, nella realizzazione dell'intervento formativo stesso (Quaglino *et al.*, 2004). La loro importanza implica un chiarimento concettuale poiché in letteratura non esiste una definizione univoca di bisogno formativo e non sono poche le difficoltà incontrate dai ricercatori nel presentarne una definizione omogenea. Monasta (1998) ne propone alcune che comprendono:

1. i desideri di sviluppo personale dichiarati dai lavoratori e finalizzati ad un miglior svolgimento dei loro compiti;
2. lo scarto tra i contenuti della formazione professionale di base e ciò che i lavoratori desidererebbero (o dovrebbero) apprendere;
3. lo scarto tra il modello pedagogico utilizzato dalla formazione pregressa e i desideri dei lavoratori o delle loro organizzazioni;
4. lo scarto tra risorse a disposizione per la formazione (es. centri, docenti) e le risorse necessarie;
5. lo scarto tra il ruolo teorico della formazione e il ruolo effettivamente giocato;
6. lo scarto tra i comportamenti attuati e il modello teorico, filosofico, etico e deontologico che sottende al ruolo ideale.

Da una lettura di queste concezioni emerge che, in alcuni casi si tende a privilegiare aspetti legati ad una presupposta priorità organizzativa (come ad esempio le definizioni 1 e 4); in altri casi, invece, si favoriscono aspetti maggiormente connessi alla priorità di apprendimento/cambiamento individuale (come, ad esempio, le definizioni 2 e 3).

Un secondo dato interessante è costituito dal fatto che in ben cinque definizioni, fra quelle sovra-riportate, il bisogno di formazione è definito dal termine “scarto”. Il che di per sé potrebbe anche essere ovvio: il bisogno si riferisce infatti innanzi tutto ad uno stato di mancanza da colmare, ad una distanza tra ciò che si ha o si è e ciò che si pensa si dovrebbe avere o essere (Morelli, 1988). A tale proposito, tuttavia, Gagliardi (1991) sottolinea che una definizione di bisogno formativo accettabile deve dunque tenere conto contemporaneamente di più piani e livelli di analisi, poiché un conto è accettare tale definizione di principio, un conto è concludere che l’analisi dei bisogni viene ad identificarsi *tout court* con un’operazione di misurazione di uno scarto da colmare.

Una definizione più esaustiva è quella proposta da Quaglino (1998), secondo il quale i bisogni formativi costituiscono delle specifiche esigenze connesse alla preparazione professionale dei singoli che hanno per contenuto non solo ciò che gli individui “*fanno*” (la loro attività) ma anche ciò che si propongono “*di fare*” (i loro piani e progetti) e “*come fare*” (attraverso quale metodologia), in riferimento alle esigenze del contesto in cui sono inseriti. Ne emerge una prospettiva più ampia della nozione di bisogno formativo che include anche i sistemi di motivazione e di aspettative, nonché la progettualità rispetto ai loro obiettivi professionali.

A prescindere dalla concezione di bisogno formativo, l’analisi dei suoi risultati risulta determinante qualora si voglia intraprendere una programmazione formativa efficace dei professionisti sanitari (Alessandrini, 2001). Ciò è espresso chiaramente anche nell’altro strumento di programmazione formativa proposto dal programma ECM, ovvero il Dossier Formativo.

Il Dossier Formativo (DF) viene definito come “lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale). Non è, quindi, un portafoglio delle competenze, ma può essere considerato come un precursore ed è comunque correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa” (Accordo Stato Regioni, 2007). Alla luce della definizione contenuta nell’Accordo, il DF non può configurarsi quindi come una semplice raccolta di informazioni, ma deve costituirsi come uno strumento di accompagnamento del professionista in grado di: rendere esplicito e visibile il proprio percorso formativo; programmare la formazione individuale e di gruppo; valutare la pertinenza e la rilevanza delle azioni formative erogate e frequentate in rapporto al proprio lavoro. Esso, in sintesi, si pone come strumento per conseguire le seguenti finalità:

- individuazione e presa di coscienza dei bisogni formativi e delle responsabilità individuali e di gruppo;

- guida ai singoli e alle organizzazioni sanitarie nella scelta e nella realizzazione di obiettivi validi per una formazione appropriata;
- revisione critica delle modalità di lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie, così da collegare direttamente la formazione al miglioramento dei processi;
- crescita personale (e quindi non solo negli aspetti tecnico-professionali) capace di suscitare entusiasmo e impegno.

PAF e DF sono quindi elementi indispensabili affinché la ECM evolva verso lo sviluppo professionale continuo (CPD), sviluppo che per definizione deve durare per tutta la vita professionale.

La formazione dei professionisti sanitari e, quindi, anche dell'infermiere, non può essere pensata solo come "manutenzione tecnica", ma come supporto allo sviluppo di "sistemi di competenze". E' decisamente riduttivo connotare come esclusivamente "tecnico-professionali" tali competenze, dato che esse devono comprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti sociali continuamente mutevoli. Le professioni sanitarie, infatti, oltre a caratterizzarsi per la specifica competenza *tecnico-operativa*, connessa ai compiti e ai contenuti della professione, si caratterizzano anche di altre competenze, quali quelle: *etiche e deontologiche*, che sono sottese alla operatività quotidiana a sostegno del sistema dei giudizi e delle decisioni; *analitico-intuitive*, che implicano capacità di pensiero critico e analitico, capacità di immaginazione, soluzione innovativa ai problemi e di assumersi il rischio decisionale in situazioni di incertezza; *relazionali e comunicative*, che costituiscono il background indispensabile per il sistema delle relazioni con i pazienti e loro familiari; *gestionali*, che implicano la capacità di organizzare e gestire attività e gruppi di lavoro o, ai livelli più complessi, organizzazioni di lavoro e di *ricerca scientifica*, per il miglioramento della qualità dell'assistenza e dei risultati di salute delle persone assistite (Alessandrini, 2001). La rappresentazione della molteplicità degli aspetti delle competenze dei professionisti sanitari restituisce valore e visibilità a tutte le dimensioni sopra elencate e diventa fondamentale perché permette di dare evidenza al bagaglio dei saperi peculiari (profilo professionale), ma anche a ciò che viene richiesto dal contesto nel quale esse vengono esercitate (Alvaro *et al.*, 2007; Di Stanislao & Bacchielli, 2009). Una formazione che alimenta la multidimensionalità delle competenze del professionista, viene pertanto a connotarsi come un processo "efficace" poiché garantisce la continuità tra lavoro e formazione e garantisce lo scopo ultimo, ovvero quello della qualità delle cure sanitarie e dei risultati di salute (Quaglino, 2005)

L'efficacia della formazione continua in medicina: dai concetti teorici all'esperienze empiriche

A tale proposito, in letteratura, alcuni studi hanno indagato sull'efficacia della formazione continua in medicina in ordine alla pertinenza degli obiettivi formativi, all'appropriatezza del piano di formazione, alla verifica delle performance e al contributo per il miglioramento dell'organizzazione (Alfano *et al.*, 2003). Altri studi, invece, hanno valutato l'efficacia di particolari metodiche didattiche utilizzate nei diversi programmi formativi (Davis *et al.*, 1999; O' Brien *et al.*, 2001; Bloom, 2005; Reeves *et al.*, 2008; Cook *et al.*, 2008; Mazmanian *et al.*, 2009).

Tuttavia, dai molti studi e revisioni condotte dai Randomized Control Trials non emergono forti evidenze sulla capacità dei programmi di formazione continua di modificare i comportamenti dei professionisti sanitari e di incidere significativamente sugli esiti di salute (Rudnick *et al.*, 1983; Davis *et al.*, 1992; Wutoh *et al.*, 2004; Mansouri *et al.*, 2007; O'Brien *et al.*, 2007; Marinopoulos *et al.*, 2007). Solo in coincidenza con l'utilizzo di metodologie formative interattive o miste (Bloom, 2005; Forsetlund *et al.*, 2009) e di tecnologie multimediali (Mazmanian *et al.*, 2009) o limitatamente ad alcune aree di intervento (Davis *et al.*, 2009), sembra che i programmi di formazione continua in medicina mostrino una qualche capacità di incidere positivamente sui comportamenti dei professionisti e sui risultati di salute dei pazienti.

Anche nello specifico ambito cardiologico alcuni studi, pur prevedendo dei programmi formativi degli operatori sanitari, pongono la loro attenzione a valutare il miglioramento degli outcomes - prevalentemente clinici - dei pazienti cardiologici senza specificare le ricadute della formazione in termini di cambiamenti comportamentali dei professionisti sanitari coinvolti. Lo studio Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction (GOSPEL; Giannuzzi *et al.*, 2008), che ha riguardato più centri di riabilitazione cardiovascolare in Italia, prevedeva un programma formativo rivolto ai professionisti sanitari (infermieri e medici di medicina generale). I contenuti riguardavano un programma breve (condensato in 2-3 sedute) di educazione alla salute dei pazienti cardiopatici, dimessi dall'ospedale, da effettuarsi in un centro di riabilitazione cardiovascolare. Nello specifico, il programma prevedeva un supporto e rinforzo al paziente rispetto all'aderenza terapeutica, all'acquisizione e al mantenimento di corrette abitudini alimentari, nonché al controllo del peso, alla sospensione del fumo, alla gestione dello stress e allo stimolo all'attività fisica. In tale programma formativo non si evince tuttavia il modello assistenziale infermieristico proposto nella gestione dei pazienti durante il follow-up e i cambiamenti delle attività assistenziali generati dalla formazione data. Anche le fasi del processo nursing (accertamento, assistenza clinica ed educazione) in cui sviluppare il programma formativo non sono state descritte. Lo studio RESPONSE (Randomized

Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse Specialists, 2010) presso la Società Europea di Cardiologia (ESC), pur dimostrando l'evidenza dell'efficacia di un programma gestito dal personale infermieristico per la prevenzione primaria o secondaria dei pazienti cardiologi, non specifica se i professionisti sanitari avessero o meno seguito un percorso formativo, quali fossero eventualmente i contenuti di tale programma e la metodologia assistenziale utilizzata. Infine, anche i principali risultati dello studio EUROACTION (2012), che prevedeva un programma di prevenzione secondaria cardiovascolare *nurse-directed*, pur mostrando che il gruppo di intervento presentava un miglioramento statisticamente significativo rispetto alle cure abituali, non hanno fatto alcun accenno rispetto alla formazione degli infermieri, al modello assistenziale infermieristico utilizzato, agli strumenti assistenziali utilizzati, alla collaborazione con altri professionisti (es. psicologo, dietologo), nonché ai cambiamenti dei comportamenti degli infermieri nel loro agito professionale.

Il quadro d'insieme in merito alla formazione continua, pertanto, è quello di uno strumento di policy la cui validità non è ad oggi sostenuta da adeguate evidenze scientifiche, ma che tuttavia ha l'innegabile merito di aver proposto e valorizzato la cultura della formazione permanente come attività sistematica dei professionisti inseriti nelle organizzazioni sanitarie.

Le riflessioni emerse dall'analisi della letteratura qui presa in rassegna hanno quindi guidato la progettazione del programma formativo degli infermieri che si è concretizzata nello Studio 2^a della ricerca.

4.2 Articolazione dello studio

Come accennato (Cap. 2), lo Studio 2^a, ha previsto un approccio multi metodo e si è composto di 5 fasi; alcune di esse di natura descrittiva ed esplorativa. E' stato utilizzato il Dossier Formativo di gruppo, quale strumento per implementare un efficace intervento formativo che potesse svilupparsi su più livelli: un livello relativo alla valutazione della coerenza tra la formazione programmata/realizzata e i bisogni dei professionisti, un livello relativo alla valutazione delle performance e un ultimo livello in termini di ricadute della formazione dei professionisti sull'agito professionale e sui risultati di salute del paziente che sono stati analizzati nello studio 3. Le fasi dello Studio 2^a hanno nello specifico riguardato:

Fase 1^a - *l'analisi del fabbisogno formativo* - ha avuto l'obiettivo di indagare il contesto specifico di riferimento (cardiologico), nonché le esigenze formative dei professionisti infermieri dell'U.T.I.C.;

Fase 2[^] - *la definizione del modello assistenziale narrative nursing integrato e i relativi strumenti assistenziali* -ha avuto l'obiettivo di dettagliare la struttura del percorso assistenziale, di descrivere i contenuti specifici del modello narrative nursing integrato del paziente con SCA e di descrivere gli strumenti assistenziali.

Fase 3[^] - *la progettazione del percorso formativo* – ha avuto l'obiettivo di progettare l'intera programmazione formativa rivolta a tutti i professionisti infermieri.

Fase 4[^] - *la valutazione delle conoscenze/competenze acquisite dai professionisti infermieri* – ha avuto l'obiettivo di valutare le conoscenze e le competenze degli infermieri apprese durante il percorso formativo

Fase 5[^] - *la valutazione delle competenze dei professionisti agite sul campo* – ha avuto l'obiettivo di valutare se le competenze apprese durante il percorso formative sono state trasferite nell'operato degli infermieri

Le fasi sopra citate verranno descritte di seguito in maniera dettagliata.

4.3 Fase 1[^] - *L'analisi del fabbisogno formativo*

L'analisi del fabbisogno formativo si qualifica in primo luogo come un'attività di ricerca finalizzata all'acquisizione di dati e informazioni utili ed attendibili per proseguire nelle tappe successive del processo formativo: progettazione dell'esperienza formativa, individuazione degli obiettivi didattici, dei contenuti e dei metodi di insegnamento da adottare e la realizzazione di tale esperienza attraverso un evento formativo (Quaglino, 1998). Essa, inoltre, è la prima componente essenziale di un processo formativo che evidenzia le “competenze” che un professionista deve sviluppare rispetto alla gestione di una tipologia di paziente, nel nostro caso, che presenta una SCA.

Ai fini della presente ricerca è stata utilizzata una concezione ampia di bisogno formativo (Quaglino, 1998) poiché, in linea con gli obiettivi dello studio, essa prende in considerazione anche le motivazioni, le aspettative dei professionisti infermieri, nonché gli elementi clinici e psico-sociali necessari per garantire risultati di salute ai pazienti con SCA.

La fase 1[^] dello studio 2[^] ha avuto, quindi, come obiettivo quello di individuare una serie di elementi mancanti ad arricchire il modello assistenziale *tradizionale* esistente con quello *integrato*, a partire dalla letteratura specifica in ambito cardiologico e dalle *esperienze* dei professionisti infermieri. La metodologia utilizzata per l'analisi del fabbisogno formativo ha riguardato un'accurata consultazione delle Linee guida Europee di prevenzione cardiovascolare e una attenta revisione della letteratura

specifica della patologia cardiovascolare (in merito soprattutto ai fattori di rischio) e un'indagine sulle esperienze professionali degli infermieri che operano in U.T.I.C.

Revisione della letteratura

La malattia cardiovascolare, in passato ritenuta una naturale conseguenza dell'invecchiamento, è attualmente considerata una patologia con delle precise cause favorevoli o fattori di rischio (FR). Le manifestazioni cliniche della malattia cardiovascolare vanno dalla SCA (angina instabile e infarto), allo scompenso cardiaco fino alla morte; in questa ricerca è stata presa in considerazione la SCA dove l'incidenza di recidive può arrivare fino al 20% per anno (Linee Guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, 2012).

La causa della SCA è una malattia delle arterie, detta aterosclerosi, che consiste nella formazione di placche ricche di colesterolo che quando si formano nelle coronarie tendono ad ostruirle. Se le placche si rompono si determina la formazione di trombi che occludono improvvisamente e completamente la coronaria, provocando così l'infarto. Ricerche di base e studi clinici hanno significativamente ampliato le nostre conoscenze sulla fisiopatologia dell'arteriosclerosi, con conseguente chiarimento dell'impatto che i fattori di rischio cardiovascolari possono avere sullo sviluppo, sulla progressione e sulla recidiva della malattia (EUROASPIRE Study Group, 2009).

In questa revisione della letteratura verranno trattati i principali fattori di rischio cardiovascolari modificabili "classici" (dislipidemia, fumo, ipertensione, diabete, obesità), con uno sguardo particolare ai fattori di rischio cardiovascolari "additivi" (sedentarietà e fattori di rischio psicosociali), oggetto di crescente interesse da parte della comunità scientifica internazionale.

La *dislipidemia*, intesa come aumento delle quote di lipidi nel sangue (colesterolo, trigliceridi) è un riconosciuto FR per lo sviluppo di aterosclerosi e malattie cardiovascolari (Mensik *et al.*, 2003).

Molti studi clinici hanno mostrato che il trattamento delle dislipidemie previene la malattia coronarica. A conferma di ciò la più recente metanalisi "Cholesterol Treatment rialists' Collaboration" (2011) ribadisce la riduzione dose-dipendente di malattia cardiovascolare che si ottiene con la riduzione di colesterolo LDL. Per ogni calo di circa 40 mg/dL di colesterolo LDL si ottiene, infatti, una riduzione di mortalità e morbilità cardiovascolare pari al 22% (Baigent *et al.*, 2010). Numerosi trials (4S9, 1994; CARE, 1998 & MIRAC, 2002) hanno evidenziato il ruolo favorevole della statina nella riduzione dei livelli di colesterolo e, quindi, prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari. Lo studio 4S9 (1994) è il primo grande studio di prevenzione secondaria (più di 4000 pazienti trattati per circa 5 anni) che ha dimostrato una significativa riduzione della morbilità e della mortalità sia cardiovascolare che

totale. Lo studio CARE (The Cholesterol and Recurrent Events Trial, 1998), valutando gli effetti della terapia con pravastatina in pazienti anziani (1283 pazienti, tra i 65 e i 75 anni, con valori di colesterolemia inferiori a 240 mg/dL) che avevano già avuto un infarto miocardico, ha mostrato una riduzione del rischio relativo (RR) di eventi coronarici maggiori. Lo studio MIRAC (2001), ha mostrato invece in modo prospettico l'importanza della somministrazione precoce delle statine. Le Linee Guida Europee (2012) raccomandano l'utilizzo delle statine in prevenzione secondaria in tutte le tipologie di pazienti. Fondamentale è il ruolo di una corretta alimentazione nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. Numerose sono, infatti, le evidenze che mostrano come la dieta possa influenzare la malattia aterosclerotica sia direttamente sia attraverso la sua influenza sui principali fattori di rischio (livelli glicemici, livelli lipidici, valori pressori).

Nei fattori di rischio classici cardiovascolare appartiene anche *il fumo* di sigaretta. L'abitudine al fumo di sigaretta, come ogni dipendenza, rappresenta una condizione caratterizzata dalla ricerca di una sostanza, nel caso specifico il tabacco, al fine: a) di riprodurre il piacere dato da quella sostanza b) di mitigare la sintomatologia astinenziale data dalla privazione della sostanza stessa.

Analogamente a quanto dimostrato già per altre malattie (quali tumori del polmone, della laringe, del cavo orale, BPCO sono per citarne alcune) esiste una relazione causale anche tra fumo di sigaretta e malattie cardiovascolari. Se è in linea di massima comprovato che maggiore è il numero delle sigarette fumate, maggiore è il rischio che si verifichi un evento cardiovascolare, la relazione non appare tuttavia lineare: sono infatti ad alto rischio anche soggetti che fumano meno di 10 sigarette al giorno, i cosiddetti "light smokers (Godtfredsen *et al.*, 2003). Il rischio dato dal tabagismo è ancora più alto nei soggetti che continuano a fumare dopo una sindrome coronarica acuta, mentre coloro che smettono hanno una riduzione degli eventi cardiovascolari e della mortalità. Il beneficio della cessazione del fumo, infatti, vale anche per coloro che sono sopravvissuti ad un primo evento cardiovascolare. A questo proposito, numerosi studi hanno dimostrato che, nei pazienti con sindrome coronarica acuta che smettono di fumare, il rischio relativo di mortalità si riduce di circa la metà nel giro di due anni (Wilson *et al.*, 2000; Critchley *et al.*, 2003). Nessun altro intervento di prevenzione secondaria, preso isolatamente, determina un beneficio di questa entità (Yusuf S, 2002). Coloro che continuano a fumare, hanno un aumento del rischio di morte che è stato stimato tra il 22 e il 47%. In altre parole, è ragionevole pensare che il paziente che smette possa rientrare nel giro di poco tempo in una fascia di rischio paragonabile a quella dei non fumatori (Gerber *et al.*, 2009). Tutte le linee guida sono d'accordo nell'affermare che un obiettivo primario delle misure di prevenzione secondaria cardiovascolare deve essere la cessazione completa e immediata dell'abitudine al fumo. Tutti i pazienti che fumano devono

essere incoraggiati a smettere e deve essere fornito loro l'aiuto necessario per farlo. Gli interventi più efficaci sono quelli che individuano quanto il paziente è motivato e pronto a smettere e quelli volti a fornire informazioni (counseling), sostegno e - quando necessario - un supporto farmacologico adattato ai bisogni e alle caratteristiche individuali (Hamm *et al.*, 2011). Alcuni soggetti particolarmente dipendenti possono necessitare di un riferimento specialistico presso un centro antifumo.

Un altro fattore di rischio cardiovascolare è rappresentato dall'*ipertensione arteriosa*, intesa come un aumento dei valori pressori nel sangue al di sopra della norma, anche se in letteratura non esiste una netta linea di demarcazione tra pressione arteriosa normale ed elevata in quanto la relazione tra rischio cardiovascolare e pressione arteriosa ha in realtà un andamento continuo a partire da valori sistolicodiastolici pari a 115-110 mmHg e 75-70 mmHg (Lewington *et al.*, 2003). Tuttavia, molteplici studi, tra cui il FEVER (2005), hanno dimostrato che, nei pazienti in cui si raggiungeva un obiettivo pressorio inferiore a 140/90 mmHg, vi era una significativa riduzione dell'incidenza di ictus, eventi coronarici e mortalità cardiovascolare rispetto a coloro che mantenevano valori pressori superiori.

Una storia di ipertensione arteriosa è di frequente riscontro nei pazienti con sindrome coronarica acuta ed i valori pressori basali presenti prima che si verifichi un evento coronarico correlano con un outcome peggiore ed una maggiore mortalità (Vasan *et al.*, 2001). Lo studio INVEST (2006) ha confermato l'importanza della riduzione pressoria. I pazienti che hanno avuto un evento coronarico richiedono pertanto l'immediato impiego di interventi finalizzati ad uno stretto controllo dei valori pressori ed ad una drastica riduzione del profilo di rischio globale poichè spesso coesistono altri fattori di rischio cardiovascolare (dislipidemia, fumo di sigaretta, diabete mellito, obesità) che contribuiscono ad incrementarlo esponenzialmente. Rispetto al trattamento farmacologico, diversi studi hanno dimostrato che l'assunzione di farmaci come i beta-bloccanti (Shekelle *et al.*, 2003) e gli ace-inibitori (Fox , 2003) determinano una riduzione della mortalità e delle recidive infartuali del 20-25% nei pazienti sopravvissuti ad un infarto.

Un altro fattore di rischio cardiovascolare è il *diabete mellito*, una malattia del metabolismo causata da un difetto (assoluto o relativo) dell'ormone insulina, cioè dell'ormone che fa entrare nei tessuti il glucosio presente nel sangue, permettendone quindi l'utilizzo come substrato energetico da parte delle cellule (Norhammar, *et al.*, 2003). L'iperglicemia provoca conseguenze gravi nel medio-lungo periodo a carico di tutti i vasi sanguigni, sia piccoli, sia grandi (aterosclerosi). L'aumento dell'aterosclerosi rende il diabete mellito uno dei fattori di rischio cardiovascolare di maggiore impatto tra i fattori di rischio cardiovascolare (Norhammar *et al.*, 2004). Persino la condizione di cosiddetta intolleranza glucidica, cioè di diabete non ancora conclamato, pone il soggetto ad un elevato livello di rischio

cardiovascolare. Alti livelli di glucosio al momento del ricovero sono, infine, un potente predittore di mortalità intraospedaliera e a lungo termine (Schnell *et al.*, 2004). Per tali motivi il diabete richiede controlli più intensi, con obiettivi terapeutici più ambiziosi rispetto ad altri fattori di rischio cardiovascolare, come indicato anche dalle Linee Guida internazionali (2012). E' certamente necessario un controllo intensivo della glicemia (mediante farmaci ipoglicemizzanti orali o insulina), ma rivestono un ruolo principale anche le modifiche dello stile di vita, mirate alla riduzione del peso corporeo, all'adozione di una dieta che privilegi cibi a basso indice glicemico e allo svolgimento di attività fisica regolare. Inoltre, è di estrema importanza controllare maggiormente gli altri fattori di rischio cardiovascolare – specialmente dislipidemia e ipertensione arteriosa; questi ultimi, infatti, nel paziente diabetico, agiscono non semplicemente sommandosi, ma potenziandosi a vicenda. In conclusione, il trattamento del diabete mellito deve essere precoce e richiedere un approccio globale e interventi multifattoriali; è stato infatti visto che l'azione combinata di tutti questi interventi riduce della metà il rischio di complicanze cardiovascolari (Gaede *et al.*, 2003).

Un altro fattore di rischio cardiovascolare è rappresentato dall'*obesità*, una condizione caratterizzata da un eccesso di peso corporeo (Indice di Massa Corporea $>$ a o uguale a 30 Kg/m²) rispetto al peso ideale. Da uno studio prospettico (Jensen *et al.*, 2008) condotto su oltre 54.000 pazienti seguiti per 10 anni, è emerso che un Indice di Massa Corporea (BMI) aumentato si associava ad un rischio più elevato di sindrome coronarica acuta, in modo indipendente dall'attività fisica e dall'abitudine tabagica. Lo studio MERLIN TIMI 36 (2011), condotto su 6500 pazienti con NSTEMI, ha dimostrato un significativo aumento di mortalità cardiovascolare, infarto miocardico o ischemia ricorrente nel lungo termine nel sottogruppo dei pazienti obesi. L'obesità non è solo un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di malattia aterosclerotica (Das *et al.*, 2011), ma è anche il principale fattore di rischio modificabile e per questo motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2007) ne raccomanda il controllo con interventi multidisciplinari. I pazienti obesi o con sovrappeso devono associare una corretta alimentazione ad una regolare attività fisica, al fine di garantire un adeguato equilibrio tra introduzione e dispendio energetico (Bur *et al.*, 2007; Jensen *et al.*, 2008). Gli obiettivi indicati dalle linee guida (raggiungimento di un BMI compreso tra 18,5 - 24,9 kg/m² e circonferenza vita $<$ 89 cm per le donne e $<$ 102 cm per l'uomo) si ottengono attraverso una strategia combinata, che comprende dieta ipocalorica e attività fisica.

Più recentemente, un ampio studio randomizzato realizzato dal Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza dopo Infarto Miocardico (GISSI; Marchioli *et al.*, 2002) su oltre 11000 pazienti con infarto miocardico acuto, ha dimostrato l'effetto protettivo di un uso precoce di omega-3 a basso

dosaggio (1 g/die) sulla mortalità per tutte le cause e per morte cardiaca improvvisa a 3 e 4 mesi, con persistenza di significatività anche a 6 e 8 mesi dall'evento. Nel 2003 sono stati pubblicati ulteriori risultati del GISSI sulla prevenzione cardiovascolare secondaria nei pazienti con infarto miocardico acuto (Barzi., *et al.*, 2003), ai quali è stata proposta una maggiore aderenza nei confronti della Dieta Mediterranea intesa come consumo di pesce, frutta, verdura, legumi, cereali, cibi privi o a basso contenuto di grassi, carni bianche e magre ed olio di oliva (molto ricco in acidi grassi monoinsaturi).

Un ulteriore fattore di rischio cardiovascolare è la *sedentarietà dovuta alla mancanza di esercizio fisico*. Per esercizio fisico si intende qualsiasi movimento corporeo dovuto a contrazione della muscolatura scheletrica associato ad un consumo energetico. Quando l'esercizio fisico diventa regolare, strutturato e finalizzato al miglioramento e/o mantenimento dell'efficienza fisica si parla di training fisico (Giada *et al.*, 2007). In ragione della sua capacità di ridurre la mortalità e la morbilità cardiovascolare, il training fisico, analogamente alla terapia farmacologica cardiovascolare, rappresenta un farmaco la cui prescrizione deve essere attentamente valutata e la aderenza al programma deve monitorata nel tempo, al fine di ottenere gli attesi benefici e prevenire gli eventuali effetti avversi. L'esercizio fisico nel paziente dopo un evento cardiovascolare fa parte, insieme alle componenti psicologica, educativa e preventiva, dell'intervento terapeutico della riabilitazione (Adespa *et al.*, 2001). E' ormai noto che il training fisico riduce la mortalità del 50% in soggetti sani e del 20% nei pazienti che hanno già avuto un evento cardiovascolare; inoltre, sempre in tali soggetti riduce del 26% la mortalità cardiovascolare (Taylor *et al.*, 2004).

Da alcuni studi eseguiti in prevenzione secondaria si evince anche una riduzione delle riospedalizzazioni (18%), una riduzione di rivascolarizzazioni percutanee (Belardinelli *et al.*, 2001; Hambrecht *et al.*, 2004), un miglioramento del tono dell'umore favorendo la compliance alla terapia farmacologica e ad uno stile di vita più corretto (Belardinelli *et al.*, 2001; Suaya *et al.*, 2009).

Oltre ai fattori di rischio cardiovascolare trattati finora, nella prevenzione secondaria delle patologie cardiovascolari, devono essere prese in considerazione necessariamente anche i fattori di rischio e le determinanti di *natura psico-sociale*. Tra questi fattori troviamo gli stati emotivi (ansia, depressione, stress acuto), i fattori socioculturali (le caratteristiche dell'attività lavorativa, i ritmi di lavoro eccessivi), i tratti della personalità (rabbia inespressa, aggressività, comportamento di Tipo A) ed, infine, i fattori interpersonali e sociali, come, ad esempio, la mancanza di supporto sociale.

E' stato in particolare rilevato che una notevole percentuale di soggetti con patologie cardiache é affetta da problemi dell'umore, talvolta da vere e proprie sindromi ansiose o depressive e da numerosi fattori di stress, che, in soggetti con pregresso infarto, sono considerati specifiche fonti di rischio perché

influiscono direttamente sulla vita psico-fisica dei pazienti e ne riducono notevolmente la qualità (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Secondo i risultati dello studio INTERHEART, oltre il 90% dei pazienti che hanno subito un infarto del miocardio presentava almeno uno dei fattori di rischio riconosciuti e, tra questi, il disagio psicologico si presentava tra i più determinanti (Rosengren, Hawkin, Öunpuu & *et al.*, 2004). Julian, Campbell Cowan e McLenachan (1998) hanno indicato che se il timore di una morte improvvisa è preoccupazione comune fra chi soffre di angina e palpitazioni, l'ansia e la depressione sono ampiamente diffuse fra coloro che hanno subito un infarto o un intervento di bypass coronario. I fattori più frequentemente presi in considerazione dalla letteratura che hanno mostrato di avere un impatto significativo sulla malattia cardiaca sono: 1. Rabbia, ostilità e tratti di personalità; 2. Stress cronico; 3. Depressione; 4. Ansia;. 5. Isolamento e scarso supporto sociale.

Si cercherà quindi di seguito di specificare in maniera più puntuale l'impatto di questi cinque principali fattori psico-sociali che influenzano la malattia cardiaca e interferiscono con cura e prognosi e più in generale con la qualità della vita dei pazienti, mettendo in evidenza quali sono i meccanismi patofisiologici correlati e quadri psicologici associati all'adozione di comportamenti e stili di vita non salutari.

La *rabbia* e l'*ostilità*, caratteristiche associate alla cardiopatia, sono stati considerati come un unitario fattore di rischio cardiaco. In uno studio condotto su un campione di uomini inizialmente sani, i sintomi di rabbia sono risultati associati in maniera direttamente proporzionale con il rischio di cardiopatia rilevato a sette anni di follow-up (Kubzansky, Davidson, & Rozanski, 2005).

Gli studi hanno dimostrato che l'ostilità è associata significativamente, alla morbilità, alla severità della malattia coronarica e alla mortalità cardiaca (Hardy & Smith, 1988, Shekelle, Gale, Ostfeld, & Paul, 1983; Siegman, Dembroski, & Ringel, 1987). Se rabbia e ostilità sono considerate quindi un fattore di rischio per la malattia cardiaca, contribuendo al suo sviluppo e decorso (Everson, Kauhanen, Kaplan *et al.*, 1997; Kawachi, Sparrow, Vokonas, & Weiss, 1996; Williams *et al.*, 2000), le correlazioni riportate tra personalità e malattie cardiovascolari sono tuttavia modeste e si ritiene che i processi che causano la patologia siano di natura multifattoriale. Per questo motivo, le caratteristiche di personalità andrebbero studiate in relazione a fattori sociali, e ad atteggiamenti e comportamenti ad alto rischio. Ricerche in psico-cardiologia identificano alcuni specifici fattori di personalità associati alla malattia cardiaca. Fin dagli anni 50 Friedman, Rosenman (1959) postulano l'esistenza di una complessa sequenza di comportamenti e caratteristiche indicate come schema comportamentale tipo A o "Type A Behavior Pattern" (TABP), caratterizzato da: comportamento altamente competitivo, aggressività, potenziale ostilità, rabbia interiorizzata, impazienza pronunciata, stile linguistico vigoroso, irascibilità, ambizione,

spirito d'antagonismo, intensa motivazione al raggiungimento di obiettivi sempre più elevati, impazienza e stress, senso di urgenza del tempo e desiderio di riconoscimento unito a scarso supporto sociale. Gli studi più recenti sull'individuazione di caratteristiche di personalità riconducibili alla cardiopatia (Denollet, 1994, 1998, 2000) hanno permesso di definire un nuovo pattern di personalità associato alla malattia cardiaca, la personalità di tipo D, distressed personality. Questo profilo è caratterizzato da affettività negativa, ovvero la tendenza a esperire disagio diffuso e pessimismo pervasivo, e da inibizione sociale, ovvero la difficoltà di manifestare le proprie emozioni e idee con conseguente problematicità nelle interazioni interpersonali e sociali. In sintesi possiamo affermare che, sebbene i pattern A e D sono poli opposti, essi presentano un elemento comune importante, quello della "desiderabilità sociale". Mentre le persone che hanno una personalità di Tipo A ricercano in maniera compulsiva esperienze in grado di offrire loro una conferma sociale, le persone che sperimentano una personalità di tipo D non esprimono i loro stati d'animo per paura di essere giudicati negativamente o di non essere accettati socialmente.

C'è una forte evidenza che anche lo *stress cronico* influenza lo sviluppo e / o la progressione di alcune malattie, tra cui la depressione maggiore e le malattie cardiache. Un crescente corpo di evidenze dimostra come lo stress derivante da problemi psicosociali può indurre effetti avversi nel sistema cardiovascolare, immunitario ed endocrino (Seegerstrom e Miller, 2004; Yarcheski *et al*, 2004; Uchino, 2006; Miller *et al.*, 2007). La prova di esiti negativi per la salute di questi effetti è particolarmente rilevante per le malattie cardiovascolari. Lo stress nasce dalla interazione tra l'individuo e l'ambiente. Esso si verifica quando le esigenze ambientali (stress) superano la capacità dell'individuo di far fronte a tali richieste (Cohen *et al*, 1995; Lazarus e Folkman, 1984). Lo stress esercita i suoi effetti patologici sul corpo e aumentare il rischio di malattia, incoraggiando comportamenti disadattivi. Così, le persone spesso fanno fronte alle emozioni negative indotte da stress attraverso comportamenti che portano sollievo a breve termine, ma che comportano rischio a lungo termine. Sotto stress, ad esempio, si tende in generale a fumare di più, a bere più alcol, a mangiare cibi grassi e ad alto contenuto di zuccheri e a praticare scarso esercizio fisico (Conway *et al*, 1981; Cohen & Williamson, 1988), con effetti peggiorativi anche sulla qualità del sonno (Akerstedt, 2006). Lo stress cronico influenza, inoltre, il corso o la patogenesi della malattia fisica anche provocando stati affettivi negativi, quali ansia e depressione, che a loro volta esercitano effetti diretti sui processi biologici che stimolano e regolano male alcuni sistemi fisiologici. Il sistema immunitario, cardiovascolare e neuro-endocrino sono particolarmente sottoposti allo stress (IOM, 2001). Lo stress cronico, la depressione, un inadeguato sostegno sociale e altri fattori di stress psicosociali sono in grado di creare uno squilibrio nel

funzionamento del sistema immunitario sia stimolando eccessivamente alcune funzioni sia sopprimendone altre (Miller *et al.*, 2007). Circostanze stressanti a lungo termine che riducono la percezione di controllo, accrescendo quindi la sensazione di impotenza, la disperazione, l'ansia e i danni alla salute, possono addirittura portare alla morte prematura, in parte a causa delle risposte immunitarie, cardiache e di altri meccanismi fisiologici (WHO, 2003). Se sono più univoche le prove di un nesso fra stress emotivo ed aggravarsi degli episodi di angina pectoris, vi sono evidenze anche in merito alla manifestazione di infarto del miocardio o di aritmie fatali. Le ricerche prospettiche condotte tra le popolazioni inizialmente sane forniscono un sostegno considerevole per un collegamento tra stress, malattia e incidenti cardiovascolari (Belkic *et al.*, 2004; Krantz & McCeney, 2002; Rozanski *et al.*, 1999). La ricerca che esamina l'influenza di stress psicosociale cronico sul rischio di eventi ricorrenti tra le persone con preesistente malattia cardiovascolare suggeriscono che l'esposizione cronica o in corso di stress psicosociale può giocare un ruolo nel peggioramento della prognosi della malattia tra le persone con una storia nota di malattia cardiovascolare. Gli individui sono poi certamente più vulnerabili agli effetti negativi dello stress quando le condizioni di vita aggravate da altri fattori psico-sociali (ad esempio, una rete sociale debole) o quando l'individuo ha inadeguate risorse psicosociali ad attenuare gli effetti dell'esposizione allo stress. Ad esempio, un elevato stress percepito nelle proprie condizioni di vita (Ruberman *et al.*, 1984), richieste eccessive sul lavoro (Hoffmann *et al.*, 1995), sofferenza coniugale (Orth-Gomer *et al.*, 2000) e l'isolamento sociale (Mookadam & Arthur, 2004) sono legati a esiti negativi (ad esempio, eventi ricorrenti e/o mortalità) tra persone con preesistente malattia cardiovascolare. Per quanto riguarda lo stress di coppia, in seguito ad infarto miocardico, le donne con un concomitante stress coniugale avevano una maggior frequenza di episodi cardiaci ricorrenti in un follow-up di cinque anni rispetto alle donne che riportavano livelli inferiori di stress in riferimento alla relazione di coppia (Orth-Gomer *et al.*, 2000). Questi risultati sono supportati da uno studio che ha riscontrato una elevata prevalenza e progressione di aterosclerosi tra donne sane che riportavano vissuti di insoddisfazione coniugale (Gallo, Troxel, Kuller *et al.*, 2003). Non stupisce che il sostegno sociale sia associato a più bassi valori di pressione arteriosa a riposo e ambulatoriale (Ong & Allaire, 2005) dimostrandosi un fattore di riduzione del rischio di sviluppo di malattie cardiache e della progressione verso l'aterosclerosi (Uchino, 2006). Questi rischi sono maggiori nelle popolazioni già sperimentando fattori di stress sociali dovuti a povertà, istruzione limitata e a barriere linguistiche o culturali (IOM, 2003). Da numerosi studi emerge, infatti, che pazienti affetti da malattie croniche tra cui le malattie cardiache e il diabete, lamentano spesso mancanza di supporto familiare, problemi finanziari, mancanza di assicurazione sanitaria, problemi di

mobilità (Bayliss *et al.*, 2003; Jerant *et al.*, 2005; Riegel & Carlson, 2002; Wdowik *et al.*, 1997). Un basso status socio-economico (SES), dato da occupazione, risorse economiche ed educazione, è generalmente accompagnato da abitudini negative circa la propria salute, condizioni abitative disagiate, negative condizioni di lavoro e maggior presenza di fattori di rischio coronarico, (Hemingway & Marmot, 1999; Marmot, Bosma, Hemingway, Brunner & Stansfeld, 1997). Uno SES basso può, quindi, contribuire ad aumentare il rischio e a definire una prognosi negativa in pazienti cardiopatici (Kaplan & Keil, 1993). Associazioni fra stress lavorativo e malattia cardiaca sono state trovate sia in termini di carico di lavoro, che di ridotta autonomia nello svolgimento del lavoro (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Theorell, 1981), sia in termini di esito fra alte richieste lavorative e bassa retribuzione (Siegrist, Peter, Junge, Cremer, & Seidel, 1997). In aggiunta, anche eventi stressanti a breve termine hanno dimostrato di precipitare manifestazioni cliniche della malattia coronarica, come l'infarto del miocardio (Rozanski *et al.*, 1999;. Krantz & Mc Ceney, 2002). Sono numerosi gli eventi di vita stressanti che possono portare gli individui allo sviluppo di depressione o di sintomi depressivi (Kessler, 1997; Hammen, 2005; Mazure, 1998; Monroe & Simons, 1991; van Praag *et al.*, 2004). Tra questi eventi, anche malattie gravi o letali sono state associati ad un aumentato rischio di depressione (Dew, 1998).

In merito alle malattie cardiovascolari, recensioni su studi prospettici permettono in generale di affermare che *la depressione* è un importante fattore di rischio, sia per l'insorgenza di malattie cardiovascolari, tra i soggetti che sono inizialmente sani (Rugulies, 2002; Wulsin e Singal, 2003; Frasure-Smith e Lesperance, 2005), che per il peggioramento della prognosi tra i pazienti con malattie cardiovascolari (Barth *et al.*, 2004; Bush *et al.*, 2005; van Melle *et al.*, 2004). Le ricerche in quest'area hanno, in specifico riscontrato che la depressione gioca un ruolo rilevante nell'insorgenza della malattia cardiaca, così come nel peggioramento del decorso in caso di pazienti con patologia già conclamata (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). In particolare, la depressione post-IMA o post-intervento cardochirurgico aumenta il rischio di recidive per eventi cardiovascolari (Blumenthal *et al.*, 2003; Frasure-Smith *et al.*, 2000), mentre altre ricerche indicano che la depressione influenza soprattutto l'incidenza del primo evento cardiovascolare (Carney *et al.*, 2003). In particolare Roose e Seidman (2000) sottolineano: che gli individui affetti da depressione sviluppano cardiopatie ischemiche sintomatiche e fatali in percentuale maggiore rispetto ad individui non depressi; che i pazienti depressi hanno una probabilità maggiore di morte improvvisa per eventi cardiovascolari e che la depressione post IMA è associata con un aumento della mortalità cardiaca. Anche altri studi hanno confermato che la depressione predice in maniera indipendente morbilità e mortalità legate alla cardiopatia coronarica

(Hippisley-Cox, Fielding, & Pringle, 1998) e può potenziare gli effetti dei fattori di rischio sulle morbilità e mortalità legate alla cardiopatia coronarica (Anda *et al.*, 1993). Ricorsivamente la depressione in soggetti post-infartuati è ritenuto un importante fattore causale della mancata ripresa dell'attività lavorativa, sessuale e dei contatti interpersonali. Il distress psicologico può anche amplificare i sintomi somatici, causando ulteriori disabilità funzionale e di ridurre ulteriormente la motivazione dei pazienti per cambiare il comportamento. I pazienti con disturbi depressivi hanno ad esempio una maggiore difficoltà ad imparare a convivere con sintomi cronici come il dolore o la stanchezza. La prevalenza della depressione nei pazienti affetti da malattie croniche è infatti associato a maggior dolore, alti livelli di disabilità fisica e più grave malattia (Krishnan *et al.*, 2002). L'elevazione dei punteggi per depressione è dovuto all'incertezza di una prognosi (Doerfler, Paraskos, 2005), alla gravità della malattia e alle limitazioni da questa imposte (Bertolotti, 1989; Dowson *et al.*, 2000), influenzando lo stato psicologico e rallentando il ripristino dello stato di salute. Inoltre, quando i pazienti sono sconvolti per il corso e decorso della loro malattia, possono essere più propensi a dimenticare le raccomandazioni degli operatori sanitari e meno partecipi circa la cura (DiMatteo *et al.*, 2000; Katon *et al.*, 2004; Robinson & Roter, 1999; Sherbourne *et al.*, 2004). Come prevedibile, bassi livelli di partecipazione del paziente sono associati con comportamenti di salute più poveri (Martin *et al.*, 2001). La depressione come l'ansia, sono associate alla malattia cardiaca, oltre che attraverso effetti patofisiologici diretti, anche attraverso meccanismi comportamentali relativi a stili di vita non salutari e sono associate a numerosi fattori di rischio come una dieta sregolata, l'assenza di attività fisica, l'abuso di sostanze, il tabagismo (Maier, Chatkoff & Burg, 2007; Rosal, Ockene, Ma *et al.*, 2001) che, a loro volta, facilitano le recidive (Katon, 2003; Rozansky, Blumenthal & Kaplan, 1999) e possono ostacolare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche, limitando la preoccupazione dei pazienti circa l'importanza dei loro comportamenti di salute e contribuendo alla percezione che i benefici di aderenza non superano gli svantaggi (Fink *et al.*, 2004). La sensazione di mancanza di speranza, il pessimismo sul futuro e su se stessi e le limitazioni personale auto-efficacia, che derivano dalla depressione, possono infatti interferire con l'impegno comportamentale fondamentale per l'adozione e il mantenimento delle pratiche sanitarie e dei comportamenti di aderenza (DiMatteo *et al.*, 2000; 2004; Peterman & Cella, 1998; Taylor *et al.*, 2004). Anche livelli sotto-soglia di depressione sembrano influire negativamente su decorso e prognosi della malattia cardiaca (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005), soprattutto a seguito di una minore adesione alle prescrizioni sul cambiamento dello stile di vita, come dieta e ed esercizio fisico (Carney, Freedland, Miller, & Jaffe, 2002; Ziegelstein, Fauerbach, Stevens, *et al.*, 2000). Anche la sola mancanza di speranza predice di per sé l'incidenza di malattia

cardiaca indipendentemente da una diagnosi di depressione (Everson *et al.*, 1996). Altre ricerche hanno messo in evidenza l'associazione tra stile pessimistico ed eventi cardiaci avversi (Scheier, Carver, & Bridges, 2001). Anche la tendenza a rimuginare, ripensare in maniera ripetitiva e passiva a situazioni che hanno determinato emozioni negative e a focalizzarsi su questi sintomi di disagio, è associato a end-point cardiaci, quali un mediocre recupero delle pressione arteriosa dopo l'esposizione a compiti stressanti (Schwartz, Gerin, Christenfeld, Davidson, & Pickering, 2000). Sembra quindi importante che nella valutazione del paziente cardiaco, non si faccia affidamento solo su diagnosi conclamate di depressione maggiore ma si faccia riferimento al complesso quadro emotivo e cognitivo del paziente. (Kubzansky, Davidson, & Rozanski, 2005). In ambito di prevenzione secondaria, come dimostrano Lane, Carrol e Lip (1999), è cruciale l'identificazione di livelli di disagio clinicamente significativi per rivolgere, a pazienti che li manifestano, interventi educazionali e psicoterapeutici in aggiunta alla riabilitazione cardiaca convenzionale. Attivando queste precauzioni si è verificata una riduzione stimata del 46% degli eventi cardiaci non fatali e una riduzione del 41% della mortalità entro due anni (Linden, Stossel, Maurice, 1966).

Come abbiamo anticipato, altro fattore di natura psico-sociale comunemente riscontrabile tra gli individui affetti da cardiopatia coronarica cronica e tra pazienti in fase di riabilitazione a seguito di un evento cardiaco acuto è l'*ansia*. Alcuni autori indicano, infatti, un effetto predittivo sia dell'ansia che della depressione sulla mortalità nei cardiopatici specificando che la depressione risulterebbe associata ad una mortalità più elevata mentre l'ansia ad una mortalità inferiore, anche se i pazienti ansiosi, affetti da grave patologia cardiaca, risulterebbero più a rischio di recidive (Hermann *et al*, 2000). Kubzansky e Kawachi (2000), valutando la relazione tra emozioni negative, come ansia e depressione, e cardiopatia, sostengono che l'ansia sia fortemente coinvolta nell'inizio della patologia poiché è in rapporto diretto con la paura della morte, mentre la depressione spesso sopraggiunge nel momento in cui la persona intuisce che non sarà più possibile ricoprire i ruoli famigliari e lavorativi precedenti all'evento. Si stimano sintomi di ansia intorno al 70-80% tra i pazienti che soffrono di un episodio cardiaco acuto; sintomi che persistono in maniera cronica in circa il 20-25% degli individui con cardiopatia coronarica (Moser, McKinley, Riegel, Doering, & Garvin, 2002; Moser & Worster, 2000). Anche nei pazienti che non hanno mai sperimentato un episodio cardiaco acuto la prevalenza dell'ansia è del 20-25% (Januzzi, Stern, Pasternak, & DeSanctis, 2000). Gli individui ansiosi presentano, inoltre, spesso sintomi apparentati a quelli delle cardiopatie, come dispnea, palpitazioni ed affaticamento, spesso associati a debolezza e vertigini o dolore toracico. La preoccupazione rispetto alle proprie condizioni di salute alimenta quindi condizioni clinicamente significative di ansia che, a loro volta, influiscono

negativamente sugli end-point cardiaci (MacMahon & Lip, 2002). L'ansia costituisce un ostacolo sia all'adattamento psicosociale alla malattia cardiaca, sia al recupero di funzionalità dell'apparato cardiovascolare (Crowe, Runions, Ebbesen, et al., 1996; Kubzansky, Kawachi, Weiss, & Sparrow, 1998; Sirois & Burg, 2003). Studi effettuati su individui inizialmente sani, hanno dimostrato che disturbi d'ansia predicevano nel corso di follow-up casi di mortalità dovuti alla cardiopatia coronarica o ad episodi di infarto miocardico acuto, indipendentemente dall'impatto di altri fattori di rischio cardiovascolare (Kawachi, Sparrow, Vokonas, & Weiss, 1994; Martin, Cloninger, Guze, & Clayton, 1985). L'ansia è un importante fattore predittivo di successivi episodi di infarto, angina instabile e mortalità cardiaca (Lesperance & Frasere-Smith, 1996; Moser & Dracup, 1996) e, oltre a episodi coronarici futuri, predice anche i tempi di sopravvivenza in seguito ad IMA (Frasere-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995). Sebbene l'ansia sia una reazione prevedibile e persino normale ad un evento cardiaco acuto o al senso di minaccia, se la condizione ansiosa persiste per un significativo arco di tempo o raggiunge livelli estremi, ne possono risultare effetti dannosi per la salute della persona (Kubzansky & Kawachi, 2000; Kubzansky, Kawachi, Weiss, & Sparrow, 1998; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Nei pazienti con cardiopatia coronarica, la presenza di ansia persistente è anche una variabile predittiva di forme di disabilità particolarmente critiche, di un numero più elevato di sintomi fisici, di uno scarso status funzionale (Sullivan, LaCroix, Baum, et al., 1997; Sullivan, LaCroix, Spertus, & Hecht, 2000), nonché una ripresa dell'attività lavorativa meno frequente o con tempi di assenza più lunghi, rispetto a pazienti non ansiosi (Havik & Maeland, 1990). I pazienti con una condizione di ansia prolungata possono inoltre ritrovarsi incastrati in una condizione di debilitazione o disabilità in seguito alla diagnosi. Questa condizione definita "invalidità cardiaca" e rappresenta un disagio che non riesce ad essere spiegato dalla gravità delle condizioni fisiche (Sullivan, et al., 1997; Sullivan, et al., 2000; Sykes, Evans, Boyle, et al., 1989). Chi riporta ansia e stress per tempi prolungati, soffre di un maggior numero di sintomi ansiosi a prescindere dalla gravità della condizione fisica, si avvale di un maggior numero di risorse volte alla cura della salute e riferisce una più bassa qualità della vita (Brown, Melville, Gray, et al., 1999; Mayou, Gill, Thompson, et al., 2000). Diverse ricerche in pazienti già diagnosticati come cardiopatici hanno dimostrato che l'ansia, in seguito all'episodio di infarto, è associata ad un maggior numero di complicanze durante il periodo di ricovero in ospedale quali aritmia letale, ischemia permanente e recidiva dell'infarto (Moser & Dracup, 1996). Inoltre, i pazienti con livelli d'ansia più elevati, immediatamente dopo un episodio di infarto miocardico acuto, corrono il rischio di trascorrere periodi più lunghi nell'unità di riabilitazione cardiaca e in ospedale (Lane, Carroll, Ring et al., 2001). Anche gli stati d'ansia, come quelli depressivi, interferiscono infine

con l'abilità del paziente di prendersi cura di sé (Malan, 1992) e con l'apprendimento di informazioni riguardanti i necessari cambiamenti legati allo stile di vita e nella messa in pratica delle prescrizioni terapeutiche (Rose, Conn & Rodeman, 1994). Rispetto agli individui non ansiosi, quelli ansiosi tendono a seguire una dieta meno salutare, a fumare, a fare uso di droghe o di alcol, a non aderire alla terapia medica, dormire male e non praticare esercizio fisico (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995; Sirois & Burg, 2003). Gli stati ansiosi determinano quindi una peggiore qualità della vita nei pazienti affetti da cardiopatia coronaria sia nel breve che nel lungo termine (Lane, Carroll, Ring, *et al.*, 2001; Mayou, Gill, Thompson, *et al.*, 2000). Le donne risultano comunque più ansiose in seguito ad un episodio di infarto miocardico acuto rispetto agli uomini (Moser, Dracup, Doering, *et al.*, 2003).

House (1991) definisce il *supporto sociale* come una transazione interpersonale che può implicare: coinvolgimento di natura emotiva, aiuto strumentale (come beni o servizi), disponibilità di informazioni sull'ambiente, valutazione di informazioni riguardanti se stessi. Nell'applicazione empirica, il supporto sociale è stato considerato un costrutto, che si compone di un aspetto soggettivo, in termini di sostegno percepito, ed un aspetto oggettivo, che concerne il come sostegno concretamente ricevuto. Quindi, il supporto sociale comprende varie componenti: funzione strumentale, funzione informativa, funzione emotiva, funzione affiliativa/morale. Un altro importante aspetto da sottolineare riguarda la composizione del network di supporto: la famiglia e il partner, infatti, risultano i principali providers di supporto sociale. E' noto che le relazioni di parentela attive (che forniscono supporto sociale) riguardano un piccolo nucleo di parentela stretta. La letteratura indica che, rispetto al supporto sociale, queste reti sono molto supportive perchè hanno una buona coordinazione a causa dell'alta densità di relazione. La densità deriva dalla prossimità dei legami parentali e dalla reciproca conoscenza degli altri componenti della rete, come gli amici. In questo caso, quindi, le reti riescono ad essere molto supportive poiché la densità relazionale contribuisce a produrre una forte integrazione sociale. Questo sistema di relazioni comporta una notevole circolazione delle informazioni e delle risorse, particolarmente funzionali al recupero fisio-psicologico delle persone malate (Albrecht, Fitzpatrick & Scrimshaw, 2003). Tuttavia, a causa della relativa chiusura relazionale, tali reti, circoscritte all'ambito familiare e amicale, sono meno adatte ad acquisire nuove informazioni sulla salute e ad attivare risorse esterne alle reti stesse. Spesso la rete familiare non risulta efficace nel soddisfare il bisogno di informazione (Pecchioni & Sparks, 2007). Il processo di acquisizione delle informazioni, infatti, può avere implicazioni rilevanti per l'esito dell'adattamento (Francescato, Tomai, & Ghirelli, 2011). Da questa considerazione ne discende che il supporto di tipo informativo-cognitivo

offerto dall'ambiente sociale, può intervenire, congiuntamente ad una adeguata opera di supporto emotivo, nella fase di transizione verso una nuova immagine di se a seguito dell'evento critico.

L'isolamento sociale e bassi livelli di supporto sociale percepito, al contrario, favoriscono la suscettibilità e la mortalità in soggetti con malattia cardiaca (Molinari, Compare e Parati, 2007) e aumentano il rischio di malattia cardiaca (Berkman *et al.*, 2005). Tali condizioni sono molto ricorrenti nei pazienti cardiopatici e costituiscono un fattore di rischio, sia perché ostacolano un buon esito del decorso e della prognosi e sia perché aumentano il rischio di ricadute. L'influenza di ridotto supporto sociale nell'aumento del rischio di malattia cardiaca è paragonabile al rischio associato a fattori quali ipertensione, tabagismo, livelli di colesterolo elevati e diabete mellito. La risorsa offerta dal supporto sociale, soprattutto familiare, è risultato ammortizzare lo stress e incrementare i comportamenti di self-care (Sayers; Riegel, Pawlowski, Coyne & Samaha, 2008).

Condizioni di supporto adeguate costituiscono un importante fattore protettivo laddove esistano comportamenti a rischio, mentre condizioni di supporto insufficienti o addirittura assenti sono state riscontrate fortemente correlate a morte cardiaca (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Alcune ricerche su morbilità e mortalità hanno confermato questa associazione in popolazioni di pazienti inizialmente sani (Kaplan *et al.*, 1994; Pennix *et al.*, 1997). Ad esempio bassi livelli di supporto sociale e alto stress coniugale in individui inizialmente sani sono associati ad un aumento del rischio di sviluppare una patologia cardiaca fino a tre volte il livello di rischio (Orth-Gomer, Rosengren, & Wilhelmsen, 1993; Seeman & Syme, 1987; Woloshin *et al.*, 1997).

In pazienti con diagnosi di cardiopatia, laddove si riscontrano bassi livelli di supporto sociale di tipo strumentale/funzionale (Seeman & Syme, 1987) o emotivo (Berkman, Leo-Summers, & Horowitz, 1992), una vita solitaria (Case, Moss, Case, McDermott, & Eberly, 1992), la mancanza di una persona intima e l'isolamento sociale (Ruberman, Weinblatt, Goldberg, & Chaudhary, 1984) aumentano il rischio di recidive (Berkman, Leo-Summers, & Horowitz, 1992; Case *et al.*, 1992; Oxman, Freeman, & Manheimer, 1995) e il rischio di mortalità (Frasure-Smith *et al.*, 2000).

È possibile ipotizzare che l'impatto del supporto sociale sia mediato da altre variabili che presentano comprovate associazioni patofisiologiche con la malattia cardiaca, come l'ansia e depressione. Altri studi, Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Wang, Mittleman, Orth-Gomer (2005), sembrano dimostrare essere in assenza di supporto possa aumentare la calcificazione delle arterie in soggetti asintomatici, indipendentemente dall'età dei soggetti e dalla presenza di comprovati fattori di rischio coronarico. Il supporto sociale incide anche sulla progressione della malattia coronarica verso l'arteriosclerosi (Uchino, 2006).

Dall'insieme degli studi presentati, sembra molto importante misurare e tenere in debita considerazione oltre i fattori di rischio modificabili "classici": quali l'ipertensione, la cattiva alimentazione e obesità, la vita sedentaria, l'abitudine tabagica, anche i fattori di rischio di natura psicosociale, quali ansia, depressione, rabbia, ostilità, mancanza di supporto sociale. Nonostante nel panorama scientifico venga riconosciuto in maniera condivisa il significativo impatto che le condizioni psico-sociali esercitano sullo sviluppo della malattia cardiaca, le ricerche si stanno focalizzando sull'individuazione dei fattori più problematici e sulla definizione del potere predittivo di tali fattori, in termini di outcome medico e di prognosi.

Dall'analisi degli studi precedenti si ritiene di poter sostenere che un'accurata valutazione infermieristica e gestione dei fattori di rischio psicosociale nel paziente cardiopatico possa determinare effetti benefici in termini di salute, benessere psico-fisico, qualità della vita, aderenza alla terapia e adozione di stili di vita salutari. Andrebbero quindi in particolare investigati:

- Sintomatologia
- Funzionalità fisica
- Funzionalità psicologica
- Storia di malattia
- Percezione/elaborazione di malattia
- Risorse, coping
- Supporto familiare/sociale
- Motivazione alla terapia e propensione all'aderenza
- Aspettative sul futuro

Da uno studio italiano piuttosto recente (Balestroni & Giannuzzi, 2010), gli autori intendevano analizzare le caratteristiche delle reazioni emozionali in un'ampia popolazione di pazienti cardiopatici ricoverati per un programma di riabilitazione. Su 5417 pazienti, (4563 maschi) con un'età media di 57.36 ± 9.15 anni (range 18-83). I risultati mostrano che il 27.8% presenta livelli di ansia significativi da un punto di vista clinico, il 22.1% paure sanitarie ed il 10% reazioni depressive. Nella popolazione femminile sono presenti i punteggi più alti in tutte e tre le scale mentre, per quanto riguarda l'età, solo i punteggi di depressione sono più elevati nei soggetti con una età superiore a 65 anni. Questi dati confermano come uno screening psicologico accurato risulti estremamente utile per agevolare il lavoro in ambito della prevenzione secondaria cardiologica e possa favorire una più mirata programmazione degli interventi psicologici. L'importanza di una accurata misurazione, valutazione infermieristica e trattamento delle problematiche psicologiche all'interno dei programmi di prevenzione secondaria

cardiologica emerge anche da una revisione sistematica (Rees, Bennet & West, 2004) che ha dimostrato come gli interventi psicologici non farmacologici (36 trial, 12841 soggetti) siano in grado di ridurre significativamente la incidenza del re-infarto non fatale. Questo aspetto appare particolarmente importante considerando che il trattamento farmacologico può essere di per sé invalidante e portare, ad esempio, a confusione e delirio a seguito d'ipossia o ipotensione (cardiopatia avanzata, intervento cardiocirurgico) a depressione (assunzione di metildopa) e astenia (assunzione di betabloccanti).

La traiettoria dell'infarto pone spesso sia un pericolo immediato per la vita e le minacce al permanente funzionamento fisico, psicologico e sociale come conseguenza della alterazione cronica della funzionalità fisica e psicologica e la disabilità che può derivare sia dalla malattia e il suo trattamento. Anche se la riduzione di stress psicosociale non può aumentare i tassi di guarigione, affrontare le esigenze psicosociali dovrebbero essere parte integrante dell'anamnesi e del trattamento di buona qualità. Tutti i componenti del sistema sanitario coinvolti nella cura dovrebbero includere esplicitamente l'attenzione alle esigenze psicosociali nelle loro politiche, prassi e norme riguardanti la pratica clinica. Le caratteristiche dell'intervento multicomponenziale e coordinato al fine di ottimizzare il funzionamento fisico, psicologico e sociale dell'individuo, ha come obiettivo quello di migliorare il benessere psicologico e la qualità di vita dei pazienti (Linee Guida American Heart Association, 2007). L'assessment infermieristico diventa, quindi, il passo primario per identificare le aree problematiche sulle quali, si programmerà il supporto. La cronicità, la progressione della malattia e i condizionamenti imposti sulle abitudini di vita favoriscono l'instaurarsi di pattern comportamentali e/o emozionali disadattivi che, se non affrontati immediatamente, rischiano di cronicizzarsi. Gli strumenti di assesment principali sono il colloquio con il paziente e i loro caregivers, che permette di indagare le problematiche psicologiche e la loro possibile interferenza con il recupero fisico-psico-sociale, e i questionari standardizzati, utili per la stratificazione del rischio e per la programmare di eventuali 'interventi di consulenza e di supporto.

A livello schematico possiamo suddividere le aree problematiche in due ambiti: ambito *conoscitivo* e ambito *emozionale*. A livello conoscitivo la finalità deve essere la verifica delle conoscenze che il paziente ha circa la malattia, la sua gestione, e le aspettative di salute, attraverso alcuni strumenti psicometrici e attraverso colloqui o interviste narrative orientate all'esplorazione del sistema cognitivo-verbale e comportamentale-motorio, quindi possibilità di verificare sia le conoscenze che le eventuali strategie già impiegate per la gestione della malattia. Le aree da valutare a livello conoscitivo sono: la conoscenza della malattia (es. il paziente è in grado di identificare: la condizione di cronicità della malattia, la progressione della malattia e le limitazioni conseguenti?); la conoscenza dei sintomi (es. il

paziente è in grado di identificare i sintomi e interpretare correttamente la sintomatologia?); la capacità di coping (es. il paziente è in grado di fronteggiare ai sintomi e avere una adeguata aderenza alle proposte terapeutiche?); la verifica delle aspettative (es. il paziente ha una consapevolezza realistica del proprio futuro?) .

Gli interventi in ambito conoscitivo vertono sull'educazione sanitaria terapeutica, che si occupa di coinvolgere attivamente il paziente e i caregivers nella co-costruzione del programma terapeutico. Vitale è pertanto una adeguata e corretta educazione sanitaria che comprenda un'informazione completa sui concetti base della malattia cardiaca con un linguaggio che il paziente possa facilmente comprendere. È importante spiegare le indicazioni mediche e dietetiche con i pazienti prossimi alle dimissioni. Materiali scritti e video possono aiutare a chiarire le informazioni e stimolare la discussione, ma non possono mai sostituire un costante e costruttivo rapporto tra personale sanitario e paziente. L'educazione sanitaria dovrebbe essere un processo che procede nel tempo con l'evolversi della malattia. Sono utili esercizi di self-management per facilitare il paziente nell'identificazione-interpretazione dei sintomi clinici. L'uso di diari e di schede di annotazione permettono una miglior percezione/interpretazione di quei segnali che sono indicatori di cambiamenti nel quadro clinico come l'aumento del peso, la diminuzione della diuresi, la comparsa di segni di edemi, il maggior affaticamento.

A livello emotivo, l'indagine verte sull'esplorazione delle problematiche nell'area affettiva, sociale e occupazionale. Oltre a scale di misurazione, l'utilizzo del colloquio permette una ricognizione e una comprensione temporale ed emotiva approfondita anche rispetto agli stili di vita, ai fattori di rischio e alle abilità di coping. In questo ambito la valutazione verte su: presenza di distress emozionale (ansia, depressione); propensione al diniego; stile di coping non costruttivo nella gestione delle situazioni stressanti; presenza di problematiche psicologiche antecedenti alla malattia cardiaca e presenza di conflittualità familiari; disadattamento alla realtà sociale ed occupazionale; assenza di interessi e risorse personali e l'autoefficacia reale e percepita del paziente.

Gli interventi in questo campo riguardano l'uso di tecniche di stress management e tecniche di rilassamento per la gestione di reazioni ansioso-depressive che interferiscono nel rapporto medico-paziente, nella routine ospedaliera o nella gestione del reinserimento familiare dopo le dimissioni; di paure sanitarie specifiche che rendono problematici gli esami e/o gli interventi terapeutici invasivi; elevati livelli di ansia che amplificano la percezione della sintomatologia; problematiche depressive che inibiscono un comportamento costruttivo verso il mantenimento delle capacità residue. Anche le tecniche di problem solving aiutano a pianificare in modo costruttivo le attività quotidiane a cui il

paziente può dedicarsi nell'immediato futuro compatibilmente alle limitazioni funzionali imposte dalla malattia e a favorire un atteggiamento costruttivo verso la socializzazione e l'autonomia. Circa la caratterizzazione dell'intervento a pazienti e familiari si consiglia di aiutare gli interessati a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni riguardanti la malattia, ad individuare e attuare strategie per il controllo dei fattori di rischio e per la modificazione dello stile di vita e ad implementare la corretta autogestione dei trattamenti riabilitativi sulla base delle caratteristiche individuali e a riacquistare una soddisfacente qualità di vita. Aspetti importanti in questo processo sono: offrire supporto ai pazienti su temi come l'aderenza terapeutica, la modificazione dello stile di vita, la rielaborazione del trauma (evento cardiaco); l'ottimizzazione della terapia medica, la comprensione delle pressioni relazionali e professionali e l'anticipazione delle difficoltà emotive e conseguenti ripercussioni a livello fisico (che facilita l'aderenza e diminuire i tassi di ospedalizzazione), favorendo così la comunicazione coi professionisti.

Il supporto familiare è fondamentale nel riadattamento delle abitudini di vita e dei ruoli sociali nella gestione delle terapie mediche (spesso molto complesse), nell'accettazione dei frequenti ricoveri ospedalieri e come sostegno affettivo/emozionale. L'estrema variabilità del quadro clinico (funzionalità, sintomatologia, reazioni emozionali, problematiche psicologiche, comportamenti disfunzionali) rende il campo variamente articolato e idiosincraticamente modificabile da caso a caso.

Indagine sull'esperienza dei professionisti infermieri

Oltre alla revisione della letteratura specifica sopra descritta, l'analisi del fabbisogno formativo è stata completata da un'indagine rivolta ai professionisti infermieri svolta nel periodo compreso fra settembre e ottobre 2011. A tal fine è stato scelto l'approccio qualitativo, quale tecnica di raccolta dati, poiché particolarmente attinente a rilevare le esperienze dei professionisti infermieri. In particolare si è prescelta la tecnica di raccolta dati dell'intervista narrativa semi-strutturata (Osborn & Smith, 2006; Ryan, Bissell & Morecroft, 2007) che ha avuto l'obiettivo di raccogliere le esperienze dei professionisti infermieri. L'approccio narrativo si configura, come abbiamo già discusso (Cap.1), come "uno scambio comunicativo, fondato su un'essenziale tensione dialettica tra dimensione individuale e sociale, tra produzione di significati, attraverso la capacità simbolica di ogni singola mente e condivisione, fra la peculiarità della singola storia e il suo essere interna al contesto della situazione comunicativa attuale e a un più ampio contesto culturale" (Paolicchi, 2002, p. 200). Il lavoro di ricerca, secondo un approccio narrativo si configura come un lavoro di natura ermeneutica, in cui l'interpretazione del ricercatore è sempre personale, parziale, dinamica e si realizza attraverso un costante processo dialogico con i testi, i

contesti indagati e i soggetti protagonisti. Esso si basa sull'assunto sostanziale che non esiste una realtà unica, né un'interpretazione univoca della realtà sociale: pluralismo, relativismo e soggettività rappresentano i presupposti teorici della ricerca narrativa (Striano, 2005). Al centro della ricerca narrativa vi è quindi la necessità di interpretare l'esperienza, cioè di individuare il modo in cui i soggetti la comprendono, la organizzano e la rappresentano (Poggio, 2004). In conclusione, quindi, l'approccio narrativo è sembrato particolarmente attinente rispetto agli obiettivi dello studio in quanto esso rappresenta un processo in grado di far emergere storie e significati difficilmente ottenibili attraverso altre strategie di ricerca.

Metodologia e partecipanti

L'intervista narrativa semi-strutturata (Osborn & Smith, 2006; Ryan, Bissell & Morecroft, 2007) ha avuto la finalità di rilevare le seguenti macrocategorie di contenuto riferite dagli infermieri che lavoravano in U.T.I.C:

- la rappresentazione dell'assistenza in U.T.I.C.;
- la rappresentazione del paziente con SCA;
- la rappresentazione del modello assistenziale attualmente esistente in U.T.I.C.;
- l'importanza e l'interesse dei professionisti rispetto alla partecipazione ad un percorso formativo orientato all'adozione di un modello assistenziale integrato.

Per l'intervista narrativa è stata elaborata una traccia contenente le aree tematiche che si volevano indagare; essa è stata predisposta sia per mantenere una rigorosità sul metodo di raccolta dei testi, sia per permettere un'analisi comparativa dei dati qualitativi.

I partecipanti, in altre parole l'universo dei professionisti infermieri dell'U.T.I.C., sono stati reclutati attraverso i nominativi forniti dalla coordinatrice dell'Unità di Terapia Intensiva Coronaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. E' stato previsto un incontro appositamente organizzato dai ricercatori in cui tutti i 17 infermieri dell'U.T.I.C hanno formalizzato la loro adesione a partecipare allo studio. Le interviste sono state condotte individualmente, con modalità faccia a faccia, in un setting riservato all'interno della struttura ospedaliera, per consentire tranquillità e mettere a proprio agio gli stessi partecipanti (solitamente in una saletta dell'U.T.I.C adibita alle riunioni). Il contatto con i partecipanti è avvenuto generalmente al termine del turno di lavoro e comunque rispettando le preferenze dei professionisti.

Prima di dare avvio all'audio- registrazione delle interviste, il ricercatore ricordava ai partecipanti l'obiettivo generale della ricerca e la durata indicativa dell'intervista. Altre note introduttive facevano

riferimento al rispetto della privacy e dell'anonimato nel trattamento delle risposte. Inoltre, era specificato che le risposte sarebbero state utilizzate esclusivamente dai ricercatori e soltanto per scopi riconducibili alla ricerca ed era prevista la possibilità per i partecipanti di potere richiedere i risultati una volta terminato lo studio. Queste note preliminari (Bichi, 2002) hanno preceduto ogni intervista. Si è stabilito che la durata indicativa di ogni intervista sarebbe stata di circa un'ora, anche se nella logica della ricerca si è spesso privilegiato un approccio non vincolante in termini di tempo. Le interviste sono avvenute in un'unica occasione senza prevedere più incontri con gli stessi partecipanti.

L'intervista ha previsto una consegna o stimolo iniziale, identico per ogni partecipante (Bichi, 2002), ovvero il racconto della propria storia professionale. Per risolvere momenti di impasse sono stati utilizzati consegne e rilanci in cui il ricercatore dava una maggiore direttività alla narrazione. Questa modalità di rilancio (cfr. Bichi, 2002, p. 114-120) è stata ritenuta opportuna dal ricercatore quando l'evento narrativo meritava una esplorazione con maggiore determinazione in funzione dell'obiettivo di ricerca. Ad esempio durante alcune interviste, vi sono stati tentativi non voluti di "evadere" dall'obiettivo di ricerca, da parte dei partecipanti, raccontando eventi, situazioni, stati d'animo di difficile attinenza con lo studio.

La fase successiva alla registrazione dell'intervista è stata quella della trascrizione verbatim in formato elettronico (file di testo).

Analisi dei dati

E' stata prescelta una metodologia d'analisi dei dati che utilizza un approccio "semantico quantitativo" e che considera il contenuto tematico delle interviste. Il modello di riferimento è stato quello di Berelson (1952) che considera la descrizione obiettiva, sistematica e quantitativa del contenuto della comunicazione. L'unità d'analisi è stata "la frase" (es. "il paziente con SCA presentano quasi sempre una condizione clinica molto critica"). L'analisi del contenuto tematico, attraverso la modalità carta e matita, ha previsto diverse fasi.

La prima fase è stata quella di considerare l'intero corpus del testo dell'intervista. La seconda è stata quella di dividere il contenuto in unità analitiche rappresentate da paragrafi, periodi dalla quale individuare nuclei di significato. Questi nuclei, o codici, emersi attraverso un approccio bottom-up, ovvero ricavati dai dati della ricerca, sono stati l'esito di un processo inferenziale che ha portato alla strutturazione di un sistema di codici in ciascuna delle quattro aree tematiche precedentemente illustrate. L'ultima fase ha previsto un trattamento quantitativo dei dati attraverso il conteggio del

numero di citazioni di ciascun codice, numero a sua volta rapportato al numero di soggetti che l'hanno utilizzato.

La Tabella 4.1 illustra la ossatura interpretativa del materiale qualitativo raccolto: il sistema dei codici, il numero di citazioni e il relativo numero di soggetti.

Tabella 4.1. – Sistema di codifica e occorrenze (frequenza assoluta)

Sistema di codifica: occorrenze dei macrocodici		
Macrocodici e codici	N. Citazioni	N. Soggetti
RAPPRESENTAZIONE DELL'ASSISTENZA IN UTIC		
Importanza dell'informazione/educazione di paziente/caregivers (es. sui fattori di rischio classici cardiovascol	13	9
Importanza dell'aspetto relazionale del paziente (es. indagine sulla rete sociale)	22	17
Importanza dell'aspetto psicologico del paziente (es. vissuti di malattia del paziente)	8	6
Importanza degli strumenti operativi (es. linee guida e protocolli)	3	3
Importanza del lavoro di equipe multidimensionale (es. interventi multidisciplinari con psicologi, diabetologi)	15	14
TOTALE	61	
RAPPRESENTAZIONE DEL PAZIENTE CON SCA		
Pazienti con sintomatologia clinica	24	17
Pazienti con sintomatologia psicologica	33	15
Pazienti scarsamente informati sul problema	13	10
TOTALE	70	
MODELLO ASSISTENZIALE ESISTENTE IN UTIC		
Descrizione del modello (tradizionale basato su compiti/routine/cure)	13	10
Valutazione negativa del modello (inadeguato)	61	15
Valutazione positiva del modello (adeguato)	2	2
TOTALE	76	
IMPORTANZA DEL PERCORSO FORMATIVO		
Approfondimento di aspetti clinici specialistici	9	9
Approfondimento di aspetti psicologici	8	8
Approfondimento di aspetti socio-relazionali	10	6
Approfondimento di aspetti clinici-psico-socio-relazionali	6	6
TOTALE	33	

Risultati

Nel primo macrocodice riportato, ovvero la *rappresentazione dell'assistenza* (61 citazioni totali), sono contenuti quattro codici. Il primo, in ordine di frequenza, è *l'importanza dell'aspetto relazionale del paziente con SCA* sottolineato da tutti e 17 i professionisti infermieri. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“L’infermiere che prende in carico questa tipologia di pazienti deve possedere delle abilità relazionali molto elevate, in quanto ogni caso è diverso dall’altro. Non tutti i pazienti sono uguali, non tutti hanno le stesse esigenze pur presentando la stessa patologia, e quindi appunto bisogna relazionarsi nel modo adeguato alla persona che si assiste” (intervista N.8).

“Io credo che sia molto importante riconoscere i segni clinici che ha un paziente cardiologico, quindi in questo caso della Sindrome Coronarica Acuta, ma non basta secondo me, in quanto bisogna soprattutto sapersi relazionare, far capire al paziente e anche ai suoi familiari, poiché non dimentichiamoci che è inserito in un contesto ben preciso, l’importanza della patologia, e quindi

riuscire a comunicare con loro. Non basta somministrare delle pillole, praticare infusioni di farmaci eccetera, in quello siamo molto bravi, invece la capacità di far conoscere al paziente e ai suoi familiari la malattia, di prevenire altri eventi, di saper spiegare, saper informare credo che sia molto importante” (intervista N.10).

“Nella nostra professione d’infermiere, in particolare nell’assistenza con i pazienti cardiologici, gli aspetti relazionali del paziente risultano di particolare importanza. Provo a spiegarmi meglio: il paziente che ha avuto un infarto del miocardio è un paziente difficile poichè ad essere colpito è stato il cuore. ovvero un organo nobile però nello stesso tempo come dire nascosto, ad esempio non è come una ferita che la si vede, non è una gamba fratturata che se ne prende atto perché la si vede. In questi pazienti nel momento stesso in cui non hanno più dolore toracico poiché è passata la fase acuta, dicono adesso sto bene posso tornare a casa. Far capire che la questione è ben diversa, renderli consapevoli della loro problematica, coinvolgendo anche le persone che gli stanno vicino, non è facile senza creare delle ansie al paziente. Pertanto, per noi infermieri avere delle competenze anche relazionali ci permette di gestire al meglio queste situazioni complesse di cui spesso veniamo investite in quanto operatori che esercitano la loro professione vicino a persone che soffrono” (intervista N. 17).

“Penso che nella gestione de paziente cardiologico, sia esso con infarto del miocardio o con angina, il sapersi relazionare è fondamentale. Ad esempio la prima cosa che mi viene in mente in questo momento è l’empatia, devi per forza di cose calarti e sentire cosa prova l’altro, perchè se non riesci a capire come sta vivendo la sua malattia non hai via di accesso, per cui la prima cosa è l’ascolto, è la calma anche se devi fare le cose di fretta anche se le devi preparare, anche se hai 150 altre cose da fare il paziente lo devi ascoltare, quindi la prima caratteristica; le nozioni sono importanti, l’elettrocardiogramma, l’interpretazione delle cose tecniche, tutto è importante, ma focus su chi hai davanti, cosa sta provando chi è e che messaggi ti lancia, non solo verbali, ma anche con il linguaggio non verbale, che si esprime attraverso il corpo. Questa secondo me è la cosa fondamentale” (intervista N. 3).

Il secondo codice riguarda l’importanza del lavoro di un’equipe multidisciplinare sottolineato da 14 infermieri. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“Nella mia realtà lavorativa ognuno svolge il proprio compito, non c’è comunque una relazione tra le varie figure professionali, ad esempio lo psicologo, la dietista, il coordinatore, ognuno pensa al proprio lavoro. Invece dobbiamo lavorare tutti insieme, medico compreso, sarà forse l’organizzazione anche italiana se vogliamo dire che è proprio molto settoriale e quando finito il tuo compito, hai già fatto il tuo lavoro e non esiste l’idea che un professionista possa confrontarsi o comunque scambiare delle opinioni rispetto al percorso assistenziale di quel paziente, soprattutto se si tratta di un paziente complesso come quello che assistiamo tutti i giorni” (intervista N. 10).

“Per garantire un’assistenza globale al paziente che presenta un problema cardiologico anche di una certa entità come il paziente con Sindrome Coronarica Acuta, non basta che ogni operatore sanitario faccia bene il proprio operato, ma è necessario un lavoro d’equipe, un lavoro dove tutti i professionisti che intervengono nel processo di salute di quel paziente, come ad esempio il medico, la psicologa eccetera, lavorino insieme e non in maniera parallela come succede oggi, nella mia realtà si intende” (intervista N. 1).

Il terzo codice riguarda l’importanza dell’informazione/educazione del paziente sottolineato da 9 infermieri. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“Mi trovo davanti ad una persona, dove è molto importante il fattore educativo, il fattore di counseling, capire, entrare un po’ nella sua psicologia e non dare per scontato che tutto sia logico, perché non è logico, si ha di fronte una persona che viene catapultata improvvisamente in un mondo che non riconosce” (intervista N. 8).

“Ci sono tipologie di pazienti, che corrispondono a un buon numero, che sottovalutano la patologia e la mettono allo stesso livello di gravità di un banale episodio febbrile, pensando di venire qua, intervenire sulla coronaria responsabile dell’infarto e tornare alla vita di sempre. Purtroppo non funziona così, un cuore lesa è come una macchina che ha lesa il motore. Per cui sono indispensabili i nostri interventi educazionali in modo da agire sulla prevenzione secondaria eccetera, ad esempio anche sull’importanza della farmacologia, sapere riconoscere comunque le avvisaglie” (intervista N. 10).

Il quarto codice, che riguarda l’importanza degli aspetti psicologici dell’assistenza, è stato sottolineato da 6 infermieri. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“L’infermiere dovrebbe utilizzare un approccio professionale, ma anche umano ed empatico, nel senso che bisogna entrare in contatto con il paziente, considerando non soltanto il danno fisico, e quindi farsi carico dei problemi del paziente di natura fisica e morale, rassicurando il paziente dal lato psicologico e in questo modo riusciamo ad esempio a ridurre l’ansia spesso presente in questi pazienti” (intervista N. 11).

“Direi che ogni paziente prima di tutto è a se, quindi ogni volta è un universo nuovo da esplorare che si incontra, con diverse fasi che possono essere sia la negazione, l’accettazione della malattia però ogni volta ti devi sintonizzare sulla sua frequenza, e questo richiede uno sforzo non piccolo da parte dell’infermiere. La Sindrome Coronarica Acuta in gener, essendo una malattia che colpisce il cuore, essendo il cuore l’organo principale dove magari si associano anche le emozioni di una vita, viene sempre visto come un qualcosa che ti sconvolge. Questi pazienti hanno paura che non saranno più le stesse persone, la paura che possa l’infarto possa ritornare da un momento all’altro” (intervista N. 12).

L’ultimo codice riguarda gli *strumenti operativi dell’assistenza* (in termini di linee guida, protocolli e procedure) sottolineato da 3 infermieri, come nell’esempio qui di seguito riportato.

“Nei nostri interventi la conoscenza di protocolli e procedure inerenti il trattamento dello STEMI e del NONSTEMI sono importanti. Bisogna conoscere ad esempio i protocolli inerenti i farmaci che vengono utilizzati, con che modalità, quali sono i relativi effetti collaterali. I protocolli così come pure le istruzioni operative sono importanti in quanto permettono di uniformare l’assistenza almeno dal punto di vista tecnico, altrimenti ognuno agirebbe secondo il buon senso e non secondo questi strumenti che tra l’altro derivano da fonti scientifiche come le linee guida ”(intervista N.14).

Il secondo macrocodice, ovvero, la *rappresentazione del paziente in U.T.I.C.* (70 citazioni totali), racchiude 3 sotto codici.

Il primo codice citato da 17 infermieri su 17, sottolinea la rappresentazione del paziente con una importante *componente psicologica*. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“I pazienti che prendiamo in carico ogni giorno sono pazienti spesso ansiosi, quindi preoccupati che si preoccupano soprattutto del loro futuro e di quello dei loro familiari, si chiedono spesso se torneranno a fare le stesse cose oppure no. Spesso mi capita, infatti, di assistere a dei meccanismi di difesa come il

rifiuto della malattia; perché pensano che siano ormai spacciati, altre volte invece subentra una fase di depressione, soprattutto per quei pazienti che erano particolarmente dinamici, super impegnati, in carriera professionale” (intervista N. 9).

“Secondo la mia esperienza ormai decennale, sono pazienti che hanno bisogno di un’assistenza anche psicologica quindi farli fare anche dei colloqui e appunto di dargli la possibilità di parlare delle proprie aspettative e delle proprie paure, sarebbe necessario, purtroppo con i nostri ritmi non ci si riesce (intervista N. 17)

Il secondo codice riguarda la *sintomatologia clinica* del paziente ed è rilevato da 15 infermieri. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tale codice.

“Sono pazienti che presentano dolore toracico, dispnea, ipertensione, sudorazione fino ad arrivare chiaramente alla fase più tragica, che è lo shock cardiogeno” (intervista N. 12).

“Il paziente con Sindrome Coronarica Acuta ad esempio come l’infarto, quando viene accettato nel nostro reparto si trova quasi sempre in una fase di emergenza con una sintomatologia clinica molto grave come, dolore lancinante toracico, senso di oppressione, dolore al braccio sinistro, mandibolare, oppressione, paura di morire quando si trova in una fase acuta; quando c’è per esempio un sopraelevamento del ST hanno soprattutto dolore atroce e paura di morire” (intervista N. 15).

L’ultimo codice riguarda la *scarsa informazione* dei pazienti rispetto alla problematica clinica, sottolineato da 10 infermieri. Si riportano due estratti che esemplificano tale codice.

“Informare il più possibile il paziente quello è anche importante, perché il paziente più è informato, nei dovuti modi chiaramente e nei dovuti contenuti, e migliore sarà la sua risposta sia alla terapia che alla sua patologia insomma, anche se spesso bisogna rivolgersi ai parenti perché spesso abbiamo pazienti anziani che non sono complianti, purtroppo.”(intervista N.12).

“Il paziente come anche i familiari, secondo il mio modesto parere, avrebbero bisogno di essere informati maggiormente non soltanto da noi, ma anche dai medici, ognuno per le proprie competenze. Questo mi sento di affermarlo siccome spesso mi trovo pazienti che alla dimissione non sanno neanche che tipo di trattamento gli è stato fatto, ad esempio o che procedura” (intervista N.16).

Il terzo macrocodice inerente il *modello assistenziale in U.T.I.C.* (N. 76 citazioni totali), racchiude anche esso 3 codici.

Il primo codice riguarda la *valutazione negativa del modello assistenziale* utilizzato, in termini di inadeguatezza. Esso è stato sottolineato da 15 infermieri, come riportano i due esempi sotto-descritti.

“Oggi con la necessità di ridurre la degenza media dei pazienti, non si ha la possibilità di assisterli al meglio, in maniera più personalizzata, prendendo in considerazione tutte le loro problematiche e di conseguenza intervenire. Come aggravante poi c’è che qui in Italia non c’è una rete che è comunque molto organizzata sul territorio, per favorire il passaggio dall’ospedale non c’è nessun contatto o passaggio di consegne, quindi questo secondo me è una mancanza che c’è in questa Azienda”(intervista N.10).

“Nella nostra Unità Operativa secondo me dovrebbe essere migliorato il tempo da dedicare al paziente nel senso che spesso e volentieri c’è un turnover troppo elevato per i pazienti per non riesci a verificare i risultati, cioè tu ti poni degli obiettivi con il paziente però spesso e volentieri non puoi verificare questi obiettivi, perché il paziente viene trasferito, va in un altro reparto o addirittura in un altro ospedale. Quindi diciamo che l’assistenza si applica alla fase acuta e quando il paziente si stabilizza tu non lo vedi più un follow-up, cioè ci potrebbe essere un follow-up dove appunto puoi verificare il tuo operato, gli obiettivi che ti sei posto all’ingresso (intervista N. 12).

Il secondo codice riguarda la descrizione del *modello assistenziale tradizionale* attualmente utilizzato dagli infermieri in U.T.I.C., sottolineato da 10 infermieri. Si riportano qui di seguito due citazioni esemplificative.

“Il nostro è ovviamente un modello assistenziale per compiti, è un modello assistenziale ormai passato, superato in quanto le nostre routine non vi è una pianificazione delle attività a seconda del paziente che ho davanti. Attualmente anche se tu sei responsabile a trecentosessanta gradi del paziente, tu devi prendere decisioni di natura infermieristica. Purtroppo l’organizzazione te lo impedisce, la disorganizzazione te lo impedisce, non arrivi a conoscere tutto del paziente anche se vuoi non arrivi a fare quello che dovresti fare anche se vorresti, non ce la fai, non ce la fai, andrebbe migliorata tanto la gestione, e sicuramente noi infermieri possiamo fare molto di più perché abbiamo la tendenza a lamentarci molto tornando al discorso della frustrazione ed a aver lasciato un po’ le redini no? Le

briglie sono un po' lente, parliamo, parliamo però io ho la sensazione che alle volte tutto cada nel vuoto, non so se è una realtà comune ad altre questa è la mia esperienza" (intervista N.17).

"Quando sono a lavorare in post-intensiva sicuramente il modello assistenziale è per compiti, nel senso che anche se siamo suddivisi per settori, cioè ognuno gestisce il proprio settore comunque l'assistenza che eroghiamo si basa principalmente sulle prescrizioni mediche, sulla rilevazione dei parametri clinici, sul monitoraggio emodinamico del paziente, non prendo in considerazione altre problematiche anche perché non ne avre il tempo" (intervista N. 5).

Il terzo codice riguarda invece la *valutazione positiva del modello assistenziale* utilizzato, in termini di adeguatezza, sottolineato da 2 infermieri su 17. Si riporta un estratto riferito a tale codice.

"Secondo me non ci possiamo lamentare nel senso che tu hai i tuoi pazienti, tu sei responsabile del tuo settore, dei tuoi pazienti e quindi di tutto ciò che succede" (intervista N. 3).

L'ultimo macrocodice riguarda *l'importanza di un eventuale percorso formativo* (33 citazioni totali). In particolare sono 4 gli aspetti sottolineati dagli infermieri.

Per 9 infermieri su 17 è importante che un eventuale percorso formativo tratti gli *aspetti clinico-assistenziali* specifici della patologia cardiovascolare, come nell'esempio sotto riportato.

"Del paziente devi sapere tutto, ma non vuol dire devi sapere solo l'anamnesi clinica, devi essere a conoscenza di un esame clinico, se ci sono valori fuori range soprattutto riferiti ai fattori di rischio cardiovascolari come il diabete, la pressione arteriosa, il colesterolo eccetera. Il fatto di essere davanti a un monitor che registra l'attività cardiaca e non capire quello che stai vedendo anche se non sei medico, beh insomma è un disagio, è un deficit professionale. O se tu non sai cosa vuol dire ad esempio frazione di eiezione, se tu non sai i limiti i range di normalità di un determinato esame insomma no, anche rispetto al trattamento farmacologico, perché spesso si sa soltanto il nome commerciale dei farmaci tipici di questi pazienti senza sapere ad esempio la farmacocinetica, la farmacodinamica, gli eventi avversi eccetera. Insomma andrebbe approfondito anche questo discorso" (intervista N. 17).

Per 8 infermieri su 17 sono invece gli *aspetti psicologici* che dovrebbero essere implementati dal percorso formativo, come si evince nell'estratto seguente.

“Avere delle abilità nel gestire gli aspetti psicologici, secondo me è molto importante, in quanto ripeto sono la chiave di accesso al paziente. Senza quello tu non eroghi, per quanto riguarda il nostro compito infermieristico non riesci ad avere accesso alle giuste serrature” (intervista N. 17).

Per 6 infermieri su 17 sono gli *aspetti relazionali* quelli da implementare e per altrettanti infermieri la formazione dovrebbe riguardare, in un’ottica multidisciplinare, *un’integrazione fra aspetti clinici, psicologici e socio-relazionali*. Si riportano di seguito alcuni estratti delle interviste riferite a tali codici.

“Certo, sì, sì, sarei molto interessato ad approfondire gli aspetti relazionali, ma non soltanto dal punto di vista teorico. Mi spiego meglio, ho seguito tanti corsi di aggiornamento che mi hanno trasmesso delle informazioni di tipo relazionale, ad esempio come la relazione d’aiuto con il paziente con un carcinoma gastrico, perché allora lavoravo in gastroenterologia, alcune tecniche di comunicazione eccetera. Ma quello che mi manca è proprio quello di sapere gestire le relazioni con il paziente, con i suoi familiari, cioè vorrei una formazione che vada più in profondità dove io possa sperimentare anche fattivamente, cioè nella pratica una modalità di relazionarmi in base certo anche al tipo di paziente o familiare che gestisco in quel momento. Perché le nozioni teoriche ti sembrano chiarissime quando ti vengono trasmesse, ma poi quando devi metterle in pratica non è sempre così facile, almeno io trovo delle difficoltà. Quindi, un percorso formativo sì, ma che sia particolarmente mirato ad esempio al paziente cardiologico che è un paziente molto particolare in quanto credono che la loro vita, tra virgolette, non dico sia terminata però in standby, in realtà non è così, cioè con le dovute terapie, con i dovuti comportamenti, educazione sanitaria, si ritorna ad una vita normalissima insomma” (intervista N. 12).

“Io penso che non dovrebbe esserci una distinzione tra aspetti clinici, psicologici e relazionali, nel senso che sono aspetti da valutare insieme, non possono essere separati, questo sempre in un’ottica di globalità dell’assistenza; questo mi è stato inculcato molto durante il mio corso di laurea, però ci rendiamo conto, non soltanto io, ma anche parlando poco tempo fa con alcune mie colleghe, che l’impostazione che abbiamo qui va in un’altra direzione. Pertanto, questa premessa implica di conseguenza che un percorso formativo sia orientato a sviluppare competenze infermieristiche molto elevate dove l’infermiere sviluppi capacità di gestire in maniera integrata questi aspetti, cosa che oggi, e mi ci metto anch’io, non siamo particolarmente abili, per diversi motivi che adesso non sto qui a spiegare. Comunque, una persona che ha avuto una Sindrome Coronarica o STEMI o NSTEMI, è un

paziente, specie se è giovane, che va corretto, va rivisto, va seguito perché che comunque non ritorni ad essere di nuovo ospedalizzato” (intervista N.10).

Conclusioni

In conclusione si evince come i professionisti infermieri considerano importante garantire, al paziente che presenta una SCA, un’assistenza multidisciplinare e multidimensionale che integri gli aspetti non soltanto clinici ma anche relazionali, psicologici ed educativi in termini di presa in carico globale della persona. In primo luogo la rappresentazione del paziente che emerge dalle interviste è complessa e fa riferimento ad una tipologia di paziente critico dal punto di vista clinico, delicato dal punto di vista psicologico e relazionale e che, quindi, necessita di un’assistenza sia bio-clinica che psico-socio-relazionale. Si sottolinea, inoltre, che una persona che ha subito un danno al “cuore” ovvero ad un organo nobile a cui vengono associati sentimenti ed emozioni, sia caratterizzata dalla paura di morire, dalla paura legata al contesto ospedaliero, da sentimenti di ansia e rabbia e senso di colpa, per aver condotto una vita poco salutare. E’ emersa una rappresentazione del paziente come colui che spesso va incontro ad una frattura delle sue relazioni sociali in quanto vive l’evento malattia come invalidante e come una minaccia reale o percepita al proprio benessere e a quello delle persone che gli stanno vicino. Negli infermieri affiora anche l’immagine di una persona cui bisogna dare la possibilità di raccontare la sua storia di malattia per cogliere quei significati, spesso non espressi, che essa attribuisce all’evento avverso e a tutto ciò che questo comporta nella quotidianità.

Non a caso il modello assistenziale in U.T.I.C. viene considerato nella maggior parte dei casi come un modello inadeguato: esso, infatti, per i professionisti, si concentra prevalentemente sugli aspetti bio-clinici legati alla patologia, trascurando quelli psico-socio-relazionali, pur riconosciuti dagli stessi professionisti infermieri come di fondamentale importanza.

Il modello assistenziale attualmente utilizzato, inoltre, è stato descritto nella maggior parte dei casi come inadeguato, in quanto non prevede l’inserimento del paziente in un percorso strutturato e di monitoraggio che vada oltre la dimissione dall’ospedale, soprattutto se si considera che la degenza media dei pazienti che presentano una patologia cardiovascolare negli ultimi anni si è ridotta drasticamente. A conferma anche dai dati emersi dalla letteratura presa a rassegna emerge, quindi, la necessità di prevedere diversi follow-up per questa tipologia di pazienti, soprattutto perché la patologia cardiovascolare, essendo considerata cronica, impone un trattamento farmacologico continuo e una coerenza nella modifica dei comportamenti dello stile di vita. Un impegno, questo, che, come abbiamo

visto, non sempre il paziente è disposto a mantenere poiché considerato “faticoso” o “limitante”. Non a caso il garantire un supporto assistenziale continuo e mirato ad ottenere l’aderenza al trattamento è stato dichiarato dalla maggior parte dei professionisti di vitale importanza, in quanto esso va ad incidere sulla riduzione del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare. Ne consegue la necessità, evidenziata dalle interviste, di una formazione dedicata ai professionisti infermieri che sia orientata a promuovere un’assistenza centrata sul paziente, attraverso l’utilizzo di un modello assistenziale multidimensionale che contemporaneamente consideri le dimensioni fisiche e psico-socio-relazionali del paziente con SCA. Pertanto, l’idea comune della maggior parte dei professionisti è di un percorso formativo che abbia l’obiettivo di sviluppare le competenze distintive non soltanto clinico-assistenziali, ma anche psico-socio-relazionali. Nello specifico tra gli aspetti di natura clinico-assistenziale considerati da ampliare sono emersi quelli legati alla patologia cardiovascolare come i fattori di rischio cardiovascolari classici e additivi, con riferimento particolare alle ultime evidenze scientifiche. Tra gli aspetti di natura psico-socio-relazionale i professionisti hanno sottolineato il bisogno di accrescere le proprie abilità nella valutazione di eventuali problematiche psicologiche (ansia, depressione) e di problematiche inerenti la sfera sociale (sostegno sociale, strategie per fronteggiare la malattia) del paziente con SCA. Dalle interviste, inoltre, oltre all’evidente interesse alla partecipazione ad un percorso formativo e ai contenuti che lo stesso dovrebbe prevedere, sono emersi interessanti spunti natura metodologica, come ad esempio la proposta di utilizzare una metodologia didattica interattiva, più che frontale, in modo che il discente abbia la possibilità di sperimentarsi nei contenuti formativi proposti.

In conclusione, possiamo anche sostenere che il raccontarsi è stato per i professionisti un momento “formativo” di per sé, un percorso verso una maggior presa di coscienza e verso il riconoscimento di sé stessi come professionisti intenzionati a migliorare l’assistenza erogata ai pazienti con SCA.

Anche i risultati emersi dall’analisi del fabbisogno formativo rilevato attraverso le interviste hanno quindi in seguito guidato le fasi 2^a e 3^a dello Studio 2 inerente la definizione del percorso strutturato assistenziale del paziente con SCA ovvero il modello assistenziale narrative nursing integrato e il percorso formativo dei professionisti infermieri dell’U.T.I.C.

4.4 Fase 2^a - Il percorso strutturato assistenziale del paziente con SCA - il modello assistenziale narrative nursing integrato e i relativi strumenti assistenziali

Obiettivi: costruzione di un percorso strutturato assistenziale

La Fase 2^a ha avuto come obiettivo quello di definire in maniera dettagliata un “*percorso strutturato assistenziale*” (PSA) che utilizzasse il modello “*narrative nursing integrato*” nella gestione dei pazienti con SCA.

L’obiettivo generale del percorso formativo, infatti, è stato quello di formare i professionisti infermieri all’utilizzo nel loro operato del modello narrative nursing. Partendo dal modello tradizionale attualmente in uso in U.T.I.C., i professionisti sono stati formati ad integrare quegli aspetti mancanti e definenti il modello narrative nursing integrato.

Prima di strutturare il PSA, si è resa necessaria un’importante fase in cui i concetti teorici del modello narrative nursing integrato sono stati operazionalizzati. Sostanzialmente, sono stati individuati quegli elementi che ipoteticamente potessero trasformare il modello assistenziale tradizionale in modello assistenziale integrato. Tali elementi sono stati successivamente sistematizzati all’interno delle fasi del processo nursing. Di seguito verranno esplicitati gli aspetti salienti di ogni fase, accertamento, assistenza ed educazione che hanno portato alla conversione del modello tradizionale in modello integrato.

Rispetto alla fase dell’accertamento, si è passati da un accertamento infermieristico basato sulla raccolta di dati prettamente clinici (es. valore della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, dolore toracico, dispnea, valori degli esami ematici), slegati tra di loro, che indagavano la sola dimensione fisica e riferiti al solo periodo di degenza del paziente (modello tradizionale), ad un accertamento infermieristico che *integra* la raccolta di dati di natura psico-socio-relazionale (es. comprensione delle esperienze vissute, dei sentimenti - paura del futuro, dei significati di malattia, della minaccia del proprio benessere) riferiti anche al periodo antecedente e successivo della degenza in cui la storia di malattia del paziente viene riconnessa alla sua storia di vita. L’approccio d’indagine, quindi, logico basato su una mappa di segni e sintomi clinici, è stato ampliato da un approccio multidimensionale che tiene conto anche dello stato emotivo e percettivo e del contesto vitale di riferimento della persona (sociale).

Rispetto alla fase dell’assistenza infermieristica, invece, l’identificazione dei problemi bio-clinici (es. alterazione dell’attività cardiocircolatoria – ipertensione -, alterazione dei livelli di colesterolo nel sangue – ipercolesterolemia -, alterazione dei livelli di glucosio nel sangue – diabete -)

e la definizione dei relativi obiettivi terapeutici legati alla malattia (es. normalizzazione del valore della pressione arteriosa), sono stati ampliati prendendo in considerazione *anche* problematiche di natura psico-socio-relazionali (ansia, paura, alterazione dell'umore, fattori di non aderenza terapeutica) e obiettivi terapeutici legati più alla soggettività della persona (es. accettazione della malattia, accettazione del trattamento terapeutico, allontanamento dei sentimenti negativi, ricostruzione di nuove connessioni tra malattia e vita quotidiana – nuove trame di senso).

Alla luce di questi elementi, anche le diagnosi infermieristiche definite sulla base delle sole problematiche bio-cliniche (es. rischio di nuovi eventi cardiovascolari correlato all'ipertensione), sono state ampliate valorizzandole di elementi riconducibili a problematiche psico-socio-relazionali (es. coping inefficace, alterazione dell'umore, isolamento sociale).

Sempre rispetto alla fase dell'assistenza, anche la pianificazione degli interventi infermieristici, nonché il progetto terapeutico ha subito uno spostamento passando da un programma terapeutico dato, standardizzato da procedure e protocolli e finalizzato al mantenimento dello stato fisico del paziente durante la degenza (es. rilevazione dei parametri vitali, somministrazione della terapia farmacologica), ad un programma terapeutico co-costruito - infermiere-paziente – condiviso, che non è circoscritto alla dimensione fisica ma si estende anche a quella psico-socio-relazionale del paziente (es. cambiamenti dello stile di vita richiesti dalla malattia, strategie inerenti l'aderenza farmacologica, strategie di coping). Il programma terapeutico, inoltre, co-costruito e condiviso non si esaurisce al momento della dimissione del paziente ma ha un carattere di continuità che si estende anche dopo la dimissione del paziente.

Rispetto alla fase dell'educazione, sono stati altrettanto evidenziati degli elementi da integrare e che hanno definito il modello narrative nursing integrato. Si è passati da un semplice passaggio delle informazioni di tipo clinico al paziente (es. valori dei parametri vitali) all'educazione vera e propria del paziente con il coinvolgimento adattivo o funzionale dei caregivers. La fase dell'educazione, infatti, è stata arricchita di elementi che erano orientati a sviluppare l'autonomia del paziente nella gestione della propria malattia e finalizzata al raggiungimento del risultato di salute (es. comprensione della malattia da parte del paziente, modificazione dello stile di vita; auto-motivazione; mantenimento di una buona qualità di vita, autonomia nella gestione farmacologica).

La tabella 4.2 di seguito riportata, illustra il processo di operazionalizzazione dei concetti teorici e, sintetizza gli elementi individuati ed integrati durante il passaggio dal modello tradizionale al modello narrative nursing integrato.

Tabella 4.2 – Operazionalizzazione dei concetti teorici

Fase del Processo Nursing	Contenuti	Elementi del Modello Tradizionale	Elementi integrati nel modello Narrative Nursing Integrato
Accertamento	<i>Oggetto d'indagine</i>	Rilevare dati che riflettono il disturbo somatico (segni e sintomi)	Rilevare dati che riflettono i vissuti e il significato di malattia (sentimenti, emozioni)
	<i>Strategia interpretativa</i>	Indagare la relazione tra sintomi e disturbo somatico	Indagare la relazione tra malattia e rete semantica
Assistenza	<i>Finalità interpretativa</i>	Definizione della diagnosi infermieristica su problematiche bio-cliniche	Definizione della diagnosi infermieristica su problematiche psico-socio-relazionali
	<i>Obiettivo terapeutico</i>	Riferito ai processi somatici di malattia	Riferito all'esperienza del paziente: comprensione degli aspetti nascosti della realtà di malattia al fine di trasformare tale realtà
	<i>Personaggio principale</i>	Le cure	La persona
	<i>Progetto terapeutico</i>	Standardizzato da procedure e protocolli riguardante la dimensione clinica	Dinamico, co-costruito infermiere-paziente e multidimensionale (psico-socio-relazionale)
Educazione	<i>Metodologia operativa/Fase temporale</i>	Passaggio delle informazioni bio-cliniche che avviene limitatamente alla fase di degenza del paziente	Colloquio narrativo rivolto alla comprensione da parte del paziente e del caregiver dei comportamenti per il raggiungimento dello stato di salute. Il colloquio ha la caratteristica della continuità assistenziale (follow-up)

Gli elementi individuati sopra descritti e definenti il modello narrative nursing integrato, sono stati successivamente declinati nella gestione del paziente con SCA attraverso il PSA di seguito descritto.

Il PSA, che prevedeva l'utilizzo del colloquio narrativo, è stato strutturato sia sul piano clinico che su quello psico-socio-relazionale nelle fasi di *accertamento infermieristico, assistenza clinica ed educazione*. Nel definire la dimensione clinica e quella psico-socio-relazionale del paziente con SCA, si è fatto riferimento essenzialmente a quanto è emerso nella revisione della letteratura (par. 4.3). Il

colloquio narrativo era stato strutturato, inoltre, su tutte e tre le fasi del processo assistenziale, accertamento, assistenza ed educazione.

Si è ritenuto opportuno definire una linea generale e l'utilizzo di tecniche ben precise, successivamente esplicitate, rispetto a tutte le fasi del processo nursing.

Nello specifico gli obiettivi che il PSA si è proposto di raggiungere sono stati:

- a) facilitare l'infermiere nella gestione del colloquio narrativo;
- b) ridurre il rischio di omissione di informazioni estremamente importanti per questa tipologia di pazienti visto la complessità legata alla molteplicità di fattori di rischio implicati;
- c) definire una struttura del PSA che permettesse un monitoraggio ed eventualmente anche un rimodellamento delle sue fasi qualora se ne ritenesse necessario e supportare l'infermiere anche dal punto di vista organizzativo del percorso (nella relazione con altri professionisti).
- d) prevedere interventi specialistici che potessero supportare il paziente durante il suo percorso assistenziale. In tal senso, è

stata strutturata una rete multidisciplinare che ha riguardato il coinvolgimento di altri professionisti quali, psicologi, diabetologi, dietologi e specialisti appartenenti al centro antifumo.

Strumenti

L'elemento centrale su cui è stato strutturato il PSA proposto attraverso il percorso formativo era quindi costituito dal *colloquio narrative based*. I partecipanti al percorso formativo sono stati formati al suo utilizzo, attraverso un protocollo che prevedeva 4 colloqui della durata di circa 1 ora che dovevano coinvolgere il paziente, ed eventualmente anche i caregivers. Nello specifico il colloquio N. 1 era da attuarsi durante la degenza; il colloquio 2 era da attuarsi a distanza di un mese dalla dimissione; il colloquio N. 3 a 6 mesi dalla dimissione e il colloquio N. 4 a 12 mesi dalla dimissione. Ogni colloquio, che avveniva in una sede designata (ambulatorio della cardiologia), seguiva sempre la stessa struttura in cui tutte e tre le fasi assistenziali avvenivano simultaneamente con delle specificità a seconda se avveniva prima o dopo la dimissione.

Di seguito sono specificate le tre fasi del processo nursing previste dal PSA nel periodo di degenza e post dimissione del paziente.

Accertamento

Durante la *degenza* (colloquio 1), la fase *dell'accertamento infermieristico* doveva basarsi su un assessment multidimensionale da parte dell'infermiere che doveva indagare, attraverso il colloquio

“narrative based”, sia la dimensione bio-clinica che quella psico-socio-relazionale del paziente, nonché, i vissuti di malattia del paziente. La dimensione bio-clinica prendeva in considerazione i fattori di rischio cardiovascolari “classici” e “additivi” emersi dalla letteratura consultata. La dimensione psico-socio-relazionale faceva riferimento alla conoscenza e alla comprensione della storia di malattia del paziente e all’analisi dei fattori di rischio cardiovascolare di natura psico-sociale come da letteratura consultata.

Il colloquio narrative nursing prevedeva l’inizio con la presentazione dell’infermiere preposto al colloquio e con una domanda stimolo (ad esempio “Buongiorno Sig. Rossi, sono l’infermiera Verdi, grazie di avere dato la sua disponibilità a partecipare a questo colloquio. Da questo momento inizieremo insieme un percorso, mi parli un po’ di lei, quando ha avuto inizio il suo problema”).

In questa fase la raccolta e la classificazione dei dati erano finalizzate ad ottenere informazioni di natura bio-clinica, psicologica ed emotiva e socioculturale che potevano influenzare lo stato di salute del paziente (ad esempio la percezione del vissuto di malattia, il significato attribuito alla malattia, la percezione della sua vita futura). L’accertamento serviva inoltre a indagare il grado di autonomia della persona nel soddisfacimento dei bisogni, al fine di poter pianificare azioni che erano di sostegno, di guida, di compensazione o di sostituzione. La raccolta dei dati era prevista anche tramite la consultazione di altre fonti disponibili come, ad esempio, la cartella clinica. Successivamente i dati dell’accertamento raccolti dovevano essere classificati al fine di predisporre la fase successiva del processo di nursing, ovvero quella dell’assistenza infermieristica. Il metodo di riferimento per la classificazione dei dati raccolti è stato il modello dell’accertamento fisiologico sviluppato da Gordon (1992). Tale modello prevede la ripartizione dei dati raccolti in 11 diversi modelli, valutando se gli stessi modelli sono funzionali o disfunzionali per lo stato di salute della persona. E’ stato scelto questo modello in quanto considerato coerente con i principi filosofici del modello “narrative nursing integrato”; infatti, la struttura dei modelli funzionali di Gordon adotta una concezione globale in cui l’uomo viene percepito come sistema in costante interazione con altri sistemi che esercitano un’importante influenza sulla sua salute. Rispetto al paziente con SCA sono stati inclusi 8 modelli funzionali (fisiologici): *la percezione e gestione della salute, la nutrizione e il metabolismo, l’attività e l’esercizio fisico, il modello cognitivo e percettivo, il ruolo e le relazioni, la percezione e il concetto di sé, il coping e la tolleranza allo stress e, infine, i valori e le convinzioni*. Per una maggiore chiarezza i modelli di Gordon sono di seguito trattati separatamente, anche se è importante sottolineare che, a livello della pratica assistenziale, essi sono stati considerati come dimensioni integrate che concorrevano a definire l’unicità e la complessità della persona.

Il primo modello focalizza l'attenzione sulla *percezione e la concezione di salute* che la persona con SCA ha di sé. I parametri dell'accertamento, che vengono presi in considerazione durante il colloquio narrativo, indagavano: lo stato di salute del paziente e suoi comportamenti sanitari abituali, come per esempio l'abitudine al fumo o altri fattori di rischio cardiovascolare come il diabete, l'ipertensione e la dislipidemia, l'adesione a pratiche di prevenzione riguardanti la salute psico-fisica e la volontà di seguire le prescrizioni mediche e infermieristiche. La raccolta dei dati verificava: lo stato di salute e di benessere percepito dalla persona; il comportamento generale della persona nei confronti della gestione della salute; il significato attribuito dal paziente alla propria malattia, la percezione dell'evoluzione futura della sua vita e di quella dei suoi familiari.

Il secondo modello funzionale riguarda la *nutrizione e il metabolismo* del paziente. Durante il colloquio narrativo, vengono messi in evidenza le abitudini alimentari del paziente, valutando il consumo di frutta, verdura e pesce, così come pure il consumo di alcolici in relazione ai bisogni metabolici. I parametri dell'accertamento comprendono quindi le abitudini alimentari come cadenza, tipo e quantità dei pasti; l'aumento o la perdita di peso, l'appetito e le preferenze riguardo al cibo. Infine, sono compresi la misurazione del peso e dell'altezza al fine di calcolare l'indice di massa corporea (BMI).

Il terzo modello funzionale focalizza l'attenzione sull'*attività e sull'esercizio fisico* del paziente prima dell'evento cardiovascolare. Esso, quindi, riguarda: le abitudini del paziente circa attività, svaghi e pratiche ricreative; la mobilità, le attività abituali di lavoro (es. lavoro, fare la spesa, curare la casa, provvedere all'igiene personale), le attività sportive. Inoltre, vengono indagati altri fattori come disabilità fisica, deficit neuromuscolari, dispnea e angina.

Il quarto modello funzionale considera le funzioni *cognitive e percettive* del paziente sia prima del ricovero che al momento dell'accertamento. I parametri, durante il colloquio narrativo, sondano le funzioni cognitive (perdita di memoria, dimenticanza), la presenza del dolore e di altre sensazioni spiacevoli. In particolare, si intende verificare: adeguatezza delle funzioni sensoriali; percezione e trattamento del dolore e capacità funzionali nell'ambito cognitivo.

Il quinto modello funzionale pone il focus sul *ruolo e sulle relazioni*. Descrive il modello degli impegni legati ai ruoli e il tipo di relazioni che il paziente ha con gli altri. I parametri dell'accertamento indagano la percezione che la persona ha dei propri ruoli e delle proprie responsabilità nella situazione di vita attuale. Sono comprese gratificazioni e situazioni critiche familiari, qualità delle relazioni sociali e lavorative e relative responsabilità correlate a tali ruoli. La raccolta dei dati intende verificare: impegni di ruolo familiari (ad esempio il carico familiare e domestico), professionali (ad esempio

l'eccessivo investimento lavorativo) e sociali (ad esempio attività di volontariato, hobbies) e la percezione delle proprie responsabilità e il sostegno sociale.

Il sesto modello funzionale focalizza l'attenzione sulla *percezione e sul concetto di sé* e considera i sentimenti riferiti al valore di sé e alla propria immagine corporea. I parametri dell'accertamento nel colloquio narrativo indagano gli atteggiamenti della persona nei confronti di sé stessa, la percezione delle proprie capacità (cognitive, affettive, fisiche), della propria identità, del valore di sé. Come per gli altri modelli, anche in questo caso vengono tenuti presenti non solo i modelli attuali di una persona, ma anche quelli passati.

Il settimo modello funzionale si concentra sul *coping e sulla tolleranza allo stress* del paziente. I parametri di accertamento nel colloquio narrativo si focalizzano sulle capacità di sostenere le sfide, sulla percezione che la persona ha delle proprie capacità di controllare e gestire le situazioni critiche (strategie di coping, quali ad esempio accettazione/rassegnazione, evitamento/negazione, fronteggiamento attivo, attitudine positiva, orientamento trascendente), sul sostegno sociale che riceve da altre risorse (familiari o di altro tipo) e sulle modalità per affrontare lo stress.

L'ultimo modello funzionale riferito al paziente con SCA è rappresentato dal modello dei *valori e delle convinzioni* che descrive valori, obiettivi di vita e convinzioni (incluse quelle spirituali), che guidano le scelte e le decisioni quotidiane. Durante il colloquio narrativo si mira a comprendere aspettative ed eventuali conflitti di valori correlati alla salute, nonché credenze rispetto ad eventi patologici, al piano farmacologico e terapeutico che la patologia impone. Vengono presi in considerazione quindi i fattori intenzionali e non intenzionali dell'aderenza terapeutica descritti in precedenza.

La fase dell'accertamento infermieristico ha previsto anche l'indagine dell'aderenza farmacologia attraverso la scala "Morisky Medication Adherence Scale" (MMAS; Morisky, 1986). Tale scala è stata scelta per il suo potere predittivo nella misurazione dell'aderenza auto-riferita alla terapia farmacologica cardiovascolare e al controllo della pressione arteriosa (Morisky, 2008). Gli item sono 4:

1. Si è mai dimenticato di assumere i farmaci?
2. È indifferente agli orari in cui assume i farmaci?
3. Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?
4. Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1. I pazienti con punteggio di 1-2 sono considerati poco aderenti, quelli con punteggio di 3-4 sono considerati aderenti.

Assistenza clinica

Dopo aver valutato le dimensioni cliniche e psico-socio-relazionali ed identificate eventuali problematiche del paziente, la fase successiva del processo nursing, ovvero, *l'assistenza clinica*, ha previsto la definizione delle diagnosi infermieristiche. Nel definire le diagnosi infermieristiche inerenti i pazienti che presentano una SCA è stata utilizzata la tassonomia della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1982), dove per diagnosi infermieristica si intende un giudizio clinico sulle risposte date dall'individuo, dalla famiglia o dalla società ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali (Carpenito, 1988; Carpenito & Moyet, 2006).

Le diagnosi infermieristiche che sono state selezionate, secondo i criteri sopra descritti erano: rischio di nuovi eventi cardiovascolari, inefficace mantenimento dello stato di salute, alterazione dell'umore, coping inefficace, alterazione dell'immagine di sé e isolamento sociale.

Successivamente alla definizione delle diagnosi infermieristiche si è provveduto a definire il *therapeutic emplotment*, ovvero la progettazione di un piano terapeutico che comprendeva la co-costruzione infermiere-paziente degli obiettivi e degli interventi infermieristici finalizzati in generale alla *modifica dello stile di vita* del paziente e al controllo dell'*aderenza terapeutica*.

Educazione clinica-assistenziale

Il therapeutic emplotment si concretizza, infatti, nella fase successiva all'assistenza clinica del processo nursing, ovvero quella dell'*educazione clinica-assistenziale*, dove il paziente con il coinvolgimento anche dei caregivers vengono istruiti sui comportamenti volti alla correzione dei fattori di rischio cardiovascolari "classici" e "additivi" e alla corretta gestione della terapia farmacologia al fine di raggiungere una buona qualità di vita ed evitare che si verifichi un altro evento cardiovascolare.

Gli interventi infermieristici di educazione terapeutica in questa fase sono stati orientati, quindi, a far comprendere al paziente: i cambiamenti comportamentali inerenti lo stile di vita prescritti, l'importanza dell'assunzione farmacologia e dei rischi associati alla mancanza di aderenza terapeutica. Di seguito sono dettagliati gli obiettivi e gli interventi educativi infermieristici che miravano alla *modifica dello stile di vita* del paziente attraverso la comprensione dei fattori di rischio classici cardiovascolare e l'importanza della loro modifica. Gli interventi educativi si sostanziavano, come vedremo di seguito, dei contenuti emersi dalla rassegna della letteratura specifica di prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Rispetto alla *dislipidemia* il paziente ed i caregivers venivano educati dall'infermiere su alcuni concetti teorici molto semplici che definivano tale fattore di rischio. Veniva condiviso l'obiettivo, che in questo caso era rappresentato dal livello raccomandato di colesterolo ovvero LDL < a 70 mg/dl. L'infermiere

attraverso la tecnica dei “tre passi” si concentrava insieme al paziente sui comportamenti da adottare. Ad esempio il primo passo è prendere sempre la terapia prescritta (statine) per ridurre il livello di colesterolo. Il secondo passo è quello di associare alla terapia con statine un adeguato comportamento alimentare (mangiare più pesce, frutta e verdura, riducendo il consumo di carne, latticini, formaggi e uova). Il terzo passo è quello di camminare ogni giorno per 30 minuti poiché il calo di peso incrementa il colesterolo buono..

Rispetto al *fumo*, il paziente ed eventualmente anche i caregivers si educano su alcuni concetti teorici legati ai componenti tossici del fumo da sigaretta (il monossido di carbonio, il catrame, l'acroleina, la formaldeide, la nicotina). L'infermiere condivide l'obiettivo che in questo caso è la completa dismissione al fumo. Si invita il paziente a riflettere sul guadagno che ne deriva in termini di salute e anche dal punto di vista economico e si concordano le strategie per il raggiungimento del goal terapeutico. Il paziente, se predisposto viene inviato presso il centro anti-fumo per un programma specifico.

Rispetto all'*ipertensione arteriosa*, si rende edotto il paziente sul significato di questo fattore di rischio. Nello specifico, l'infermiere sottolinea la relazione che esiste tra pressione arteriosa e rischio cardiovascolare a partire da valori di circa 110/70 mmHg. Era previsto, inoltre, l'educazione del paziente all'auto-misurazione della pressione arteriosa e all'utilizzo di un apposito “diario della pressione arteriosa” da far visionare, in occasione dei prossimi incontri oppure da sottoporre al proprio medico curante e al cardiologo per valutare l'efficacia della terapia medica.

Rispetto al fattore di rischio cardiovascolare *diabete*, veniva informato sul tipo di malattia. Anche in questo caso il paziente veniva educato rispettando la tecnica dei “tre passi”. Nello specifico del paziente diabetico si sottolineava l'importanza di controllare maggiormente anche gli altri fattori di rischio cardiovascolare (dislipidemia, fumo, ipertensione, obesità) in quanto nei pazienti diabetici i loro effetti nocivi si moltiplicano.

Rispetto all'*obesità*, nello specifico il paziente veniva istruito su come valutare l'entità del sovrappeso attraverso l'indice di massa corporea (BMI) facendogli comprendere anche il valore di normalità raccomandato dalle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare secondaria (BMI compreso tra 18-24,9).

La fase dell'educazione, inoltre, prevedeva un'attenta comprensione da parte del paziente e dei suoi caregivers, dell'importanza di una *corretta alimentazione e di un'adeguata attività fisica*.

Oltre agli interventi educativi sopra descritti che miravano al cambiamento dello stile di vita del paziente, la fase dell'educazione prevedeva anche interventi orientati ad ottenere l'*aderenza*

farmacologica. In tal senso, il paziente e i caregivers venivano istruiti rispetto ai farmaci cardiovascolari standard che di solito vengono prescritti e che dovranno essere assunti anche a domicilio: *beta bloccante, cardioaspirina, antiaggreganti piastrinici e ace-inibitore*. Si sono previsti interventi di educazione soltanto inerenti i farmaci standard cardiovascolari e non altri farmaci di cui il paziente eventualmente assumeva già a domicilio (ad esempio diuretici), poiché in letteratura i farmaci cardiovascolari sono considerati farmaci “salvavita”. In tal senso, ci si è deciso di concentrarsi esclusivamente su questa tipologia pur non escludendo l’informazione su altri farmaci, qualora il paziente lo richiedesse. la riduzione dei livelli di grasso nel sangue.

Un altro momento importante da attuarsi durante il colloquio narrativo era la valutazione della comprensione dei cambiamenti comportamentali prescritti riferiti allo stile di vita e alla terapia farmacologia. E’ stata scelta la tecnica teach back method (TBM, Rivolo, 2011) della anche “ show me method” con la finalità, appunto, di valutare i contenuti formati erogati. Tale tecnica consisteva nel chiedere al paziente di ripetere quanto gli era stato detto al fine di essere sicuri che gli insegnamenti fossero stati recepiti. In tal senso, l’infermiere per evitare che il paziente si sentisse “interrogato”, utilizzava delle frasi molto semplici come: “Quali sono le difficoltà maggiori che lei pensa d’incontrare in merito ai cambiamenti indotti dalla malattia e dalle prescrizioni farmacologiche?”. L’infermiere sollecitava, pertanto, il paziente ad esprimere le difficoltà previste al fine di co-costruire con il paziente le strategie (mentali/comportamentali) più efficaci per la gestione dei trattamenti terapeutici, stabilendo un rapporto di fiducia e reciproca responsabilità. Ad esempio poteva suggerire al paziente di creare uno schema dove riportare il nome del farmaco, il dosaggio e l’ora da attaccare in una zona della casa ben evidente o di utilizzare eventualmente un dispensatore a cassette dei farmaci. Oppure educare il paziente al self-monitoring con l’utilizzo di diari, calendari, reminder. Le domande stimolo previste, inoltre, avevano la finalità anche di far emergere la presenza di eventuali fattori intenzionali che potessero ostacolare l’aderenza farmacologia (ad esempio rifiuto della malattia, credenze errate sui farmaci e la loro efficacia, eccessivo investimento lavorativo, eccessivo carico familiare/domestico) e fattori non intenzionali (ad esempio deficit cognitivi come dimenticanza, contesto socio-economico sfavorevole). In tal senso, l’infermiere mostrava empatia sul vissuto della persona in merito alla sua malattia (paura, incredulità, stupore) al fine di aiutare il paziente a prendere consapevolezza della propria malattia; aiutare il paziente ad evidenziare pensieri irrazionali (“non ce la farò mai”) ed incoraggiare pensieri adattivi (“ ce la farò”); condividere insieme al paziente cambiamenti a piccoli step

negoziati con il paziente; coinvolgere i caregivers del paziente nel piano terapeutico; stabilire insieme al paziente la strategia migliore per adattare i cambiamenti previsti al suo stile di vita.

Conclusa la fase dell'educazione, il colloquio 1[^] terminava e l'infermiere programmava insieme al paziente il colloquio 2[^] (a distanza da 1 mese dalla dimissione) presso l'ambulatorio cardiologico appositamente dedicato a completa gestione degli infermieri formati. L'infermiere, inoltre, prevedeva anche il coinvolgimento dei caregivers nel colloquio successivo.

Nel periodo *post dimissione* (follow-up), i colloqui "narrative nursing" (2[^], 3[^] e 4[^]) pur rispettando la stessa impostazione del colloquio 1[^], le tre fasi del processo nursing, *accertamento*, *assistenza* ed *educazione* presentavano, come già accennato in precedenza, delle specificità.

La fase dell'*accertamento* infermieristico, valutava nuovamente le dimensioni bio-clinica e psico-sociale del paziente. Venivano valutati, infatti, i fattori di rischio cardiovascolare classici e psico-socio-relazionale utilizzando gli stessi strumenti d'indagine previsti per il colloquio 1[^]: Oltre a ciò l'infermiere valutava anche il raggiungimento degli obiettivi terapeutici relativi a questi fattori concordati nel colloquio 1[^], nonché le eventuali difficoltà incontrate nell'affrontare i cambiamenti inerenti le abitudini di vita.

La fase dell'*accertamento* oltre a riprendere in considerazione i fattori di rischio classici e additivi cardiovascolari, si concentrava anche sulla valutazione dell'aderenza alla terapia prescritta nel colloquio 1[^]. In quest'ultimo caso, a differenza del colloquio 1[^], al paziente veniva somministrata la MMAS che andava ad indagare l'aderenza rispetto a tutti i farmaci cardiovascolari prescritti (*beta bloccante, cardioaspirina, antiaggreganti piastrinici e ace-inibitore*).

Rispetto all'indagine su eventuali problematiche all'aderenza del piano terapeutico, infatti, il colloquio narrativo prevedeva delle domande stimolo, ad esempio "Ha incontrato delle difficoltà nell'assumere la terapia farmacologica prescritta? Quali in particolare? La finalità era quella di fare emergere i significati che il paziente attribuiva alla sua malattia ed eventuali fattori intenzionali e non intenzionali che ostacolavano l'aderenza al piano terapeutico condiviso con il paziente nel colloquio 1[^]. Ad esempio le principali problematiche potevano derivare da un percezione di gravità dello stato di salute, da un senso d'impotenza e scarsa auto-efficacia, da una sfiducia nel regime terapeutico o nei confronti dei sanitari, da una limitazione di vita dovuta all'assunzione di farmaci, dalla complessità o dai costi del regime farmacologico.

Nella fase dell'*assistenza* venivano ridefinite le diagnosi infermieristiche e gli obiettivi assistenziali da raggiungere o da mantenere sulla base delle problematiche riscontrate nella fase dell'*accertamento*.

La fase dell'*educazione* prevedeva un *rinforzo* rispetto ai corretti comportamenti inerenti lo stile di vita e l'aderenza farmacologica; l'infermiere, infatti, prendeva in considerazione i fattori di rischio cardiovascolare classici e psico-socio-relazionale, nonché l'assunzione della terapia farmacologica come nel colloquio 1[^]. Il professionista aiutava il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti in modo da stimolarlo a proseguire nel piano terapeutico condiviso. Si valutavano quindi le strategie di coping messe in atto ed eventualmente si ridefinivano.

Un aspetto specifico dei colloqui previsti nel follow-up riguardava l'attivazione della rete multidisciplinare qualora determinati obiettivi terapeutici non fossero stati ancora raggiunti dal paziente. Nello specifico, le indicazioni previste per l'attivazione delle specifiche consulenze erano le seguenti:

- per i pazienti che non avevano raggiunto l'obiettivo inerente la dismissione dal fumo, l'infermiera, attivava la consulenza presso il centro antifumo in uno dei giorni stabiliti (ogni martedì della settimana dalle ore 14,00 alle ore 16,00);
- per i pazienti che non avessero raggiunto l'obiettivo inerente la normalità dei valori della pressione arteriosa (pressione arteriosa > a 130/80), l'infermiera inviava il paziente al cardiologo di struttura ospedaliera o al medico di Medicina Generale (MMG).
- per i pazienti che non erano riusciti a raggiungere l'obiettivo inerente la normalità del peso corporeo con BMI > 30 o invariato da 25-29, l'infermiera attivava il centro Obesi.
- per i pazienti che presentavano una tendenza all'alterazione dell'umore veniva attivata una consulenza psicologica;
- per i pazienti diabetici, l'infermiere si accertava che fosse sempre seguito dal centro diabetologico;

Naturalmente le consulenze specialistiche sopra elencate venivano attivate dall'infermiere soltanto dopo avere indagato i fattori responsabili del non raggiungimento degli obiettivi e comunque venivano sempre condivisi con il paziente.

Terminata la fase dell'*educazione*, l'infermiere concordava con il paziente il colloquio 3[^] e 4[^] che venivano condotti allo stesso modo di quello precedente e che prevedevano eventualmente anche il coinvolgimento dei caregivers.

Per garantire la continuità assistenziale e per facilitare i professionisti infermieri nella gestione del paziente con SCA rispettando il PSA così come è stato sopra descritto, è stata costruita una scheda infermieristica multidimensionale (SIM; Allegato 3). Tale strumento assistenziale ha rispecchiato tutti

contenuti previsti dalle fasi del processo nursing precedentemente descritti. La SIM, era costituita, infatti, da più parti:

1. Area socio-anagrafica che comprendeva oltre alle generalità del paziente anche la storia clinica specifica cardiovascolare (numero degli eventi cardiovascolari al momento dell'accettazione in U.T.I.C.) e la programmazione dei colloqui narrativi;
2. Area "A" che riguardava i fattori di rischio cardiovascolari classici (diabete, fumo, ipertensione, dislipidemia, fumo e obesità);
3. Area "B" che riguardava i fattori di rischio cardiovascolare additivi (attività fisica, alimentazione e alcool);
4. Area "C" che riguardava la misurazione dell'aderenza ai farmaci cardiovascolari nonché l'indagine sui fattori intenzionali (area dell'insufficiente informazione, dell'incredulità e dell'irrazionalità) e non intenzionali (area della dimenticanza) associati alla non aderenza terapeutica;
5. Area "D" che riguardava l'accertamento attraverso il "narrative nursing" .

Le aree "A, B e C " erano state strutturate rispettando la metodologia dell'assistenza infermieristica, ovvero il processo nursing (accertamento, assistenza clinica ed educazione). Queste aree prevedevano, infatti, campi riferiti all'accertamento dei fattori di rischio cardiovascolari, alla definizione delle relative diagnosi infermieristiche selezionate, alla definizione dei relativi obiettivi e alla definizione dei relativi interventi educativi.

L'area "D", invece prevedeva una griglia con delle domande stimolo, precedentemente descritte, che guidavano il colloquio narrativo e che a loro volta andavano a completare l'accertamento infermieristico.

Tutte le aree si ripetevano in ogni colloquio poiché, come descritto in precedenza, il colloquio 1[^] e i colloqui 2[^], 3[^] e 4[^] presentano delle specificità in termini di contenuti ma non di struttura.

La SIM relativa al paziente veniva custodita presso l'ambulatorio dedicato dove avvenivano i colloqui post dimissione in un apposito archivio costruito.

Un altro strumento costruito è stata la scheda di programmazione dei colloqui e delle varie consulenze che veniva consegnato al paziente e aggiornato ad ogni colloquio (Allegato 4).

Procedure: pilot test

Una volta strutturato tutto il percorso assistenziale e stabilito i contenuti e gli strumenti assistenziali del modello narrative nursing integrato, nonché del colloquio narrativo, si è ritenuto opportuno prima di

proporlo all'interno del percorso formativo e di formarne all'uso gli infermieri, testarlo al fine di rilevare eventuali anomalie ed apportare eventuali aggiustamenti. A tale scopo, infatti, è stata realizzata una simulazione del colloquio 1^a da parte del ricercatore, nel ruolo dell'infermiere e, da parte di un esperto dell'assistenza al paziente cardiologico nel ruolo di paziente. Per la simulazione sono stati costruiti tre casi sulla base dei fattori di rischio cardiovascolari precedentemente descritti. Durante la simulazione sono stati utilizzati anche gli strumenti assistenziali costruiti (SIM e scheda di programmazione colloqui) ed è stata audio-registrata al fine monitorare anche i tempi di svolgimento del colloquio narrativo (60 minuti circa).

Non avendo riscontrato nessun tipo di problematica nelle fasi del percorso assistenziale strutturate e nell'utilizzo degli strumenti assistenziali, si è provveduto a confermare il disegno del percorso strutturato e a predisporre la Fase 3^a inerente la progettazione del percorso formativo degli infermieri.

4.5 Fase 3^a . Il percorso formativo

Introduzione

La Fase 3^a ha avuto come obiettivo quello di progettare e realizzare il percorso formativo rivolto a tutti gli infermieri dell'U.T.I.C.

Il modello di progettazione formativa utilizzato è stato quello di De Landsheere, (1977) che utilizza una “programmazione per obiettivi”. È stato scelto questo modello poiché meglio risponde al paradigma formativo di riferimento utilizzato in questa fase, ovvero quello socio-organizzativo già descritto precedentemente. Il modello di De Landsheere, infatti, rifacendosi ad una ipotesi gerarchica dell'apprendimento, organizza l'insegnamento in una sequenza tendenzialmente lineare, dal più semplice al più complesso, scomponendo le varie fasi così da poterle gestire al meglio. La descrizione degli obiettivi che si intendono raggiungere occupa una parte fondamentale in questo tipo di progettazione, e ogni obiettivo può poi a sua volta essere scomposto in altri sotto-obiettivi. L'autore a questo riguardo, in questo modello sottolinea l'importanza di distinguere le *finalità* dagli *scopi* e dagli *obiettivi*, tre termini che spesso si confondono nel linguaggio corrente. Per *finalità* o fine si intende l'espressione più generale degli scopi che si dà una società; le finalità sono sempre a lungo termine. Gli *scopi* vengono enunciati in rapporto a orizzonti meno lontani, ed essi restano qualitativi. Gli *obiettivi*, invece, traducono gli scopi in termini precisi. La sequenza logica, dunque, secondo l'autore è finalità-scopo-obiettivo. Sempre nell'ottica di una chiarezza concettuale, l'autore in questo modello puntualizza la differenza fra *obiettivi generali* e *obiettivi specifici*. Gli *obiettivi generali* (o finalità) sono gli obiettivi di “meta” della programma di formazione, indicano la direzione generale a cui si raccorda l'azione formativa, riguardano gli obiettivi generali (es. conoscenze da acquisire, abilità da sviluppare) del programma di formazione per quell'area di competenze. Gli *obiettivi specifici* (o didattici) riguardano il contributo effettivo del singolo progetto formativo al raggiungimento dell'obiettivo generale, pertanto devono essere più articolati e misurabili degli obiettivi generali.

La programmazione per obiettivi prevede al termine di ogni fase organizzativa la valutazione dell'esito che ha avuto l'evento formativo, quali obiettivi siano stati raggiunti e quali invece sono stati falliti. In caso di mancato successo il docente dovrebbe poter analizzare i vari elementi in suo possesso per capire a cosa questo sia stato dovuto (eccessiva difficoltà, non comprensione di una parte specifica, ecc.) così da adattare e regolare la successiva fase del programma formativo. La programmazione per obiettivi è infatti caratterizzata da continua revisionabilità e, quindi, verifica. La valutazione in questo contesto viene usata principalmente per ottenere informazioni sull'efficacia dell'insegnamento, allo

scopo di migliorarlo, monitorandolo fase per fase per rilevarne l'efficacia. La programmazione per obiettivi si muove, infatti, in maniera sequenziale, in un processo che è sostanzialmente regolare e circolare. Il modello della programmazione formativa per obiettivi è costituito anche dal *programma formativo* che è la parte (solo una parte) più articolata del progetto formativo relativa allo sviluppo della trattazione dei singoli argomenti previsti dal progetto formativo.

Il programma didattico si può a volte articolare in moduli. Il *modulo* è caratterizzato da uno specifico obiettivo di apprendimento e da verifiche separate. Vengono in genere considerati due tipi di moduli: diversi punti di vista di uno stesso oggetto di apprendimento (sincronico) e fasi diverse di uno stesso percorso con un livello di autonomia (diacronico). I moduli a loro volta possono essere suddivisi in *unità didattiche*, cioè singoli componenti di un percorso che non arrivano però a definire o raggiungere uno specifico obiettivo.

Le fasi di programmazione formativa previste dal modello e, che poi sono state utilizzate in questa Fase 3^a dello Studio 2, sono:

1. definizione degli obiettivi sulla base dell'analisi dei fabbisogni formativi;
2. definizione del programma formativo: articolazione del programma didattico in moduli, definizione dei contenuti, elaborazione degli strumenti e metodi (didattici e di valutazione), definizione dei tempi;
3. verifica della corrispondenza degli esiti agli obiettivi posti in partenza

Obiettivi

Sulla base di quanto emerso dall'analisi dei fabbisogni formativi (Fase 1^a - Studio 2), l'*obiettivo generale* del percorso formativo è stato quello di formare i professionisti infermieri dell'U.T.I.C. nella presa in carico multidimensionale della persona con Sindrome Coronaria Acuta (STEMI, NSTEMI, UA) al fine di sviluppare competenze distintive nella gestione di un percorso strutturato di prevenzione secondaria che utilizza il modello narrative nursing integrato.

Il *programma formativo* era orientato a sviluppare le seguenti abilità professionali:

1. facilitare lo sviluppo e l'instaurarsi di un rapporto di reciproca fiducia con il paziente, di accettazione empatica, basato sull'ascolto attivo e orientato allo sviluppo dell'assertività e dell'empowerment del paziente;
2. favorire l'esternazione da parte del paziente di paure, dubbi, pregiudizi e significati sociali e personali associati alla malattia e alla terapia, senza trascurare i vissuti pregressi di malattia;

3. educare il paziente (ed eventuali caregivers) in merito all'importanza dell'aderenza alle prescrizioni farmacologiche e della assunzione di corretti stili di vita;
4. individuare fattori di rischio tradizionali e psico-sociali, attivando, mobilitando e rafforzando le risorse del paziente e della sua rete sociale, al fine di realizzare un piano terapeutico altamente personalizzato;
5. individuare i predittori clinico-psico-sociali di non aderenza al programma terapeutico dei pazienti con SCA attraverso l'utilizzo di appropriati strumenti di valutazione .

Metodologia

Il programma formativo si è, inoltre, articolato in 3 moduli (di tipo diacronico) di 8 ore ciascuno (totale 24 ore). I tre moduli si sono svolti in 3 giornate formative consecutive. Questa linea organizzativa è stata scelta per facilitare la partecipazione dei professionisti infermieri, essendo vincolati a turni di lavoro e al normale svolgimento delle attività dell'U.T.I.C

Come si evince dal programma formativo allegato (Allegato 5), la giornata formativa era divisa in due momenti: la prima parte della giornata rispecchiava un'impostazione più teorica, mentre la seconda parte era più operativa e interattiva.

Nella realizzazione del percorso formativo è stato previsto un approccio multiprofessionale, infatti, il corpo docenti/formatori era costituito da 2 esperti clinici (medici), 3 esperti dell'assistenza (infermieri) e 2 esperte di comunicazione e relazione (psicologhe).

Per ogni modulo, di seguito descritti, sono stati esplicitati gli obiettivi specifici, le competenze che gli infermieri dovevano acquisire, i contenuti formativi, le modalità didattiche e la valutazione in itinere.

Modulo 1[^]: I fattori di rischio cardiovascolari classici

In questo modulo, gli *obiettivi specifici* erano:

- 1) ampliare le conoscenze rispetto agli aspetti clinici ovvero, la fisiopatologia della cardiopatia ischemica e i fattori di rischio cardiovascolare classici sulla base delle ultime evidenze scientifiche;
- 2) sviluppare le capacità degli infermieri nella gestione del colloquio 1[^] narrative nursing, prendendo in considerazione soltanto i fattori di rischio cardiovascolari classici;

Le *competenze infermieristiche* da acquisire erano: accertamento, definizione delle diagnosi infermieristiche, degli obiettivi e dei relativi interventi di educazione sui soli fattori di rischio cardiovascolare classici e attraverso l'utilizzo della SIM.

I contenuti formativi vertevano su:

- La fisiopatologia della Cardiopatia Ischemica
- La familiarità
- Il fumo
- La dislipidemia
- L'ipertensione
- Il diabete
- L'obesità
- Il modello assistenziale infermieristico di riferimento “narrative nursing integrato”
- La Scheda Infermieristica Multidimensionale (SIM) area A: fattori di rischio cardiovascolari “classici” e scheda obiettivi/interventi infermieristici

Circa le *modalità didattiche* è stato utilizzato un approccio interattivo multimetodo e multimediale. Nella prima parte della giornata formativa (mattino), infatti, erano previste delle lezioni teoriche sui fattori di rischio cardiovascolari classici e sui concetti teorici del modello assistenziale narrative nursing integrato. Nella seconda parte della giornata formativa (pomeriggio) era previsto, la visione del filmato della simulazione realizzata nelle Fase 2[^] dello Studio 2[^], al fine di far comprendere ai partecipanti le fasi del percorso strutturato assistenziale.

Successivamente, era previsto un lavoro di gruppo: ai partecipanti veniva presentato un mandato su di un caso (Sig. Giorgio; Allegato 6) che è stato appositamente costruito. Si è scelto di utilizzare il “caso” come metodo formativo poiché esso costituisce il punto di passaggio dall'approccio accademico a quello cosiddetto *attivo*, dove la relazione pedagogica tra docente e discente privilegia la discussione ed il confronto al semplice ascolto e dove il tipo di apprendimento sollecitato si caratterizza nella logica del *problem solving* e/o della *problem analysis* (Morelli, 1991).

I partecipanti, rispetto al mandato assegnato inerente il caso dato, dovevano:

- 1) evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari “classici” presenti nel caso narrato allegato
- 2) compilare la scheda SIM “Area Anagrafica e Area “A” individuando i parametri/dimensioni alterati
- 3) simulare il colloquio 1[^] con il paziente secondo un approccio narrativo (role-playing) e mettendo in atto gli interventi di educazione mirati alla correzione fattori di rischio classici.

Si è scelto di utilizzare la simulazione, come metodo d'apprendimento, per le sue caratteristiche di offrire ai partecipanti la possibilità di agire e al tempo stesso di riflettere (Lundy, 2003).

La *valutazione in itinere* ovvero alla fine del modulo, da parte dei formatori verteva sulle capacità acquisite dai partecipanti rispetto all'accertamento infermieristico sul caso clinico presentato. Lo strumento che è stato utilizzato era una griglia di valutazione (Allegato 7) appositamente costruita. Tale

griglia prevedeva degli indicatori di processo, ad esempio numero dei fattori classici cardiovascolari rilevati che erano presenti nel caso, rispetto al numero totale; numero di campi della SIM non compilati o compilati sbagliati rispetto al numero totale; numero degli interventi infermieristici attuati rispetto al numero totale degli interventi previsti. In tal senso, 2 formatori (1 infermiere e 1 psicologa) esprimevano una valutazione; l'intento della valutazione era quello di monitorare il percorso rispetto agli obiettivi specifici dati. I formatori, infine, alla fine del role-playing provvedevano ad una restituzione del caso evidenziando gli aspetti positivi e quelli più critici, proponendo alternative comportamentali, suggerimenti, modalità d'approccio che potessero aiutare i partecipanti a gestire al meglio il colloquio 1^a narrative nursing.

Modulo 2^: I fattori di rischio cardiovascolari additivi

In questo modulo, gli *obiettivi specifici* d'apprendimento presentavano una complessità maggiore rispetto a quelli del modulo precedente ed erano:

- 1) sviluppare le conoscenze rispetto ai fattori di rischio cardiovascolari additivi sulla base delle ultime evidenze scientifiche;
- 2) sviluppare le conoscenze rispetto ai fattori clinici cardiovascolari additivi psico-socio-relazionali sulla base delle ultime evidenze scientifiche ;
- 3) sviluppare le capacità degli infermieri nella gestione del colloquio 1^ narrative nursing prendendo in considerazione oltre che i fattori di rischio cardiovascolari classici anche quelli additivi e psico-socio-relazionali e utilizzando la SIM.

Le *competenze infermieristiche* da acquisire erano: accertamento, definizione delle diagnosi infermieristiche, degli obiettivi e dei relativi interventi di educazione sui fattori di rischio cardiovascolare classici, additivi e psico-socio-relazionali e utilizzo della SIM.

I *contenuti formativi* vertevano su:

- L'alimentazione
- La sindrome metabolica
- La sedentarietà e l'esercizio fisico
- I marcatori biochimici: Lipoproteina, Omocisteina, PCR
- I fattori di rischio "psico-sociali":
- Schede infermieristiche: programmare obiettivi e interventi infermieristici in relazione ai fattori di rischio classici e additivi
- La Scheda Infermieristica Multidimensionale (SIM) area "B" e "C"

Le *modalità didattiche*: è stato utilizzato un approccio interattivo multimetodo e multimediale. Nella prima parte della giornata formativa (mattino), infatti, erano previste delle lezioni teoriche sui fattori di rischio cardiovascolari additivi e psico-socio-relazionali.

Nella seconda parte della giornata formativa (pomeriggio) era previsto un lavoro di gruppo: ai partecipanti veniva presentato un mandato su un secondo caso (Sig.ra Melissa; Allegato 8), appositamente costruito, nel quale i partecipanti dovevano:

- 1) evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari classici, additivi e psico-socio-relazionali presenti nel caso narrato allegato
- 2) compilare la scheda SIM Area Anagrafica, Area "A", "B" e "C" individuando i parametri/dimensioni alterati

3) simulare il colloquio 1^ con il paziente secondo un approccio narrativo (role-playing) e mettendo in atto gli interventi di educazione mirati alla modifica dei fattori di rischio classici, additivi e psico-socio-relazionali.

In merito alla *valutazione in itinere*, anche alla fine di questo secondo modulo, i formatori hanno valutato le capacità acquisite dai partecipanti rispetto all'accertamento infermieristico sul caso clinico presentato. Lo strumento che è stato utilizzato era una griglia di valutazione (Allegato 9) appositamente costruita. Tale griglia prevedeva degli indicatori di processo, ad esempio numero dei fattori cardiovascolari classici, additivi e psico-socio-relazionali rilevati, rispetto al numero totale; numero di campi della SIM non compilati o compilati sbagliati rispetto al numero totale; numero degli interventi infermieristici attuati rispetto al numero totale degli interventi previsti. In tal senso, 2 formatori (1 esperto dell'assistenza e 1 psicologa) esprimevano una valutazione; l'intento della valutazione era quello di monitorare il percorso rispetto agli obiettivi specifici dati che, come si evince, presentavano una complessità maggiore rispetto a quelli del modulo 1^. I formatori, infine, alla fine del role-playing provvedevano ad una restituzione del caso evidenziando gli aspetti positivi e quelli più critici, proponendo alternative comportamentali, suggerimenti, modalità d'approccio che potessero aiutare i partecipanti a gestire al meglio il colloquio 1^ narrative nursing.

Modulo 3^: Educazione terapeutica al paziente con SCA

In questo modulo, gli *obiettivi specifici* d'apprendimento presentavano una complessità maggiore rispetto a quelli del modulo precedente ed erano:

- 1) sviluppare le conoscenze rispetto la terapia farmacologica standard cardiovascolare secondo le ultime evidenze scientifiche;
- 2) sviluppare le conoscenze rispetto i fattori che ostacolano l'aderenza terapeutica;
- 3) sviluppare le capacità degli infermieri nella gestione del colloquio 1^ narrative nursing prendendo in considerazione oltre che i fattori di rischio cardiovascolari classici, additivi e psico-socio-relazionali, anche i fattori di non aderenza terapeutica e utilizzando la SIM.

Le *competenze infermieristiche* da acquisire erano: accertamento, definizione delle diagnosi infermieristiche, degli obiettivi e dei relativi interventi di educazione sui fattori di rischio cardiovascolare classici, additivi e psico-socio-relazionali e di non aderenza terapeutica e l'utilizzo autonomo della SIM.

I *contenuti formativi* vertevano su:

- Gli antiaggreganti

- I beta-bloccanti
- Le statine
- Gli ace-inibitori
- I fattori che ostacolano l'aderenza terapeutica
- La Scheda Infermieristica Multidimensionale (SIM) area "C" e "D" - La misura della non aderenza terapeutica: Morisky Medication Adherence Scale

Circa le *modalità didattiche* è stato utilizzato un approccio interattivo multimetodo e multimediale. Nella prima parte della giornata formativa (mattino), infatti, erano previste delle lezioni teoriche riguardanti la terapia farmacologica del paziente con SCA e i fattori di non aderenza farmacologica.

Nella seconda parte della giornata formativa (pomeriggio) era previsto un lavoro di gruppo: ai partecipanti veniva presentato un mandato su di un caso (Sig. Luca; Allegato 10) che è stato appositamente costruito, in cui i partecipanti dovevano:

2. evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari classici, additivi e psico-socio-relazionali e fattori di non aderenza farmacologica presenti nel caso narrato allegato;
3. compilare la scheda SIM Area Anagrafica, Area "A, B, C e D " individuando i parametri/dimensioni alterati;
4. simulare il colloquio 2[^] post dimissione con il paziente secondo un approccio narrativo (role-playing) e mettendo in atto gli interventi di educazione mirati alla modifica dei fattori di rischio classici, additivi e psico-socio-relazionali e fattori di non aderenza farmacologica.

La *valutazione in itinere* prevedeva anche in tal caso che i formatori valutassero le capacità acquisite dai partecipanti rispetto all'accertamento infermieristico sul caso clinico presentato. Lo strumento che è stato utilizzato era una griglia di valutazione (Allegato 11) appositamente costruita. Tale griglia prevedeva degli indicatori di processo, ad esempio numero dei fattori cardiovascolari classici, additivi e psico-socio-relazionali rilevati, rispetto al numero totale; numero di campi della SIM non compilati o compilati sbagliati rispetto al numero totale; numero degli interventi infermieristici attuati rispetto al numero totale degli interventi previsti. In tal senso, 2 formatori (1 esperto dell'assistenza e 1 psicologa) esprimevano una valutazione; l'intento della valutazione era quello di monitorare il percorso rispetto agli obiettivi specifici dati che, come si evince, presentavano una complessità maggiore rispetto a quelli del modulo 1[^]. I formatori, infine, alla fine del role-playing provvedevano ad una restituzione del caso evidenziando gli aspetti positivi e quelli più critici, proponendo alternative comportamentali, suggerimenti, modalità d'approccio che potessero aiutare i partecipanti a gestire al meglio il colloquio 2[^] narrative nursing.

Sessioni formative e partecipanti.

Il percorso formativo nella sua realizzazione ha previsto il coinvolgimento di tutti gli infermieri dell'U.T.I.C., ma solo 9 professionisti hanno deciso di aderirvi. Per favorire il coinvolgimento di questi 9 infermieri, date le difficoltà organizzative nella partecipazione simultanea dei professionisti, il percorso ha previsto due sessioni: la prima è stata realizzata nelle date di 24 –25 –26 settembre 2012 e la seconda nelle date di 16 – 17-18 novembre 2012. Alla prima sessione hanno partecipato 5 professionisti infermieri e alla seconda sessione 4. La sede dove si è svolto il percorso formativo è stata aula congressi Maria Luigia presso l'Hotel Maria Luigia- Parma.

Per i suoi obiettivi, la sua complessità e completezza in termini di contenuti il percorso formativo ha risposto ai criteri di accreditamento ECM, pertanto, è stato possibile avviare la procedura regionale per il riconoscimento dei crediti ECM per i partecipanti.

4.6 Fase 4^a - La valutazione delle conoscenze dei professionisti

Obiettivi

La Fase 4^a ha avuto l'obiettivo di valutare l'efficacia del programma di formazione a diversi livelli:

- livello di apprendimento delle conoscenze/competenze che ha previsto una valutazione sia in itinere che al termine del programma di formazione;
- livello di utilità percepita del programma di formazione.

Strumenti e risultati

Rispetto al primo livello, per la valutazione delle conoscenze e delle abilità in itinere del percorso formativo lo strumento che è stato utilizzato, come già descritto nella fase 3^a, era una griglia di valutazione costruita ad hoc su di un caso dato ai partecipanti.

In tutti i moduli delle due sessioni, il giudizio dei valutatori era risultato positivo con una corrispondenza elevata rispetto agli indicatori di processo di riferimento del caso (Allegato 5).

In merito alla valutazione delle conoscenze degli infermieri alla fine del percorso formativo, invece, lo strumento che è stato utilizzato è un test d'apprendimento (Allegato 13) costruito dai formatori e dai docenti sulla base dei contenuti delle lezioni teoriche. Il test comprendeva 30 domande a risposta multipla.

Oltre alla valutazione delle conoscenze è stata prevista anche una valutazione dell'evento formativo. Lo strumento utilizzato è stato un questionario che utilizzava una scala tipo Likert 4 punti .- 1= non rilevante; 4= molto rilevante -.

Il questionario era costituito da 4 domande che indagavano 4 aspetti:

- 1) rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle necessità di formazione
- 2) qualità formativa dell'evento (docenti – formatori)
- 3) utilità dell'evento formativo
- 4) rilevanza delle modalità didattiche

Era prevista, inoltre, anche un'area socio-anagrafica e uno spazio relativo ai commenti e ai suggerimenti dei partecipanti.

Dai risultati emersi, si evince che i partecipanti hanno particolarmente apprezzato le modalità didattiche e la qualità formativa dell'evento, a seguire la rilevanza degli argomenti trattati e la loro utilità in termini di ricadute sul campo. A tale proposito si riporta di seguito un estratto di un commento presente nel campo aperto del questionario: “ottima struttura del percorso formativo! Credo che migliorerà davvero la qualità dell'assistenza erogata ai nostri pazienti”. (Questionario N.1).

Complessivamente, quindi, si può concludere che le conoscenze e le abilità acquisite dai professionisti infermieri formati sono risultate elevate sia in itinere che alla fine del percorso formativo. I partecipanti hanno dimostrato di avere compreso l'importanza dei contenuti teorici trattati rispetto alla gestione del paziente con SCA e sono stati in grado di recepirli senza difficoltà, dimostrando sempre un atteggiamento attivo e di interesse. Dai commenti dei questionari si evince che sono state molto apprezzate le metodologie didattiche utilizzate, nonché di come è stato strutturato il percorso assistenziale del paziente con SCA. L'aspetto originale del percorso assistenziale strutturato maggiormente sottolineato dai partecipanti è stato quello di avere utilizzato un modello assistenziale innovativo e multidimensionale e multiprofessionale e quello di avere previsto un follow-up anche nel post dimissione.

I partecipanti, inoltre, hanno definito la SIM un ulteriore valore aggiunto di questo percorso assistenziale, poiché considerato uno dei pochi strumenti che oltre ad essere ben strutturato prende in considerazione tutte le fasi del processo nursing facendo riferimento non soltanto ai fattori clinici, ma anche ai fattori psico-socio-relazionali e di non aderenza farmacologica.

Dalle riflessioni dei partecipanti durante il percorso formativo è emerso che il colloquio 1[^] del percorso assistenziale strutturato del paziente con SCA per come era stato strutturato difficilmente era realizzabile all'interno dell'orario della loro realtà operativa, pur riconoscendo l'importanza e la necessità dell'impostazione data, al fine di raggiungere gli obiettivi di salute di questi pazienti.

Le motivazioni espresse a riguardo erano più che altro di natura organizzativa (turnover elevato di pazienti) e legate al carico di lavoro (intensità di cura); aspetti tra l'altro emersi anche nelle interviste

(Fase 1[^]). Alla luce di queste considerazioni ad unanimità i partecipanti hanno condiviso che il colloquio 1[^] era da realizzarsi sempre durante la degenza del paziente in U.T.I.C., ma al di fuori dall'orario di servizio presso una stanza designata all'interno dell'Unità Operativa.

4.7 Fase 5[^] - La valutazione delle competenze dei professionisti agite sul campo

Obiettivi e ipotesi

La Fase 4[^] dello Studio 2[^] si è concentrata sulla rilevazione dell'agito dei professionisti infermieri a seguito della partecipazione al programma formativo e all'adozione di un percorso strutturato intensivo che utilizza un modello narrative nursing integrato del paziente con SCA.

Le attese erano quelle di rilevare differenze significative rispetto tra il gruppo formato (sperimentale) e il gruppo non formato (di controllo), in merito all'utilizzo nella pratica professionale di un modello assistenziale integrato. A tale proposito è stato utilizzato lo stesso strumento self-report già presentato nello Studio 1[^] - Fase 2[^] con la consegna di compilare soltanto o il turno del mattino o quello del pomeriggio attribuito casualmente agli infermieri non formati (8) e corrispondente al turno al termine del quale era stato condotto il colloquio narrativo per gli infermieri formati (9).

In seguito saranno descritti i partecipanti che hanno preso parte al percorso formativo (gruppo sperimentale) e i risultati da essi ottenuti in questa fase di post-test. Allo stesso modo verranno descritti i partecipanti del gruppo di controllo e i risultati ad essi relativi. In seguito i risultati ottenuti dal gruppo sperimentale e di controllo verranno confrontati. In particolare le ipotesi che hanno guidato questa fase della ricerca erano:

H1: Le *attività* psico-sociali praticate dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) sono più frequenti rispetto a quelle praticate dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo);

H2: Il *tempo dedicato* alla fase dell'educazione dichiarata dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) è maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo);

H3: L'*attenzione* dedicata agli aspetti psicologici e relazionali dell'assistenza dichiarata dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) è maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo);

H4: L'importanza attribuita alla fase dell'educazione dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) è maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo);

Partecipanti

Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche e lavorative (Area A; Tabella 4.3), si evince che i professionisti formati erano 3 maschi e 6 femmine, mentre quelli non formati erano 1 maschio e 7 femmine.

Degli infermieri formati (9), 4 esercitavano la professione infermieristica da 10 anni e 5 da più di 10 anni; mentre di quelli non formati (8), 6 esercitavano la professione infermieristica da 10 anni e 2 da più di 10 anni.

Nel momento della compilazione del self-report, tutti gli infermieri formati erano fuori turno in quanto il programma assistenziale strutturato del paziente con SCA, come accennato in precedenza, prevedeva un colloquio narrativo al di fuori del turno di lavoro. Quattro infermieri hanno condotto l'intervista dopo il turno del pomeriggio e 5 dopo quello della mattina. Di conseguenza anche le attività rilevate fanno riferimento agli stessi turni.

Circa l'anzianità di servizio degli infermieri formati, 5 operano in U.T.I.C. da 10 anni o meno e 4 professionisti operano da più di 10 anni in U.T.I.C.; mentre rispetto agli infermieri non formati, 6 operano in U.T.I.C. da 10 anni o meno e 2 professionisti operano da più di 10 anni.

Circa la tipologia di pazienti assistita durante il turno si confermano i dati riportati in Tabella 3.2 (Cap. 3 . Studio 1[^] - Fase 2[^]).

Tabella 4.3 – Caratteristiche socio-anagrafiche degli infermieri formati (gruppo sperimentale) e non formati (gruppo di controllo; valori assoluti e percentuali)

	Gruppo Sperimentale		Gruppo di Controllo	
Genere	Maschi 3 (33,3%)	Femmine 6 (66,7%)	Maschi 1 (12,5%)	Femmine 7 (87,5%)
Anzianità di Servizio	Da 10 anni 5 (55,5%)	Da più di 10 anni 4 (44,4%)	Da 10 anni 6 (75%)	Da più di 10 anni 2 (25%)
Anzianità di Servizio in U.T.I.C.	Da 10 anni 5 (55,5%)	Da più di 10 anni 4 (44,4%)	Da 10 anni 6 (75%)	Da più di 10 anni 2 (25%)

Analisi dei dati

Dato l'esiguo numero di casi totali (17) che appartengono rispettivamente al gruppo sperimentale (9) e al gruppo di controllo (8) e il fatto che le scale di misura erano per la maggior parte dei casi di natura ordinale, le statistiche prescelte sono state di tipo non parametrico.

Rispetto alle domande contenute nell'area A del questionario (Allegato 1), si è preceduto a ricodificare i punteggi delle variabili relative al *tempo dedicato* alle tre fasi dell'assistenza nel modo seguente: è stato assegnato valore 1 all'opzione di risposta "nessun tempo dedicato"; valore 2 all'opzione "circa ¼ del mio tempo"; valore 3 all'opzione "1/2 del mio tempo" e valore 4 all'opzione "circa ¾ del mio tempo". Si è preceduto a ricodificare i punteggi della variabile relativa all'*importanza dedicata* alle tre fasi dell'assistenza nel seguente modo: valore 1 "per niente importante"; valore 2 "un po' importante", valore 3 "abbastanza importante" e valore 4 "molto importante".

Le aree "B", "C" e "D", compilate rispettivamente alla fine del secondo turno del mattino, alla fine del secondo turno di pomeriggio e alla fine del secondo turno della notte, riguardavano, come già descritto (Cap. 3 . Studio 1[^] - Fase 2[^]), un elenco di *attività/interventi infermieristici* di tipo bio-clinico (13) e psico-socio-relazionale (17). Di queste solo una (relativa o al turno del mattino o a quello del pomeriggio) è stata conteggiata in indicatori di sintesi riguardanti le attività cliniche (13 item, alpha .50) e le attività psico-socio-relazionali (17 item, alpha .97), ricondotti poi al suo valore percentuale (fatte 100 le attività riferite ad ognuno dei due ambiti).

L'ultima area "E" indagava l'attenzione *attualmente e idealmente* dedicata in U.T.I.C. agli aspetti bio-clinici e a quelli psicologici e relazionali.

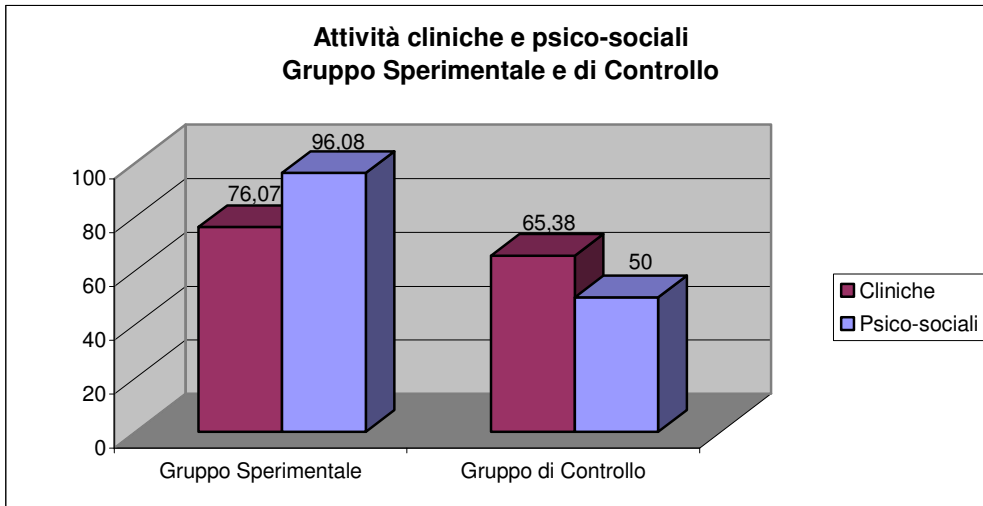
Tutti gli indicatori ricostruiti sono stati utilizzati per la verifica delle ipotesi. Per le 4 ipotesi è stato utilizzato il confronto tra gruppi e la statistica U di Mann-Whitney su campioni indipendenti. Su ciascuno dei due gruppi presi separatamente è stato inoltre eseguito il test di Wilcoxon su campioni appaiati dove fosse necessario verificare se gli andamenti fossero analoghi o diversi nei due sottocampioni.

Risultati

In primo luogo si è provveduto a confrontare le attività cliniche e psico-sociali, praticate dagli infermieri del gruppo sperimentale e di controllo (Figura 4.3), al fine di verificare l'ipotesi 1 (Par. 4.7). L'ipotesi 1 postulava che le attività psico-sociali praticate dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) fossero più frequenti rispetto a quelle praticate dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo). Questa ipotesi è stata confermata attraverso il test di U di Mann – Whitney per campioni indipendenti, in cui è emerso, appunto, che le attività psico-sociali del gruppo sperimentale sono significativamente maggiori del gruppo di controllo ($z = 3.098$, $p = .001$). Anche dal confronto delle attività cliniche tra i due gruppi, è emerso una differenza significativa (3.512 , $p = .000$).

Per una migliore esplorazione di quest'ultimo dato, si riportano anche i risultati emersi dall'analisi dei due gruppi presi separatamente. Al test di Wilcoxon su campioni appaiati, si evince che le attività psico-sociali del gruppo sperimentale sono praticate maggiormente rispetto a quelle cliniche ($z = 2.561$, $p = .010$). Anche nel gruppo di controllo, le attività cliniche rispetto a quelle psico-sociali risultano significativamente maggiormente praticate ($z = 1.968$, $p = .049$).

Figura 4.3 - Attività cliniche e psico-sociali – gruppo sperimentale e gruppo di controllo (valori medi; range 0-100)



L'ipotesi 2 postulava che il tempo dedicato alla fase dell'educazione dichiarata dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) fosse maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo; Figura 4.4). Il test di U di Mann – Whitney per campioni indipendenti ha permesso di verificare l'ipotesi ($z = 3.178$, $p = .001$).

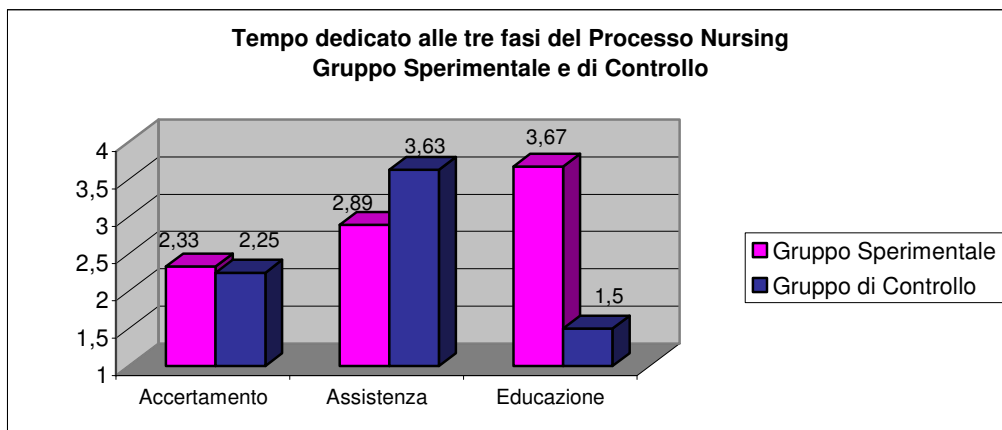
Non emergono, al contrario, differenze significative fra i due gruppi, in merito all'accertamento ($z = .401$, $p = .688$) e all'assistenza ($z = 1.074$, $p = .283$).

Di seguito verranno riportate i risultati relativi all'analisi all'interno di ciascuno dei due gruppi.

Rispetto agli infermieri formati, dalla lettura dei risultati si evince che il tempo dedicato alla fase dell'educazione è maggiore rispetto al tempo dedicato alla fase dell'accertamento e alla fase dell'assistenza, anche se, al test di Wilcoxon per confronti appaiati, tutti i confronti tra i ranghi medi relativi al tempo dedicato alle tre fasi del Processo Nursing non sono risultati statisticamente significativi (confronto assistenza e accertamento - $z = 1.08$, $p = .276$; confronto tra educazione e accertamento - $z = 1.63$, $p = .102$; confronto tra educazione e assistenza - $z = 1.51$, $p = .1.31$). Si differenziano, invece, i risultati emersi rispetto al gruppo di infermieri non formati in cui si evince che il tempo dedicato alla fase dell'assistenza clinica è maggiore rispetto al tempo dedicato alla fase dell'accertamento e soprattutto alla fase dell'educazione. In questo caso, al test di Wilcoxon per confronti appaiati, tutti i confronti tra i ranghi medi relativi al tempo dedicato alle tre fasi del Processo Nursing sono risultati statisticamente significativi (confronto assistenza e accertamento - $z = 2,30$, $p =$

.021; confronto tra educazione e accertamento - $z = 2,12$, $p = .34$; confronto tra educazione e assistenza - $z = 2,56$, $p = .010$).

Figura 4.4 – Tempo dedicato alle tre fasi del Processo Nursing gruppo Sperimentale e di Controllo (valori medi – range 1-4)



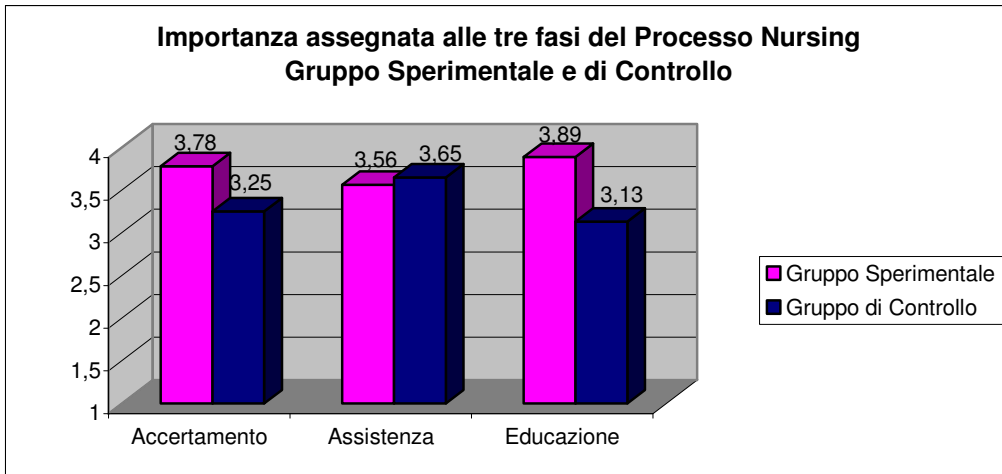
Allo stesso modo è stata confrontata anche l'importanza assegnata alle tre fasi del processo nursing attribuita dal gruppo sperimentale e dal gruppo di controllo (Figura 4.5). I risultati confermano quelli appena descritti, ovvero non emergono differenze in merito all'accertamento ($z = 1.260$, $p = .208$) e all'assistenza ($z = 1.145$, $p = .252$), mentre per quanto riguarda l'educazione il gruppo sperimentale mostra i valori più elevati ($z = 2.216$, $p = .027$).

Di seguito verranno riportate i risultati relativi all'analisi all'interno di ciascuno dei due gruppi.

Anche in questo caso si evince che l'importanza assegnata, dagli infermieri formati, alla fase dell'educazione e all'accertamento è maggiore rispetto all'importanza assegnata alla fase dell'assistenza. Tuttavia, anche in questo caso, come emerge dai risultati del test di Wilcoxon per confronti appaiati, l'*importanza* delle tre fasi del Processo Nursing del gruppo sperimentale non varia significativamente in tutti e tre i confronti effettuati (confronto assistenza e accertamento – $z = 1.41$, $p = .157$; confronto educazione e accertamento - $z = 1.00$, $p = .317$; confronto educazione e assistenza - $z = 1.73$, $p = .083$).

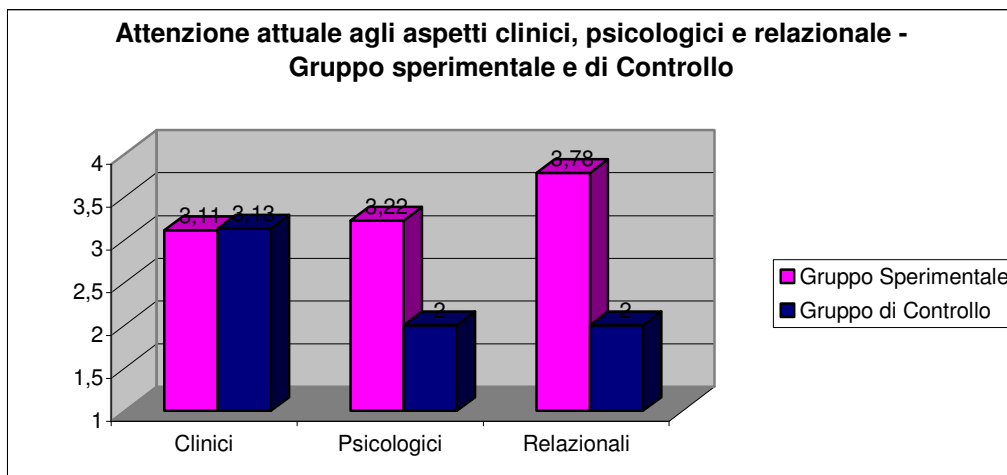
Rispetto all'importanza, invece, assegnata dagli infermieri non formati, emerge che nella fase dell'assistenza clinica è maggiore rispetto all'importanza assegnata alla fase dell'accertamento e soprattutto alla fase dell'educazione. In ogni caso, al test di Wilcoxon per confronti appaiati, l'*importanza* assegnata alle tre fasi del Processo Nursing, del gruppo controllo non varia significativamente in tutti e tre i confronti effettuati (confronto assistenza e accertamento – $z = 1.73$, $p = .083$; confronto educazione e accertamento - $z = .577$, $p = .564$; confronto educazione e assistenza - $z = 1,41$, $p = .157$).

Figura 4.5 – Importanza assegnata alle tre fasi del Processo Nursing – Gruppo Sperimentale e di controllo (valori medi - range – 1-4)



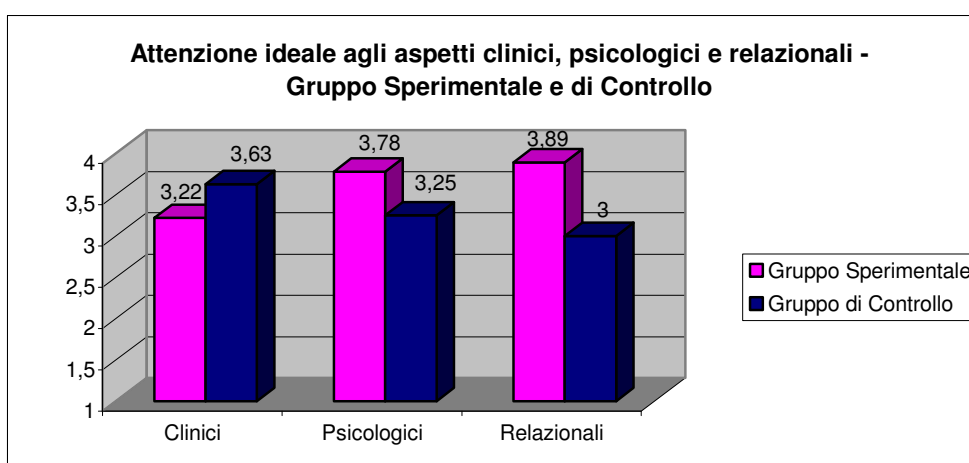
Al fine di verificare l'ipotesi 3, ovvero che l'attenzione dedicata agli aspetti psicologici e relazionali dichiarata dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) fosse maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati (Gruppo di controllo; Figura 4.6), è stato eseguito il test di U di Mann – Whitney per campioni indipendenti. I risultati, confermando l'ipotesi, evidenziano differenze significative in merito agli aspetti psicologici ($z = 3.386$, $p = .001$) e relazionali ($z = 3.809$, $p = .000$), mentre non emergono, al contrario, differenze significative fra i due gruppi, in merito agli aspetti clinici ($z = .170$, $p = .865$).

Figura 4.6 – Attenzione attuale agli aspetti clinici, psicologici e relazionali – Gruppo Sperimentale e di Controllo (valori medi – range 1-4)



Allo stesso modo è stata confrontata anche l'attenzione che idealmente gli infermieri che hanno partecipato al programma formativo (Gruppo Sperimentale) e quelli che non hanno partecipato (Gruppo di controllo) vorrebbero dedicare all'assistenza (Figura 4.7). I risultati confermano che non vi sono differenze significative in merito agli aspetti clinici ($z = 1.674$, $p = .094$) e psicologici ($z = 1.717$, $p = .086$), mentre emerge che il gruppo sperimentale assegnerebbe più attenzione del gruppo di controllo agli aspetti relazionali ($z = 2.628$, $p = .009$).

Figura 4.7 – Attenzione ideale agli aspetti clinici, psicologici e relazionali – Gruppo Sperimentale e di Controllo (valori medi – range 1-4)



Di seguito verranno riportate i risultati relativi all'analisi all'interno di ciascuno dei due gruppi.

Successivamente si è provveduto ad analizzare l'attenzione *attualmente dedicata* e quella che gli infermieri formati e non formati, *vorrebbero dedicare idealmente*. Dai risultati è emerso che gli infermieri formati vorrebbero dedicare in condizioni *ideali* larga attenzione a tutti gli aspetti del Processo Nursing (Figura 4.8). I risultati del test di Wilcoxon per confronti appaiati mettono in particolare in evidenza che non esistono differenze significative tra piano attuale e ideale in merito alle attività cliniche ($z = .577$, $p = .564$) e relazionali ($z = 1.000$, $p = .317$), mentre, in condizioni ideali, i professionisti dedicherebbero più attenzione alle attività psicologiche rispetto a quella attualmente dedicata ($z = 2.236$; $p = .025$). Anche rispetto agli infermieri non formati, è emerso che vorrebbero dedicare idealmente maggiore tempo a tutti e tre gli aspetti, rispetto alla condizione attuale (Figura 4.9). Ad un confronto attraverso il test di Wilcoxon per confronti appaiati, tuttavia, non emergono delle differenze significative rispetto all'attenzione attuale e ideale rivolta agli aspetti clinici dell'assistenza ($z = .577$, $p = .564$) e agli aspetti relazionali ($z = 1.00$, $p = .317$), mentre in merito agli aspetti psicologici il gap fra attenzione attuale e ideale è significativo ($z = 2.24$, $p = .025$).

Figura 4.8 - Attenzione attuale e ideale dedicata agli aspetti clinici, psicologici e relazionali Gruppo Sperimentale (valori medi; range 1 - 4)

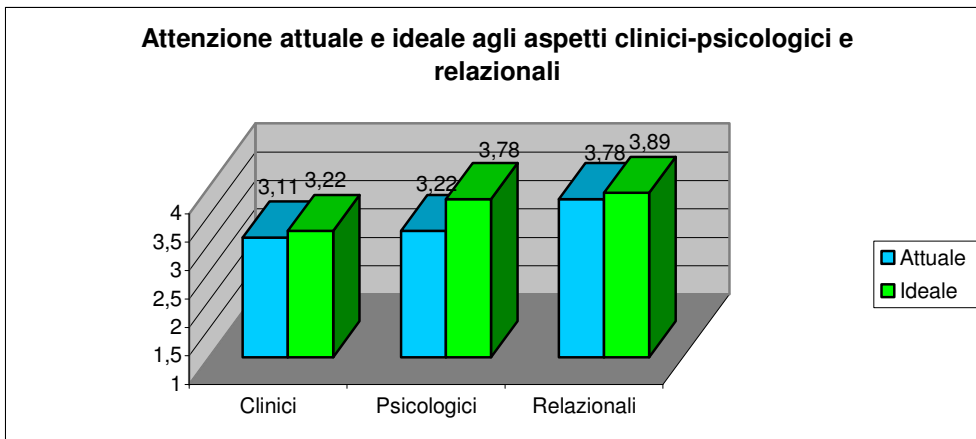
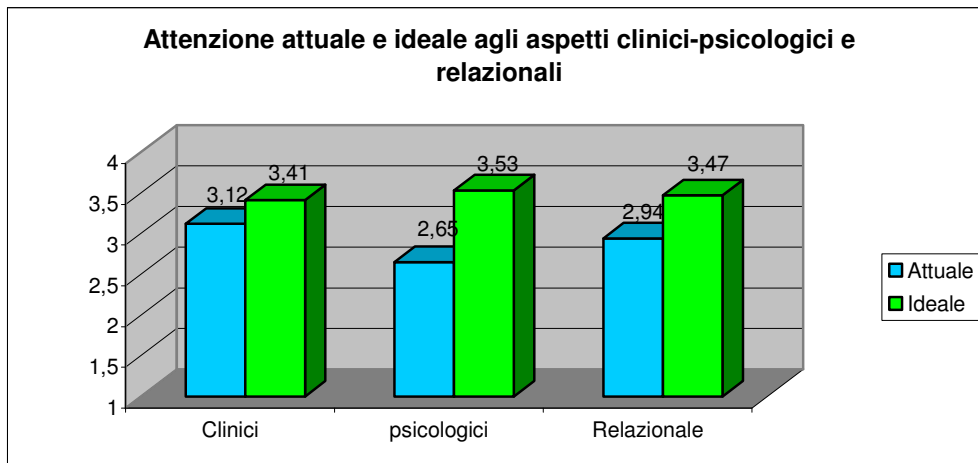


Figura 4.9 – Attenzione attuale e ideale agli aspetti clinici, psicologici e relazionali - Gruppo Controllo (valori medi – range 1-4)



Conclusioni

La fase 5^a dello Studio, ovvero la valutazione delle competenze dei professionisti infermieri agite sul campo aveva l'obiettivo di rilevare differenze significative tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo in merito all'utilizzo di un modello assistenziale integrato. Attraverso lo strumento self-report, già descritto nello Studio 1^a - Fase 2^a somministrato sia agli infermieri formati, che costituivano il gruppo sperimentale, e sia agli infermieri che, non hanno partecipato al percorso formativo, sono stati confrontati i due gruppi in merito alle variabili che verranno di seguito descritte.

In primo luogo l'indicatore più rilevante è la messa in pratica delle attività psico-sociali nella gestione del paziente con SCA.

Osservando i risultati del solo gruppo sperimentale, si evidenzia che le attività psico-sociali praticate dagli infermieri formati prevalgono su quelle cliniche, mentre questo non avviene per il gruppo di controllo.

Ad un confronto fra i due gruppi (H1), questa differenza è risultata significativa solo in merito alle attività psico-sociali che risultano significativamente più praticate dagli infermieri formati. Non emergono differenze, invece in relazione alle attività cliniche. Questo risultato ci sembra che possa confermare l'adozione, da parte del gruppo sperimentale, di un modello di assistenza integrato e in particolare l'efficacia della formazione data, acquisita e trasferita sul campo.

Analizzando in seguito l'attenzione *attuale e ideale* rispetto agli aspetti clinici, psicologici e relazionali dell'assistenza infermieristica, gli infermieri del gruppo sperimentale vorrebbero implementare l'attenzione da dedicare a tutti gli aspetti dell'assistenza. Ad un confronto fra i due gruppi sul piano

attuale (H3), risulta che gli infermieri del gruppo sperimentale dedicano maggiore attenzione agli aspetti psicologici e relazionali rispetto al gruppo di controllo. Mentre, non emergono differenze significative fra i due gruppi, in merito agli aspetti clinici. Sul piano ideale, invece, i risultati confermano che non vi sono differenze significative tra i due gruppi, in merito agli aspetti clinici e psicologici; mentre, emerge che il gruppo sperimentale, in condizioni ideali, vorrebbe dedicare maggiore attenzione agli aspetti relazionali rispetto al gruppo di controllo. Questo dato confermando l'ipotesi postulata, ancor una volta fa pensare all'adozione di una metodologia assistenziale, da parte degli infermieri formati, che pone l'attenzione sia sulla dimensione bio-clinica del paziente con SCA (es. sintomatologia clinica come dolore toracico e dispnea) che su quella psico-socio-relazionale (ansia, paura legata al contesto ospedaliero, cambiamenti del proprio stile di vita, gestione inefficace del regime terapeutico).

Oltre agli esiti emersi riguardanti le attività cliniche e psico-socio-relazionali messe in atto dagli infermieri formati rispetto a quelli non formati, risultati interessanti derivano anche in merito alle fasi del Processo Nursing. L'indicatore più rilevante, in questo caso, è il tempo dedicato alla fase dell'educazione durante la gestione del paziente con SCA.

Osservando i risultati del gruppo sperimentale, si evince che il *tempo dedicato* alla fase dell'educazione è maggiore rispetto a quello dedicato alla fase dell'accertamento e dell'assistenza. Ad un confronto fra i due gruppi (H2), questa differenza è risultata significativa, mentre, non emergono, al contrario, differenze significative fra i due gruppi, in merito all'accertamento e all'assistenza.

Analizzando successivamente l'importanza assegnata alle fasi del Processo Nursing, dagli infermieri formati, anche in questo caso, si evince che l'importanza attribuita alla fase dell'educazione è maggiore rispetto a quella dell'accertamento e dell'assistenza. Questa differenza è stata confermata da un confronto fra i gruppi (H4) in cui risulta una differenza significativa rispetto alla fase dell'educazione, mentre non emergono differenze in merito alle fasi dell'accertamento e dell'assistenza.

Discussione

In conclusione possiamo affermare che gli infermieri formati, nel processo assistenziale al paziente con SCA, utilizzano un modello assistenziale integrato. Le attività messe in pratica, in tutte e tre le fasi del processo nursing, infatti, rispecchiano, gli assunti teorici del modello integrato. In modo particolare, si evidenzia l'aderenza degli interventi educativi, nella fase dell'educazione, rispetto al modello teorico. A testimonianza di ciò, infatti, l'importanza assegnata alla fase dell'educazione, è risultata maggiore rispetto a quella dell'assistenza clinica e dell'accertamento, possiamo supporre che gli interventi di

educazione sanitaria al paziente con SCA e ai caregivers non soltanto vengono praticati poiché previsti dal PSA, ma sono stati anche interiorizzati dai professionisti formati e ritenuti importanti per garantire una qualità assistenziale. Questi risultati si rafforzano se si considera che, come emerso in letteratura (Cap. 3), l'educazione al paziente e ai caregivers risulta determinante per i risultati di salute in termini di recidive cardiovascolari e mortalità.

Questo aspetto fa avanzare l'idea che la formazione a cui gli infermieri hanno partecipato abbia prodotto dei cambiamenti comportamentali nella gestione del paziente con SCA e che, quindi, il modello integrato così come è stato strutturato può essere trasferito nell'operato dei professionisti con delle implicazioni, come si è visto, anche pratiche.

L'utilizzo, inoltre, di un approccio narrativo per implementare la fase dell'educazione nella presa in carico del paziente, contribuisce ad ampliare le conoscenze colmando, in un certo senso, uno dei limiti emersi della revisione della letteratura presa in rassegna in cui non erano presenti tentativi compiuti dell'utilizzo della narrazione nella fase dell'educazione del processo Nursing.

Il modello integrato, inoltre, basandosi su principi epistemologici che prendono in considerazione la multidimensionalità della persona, potrebbe essere applicato anche in altri contesti, ad esempio nella gestione dei pazienti oncologici in cui a fianco di un'assistenza basata su evidenze (protocolli e procedure), risulta determinante la presa in carico del paziente che focalizza l'attenzione anche sugli aspetti psicologici e sociali. Anche il coinvolgimento attivo dei caregivers previsto dal modello integrato, risulta un aspetto particolarmente sostanziale, soprattutto se si considerano come risorsa inestimabile per il paziente.

Questi dati, dunque, risultano particolarmente incoraggianti, tuttavia, un aspetto da far presente è che i risultati potrebbero essere stati "viziati" dal fatto che gli infermieri formati abbiamo compilato la parte delle attività a conclusione del turno in cui hanno svolto il colloquio. Il fatto di avere svolto il colloquio ha reso le attività psico-socio-relazionali particolarmente salienti e potrebbe avere sollecitato l'effetto dell'assimilazione.

Il nostro auspicio è che questi studi rappresentino un punto di partenza significativo sulla quale implementare altre ricerche dirette a sperimentare il modello integrato anche su altre tipologie di pazienti. Questi dati seppure iniziali alimentano in noi la convinzione che l'infermiere per potere garantire un'assistenza globale deve adottare un approccio integrato che oltre a concentrarsi sulla sfera bio-fisica del paziente non può prescindere a considerare anche quella psico-socio-relazionale.

CAPITOLO QUINTO

La valutazione degli outcomes di salute

Capitolo quinto

La valutazione degli outcomes di salute dei pazienti assistiti con modello tradizionale e integrato

5.1 Razionale teorico

L'outcome come problema multidimensionale

Parlare di risultati (outcomes) in campo medico ed assistenziale non equivale solo ad una valutazione post itinere del trattamento o della terapia, ma costituisce un ambito problematico costruito su dati raccolti che rappresentano l'effettivo miglioramento, mantenimento o peggioramento del paziente.

Nella necessità di una prima definizione il dizionario di medicina moderna McGraw Hill (2002) offre la seguente formula: “an outcome or result of a medical condition that directly affects the length or quality of a person's life”. Tale definizione, mette in relazione la pratica sanitaria con durata e qualità della vita, con l'estensione dei parametri medici e della rete di attori e metodi che essi comportano. Tale estensione riflette, inoltre, da parte delle discipline ed organizzazioni mediche ed assistenziali, la necessità di produrre dei miglioramenti nel numero e qualità dei servizi. In tal senso la documentazione clinica e la raccolta di dati diventano necessarie come infrastruttura informativa solo attraverso la quale è possibile misurare i risultati conseguiti e senza la quale l'effettiva efficacia dei trattamenti rimane incerta (Arcà *et al*, 2006).

Tale incertezza può essere manifesta tanto a livello *globale*, ad esempio se andiamo a osservare la costruzione da parte della comunità scientifica internazionale delle categorie con cui lavora e del concetto stesso di outcome come ontologia ampiamente e tacitamente condivisa (Bowker, 1996), quanto a livello *locale*, se consideriamo i valori prodotti di un singolo reparto o su un singolo paziente (Benneyan *et al*, 2003).

Quando si parla di outcome va stabilito se dobbiamo fare riferimento solo a dati specifici della pratica di cura o se essi possano essere estesi anche a termini che richiamano la soddisfazione, il comfort e lo stato di salute generale della persona. In tal senso è stata evidenziata la necessità di incrementare le informazioni sui risultati, cioè i patient reported outcomes (PRO; Valderas *et al.*, 2008). Vale a dire che esistono diversi concetti che vanno problematizzati ed esplicitati che fanno riferimento alla nozione di outcome e che coinvolgono, appunto, diverse dimensioni manifeste della vita e storia del paziente. Tale necessità nasce dal fatto che spesso, tali concetti, rimangono impliciti e lasciano spazio ad

incomprensioni e incertezze nelle relazioni tra diversi specialisti o nell'interazione personale sanitario-paziente (Berwick *et al.*, 2003). Ad esempio il concetto di “continuità” può dare adito ad una continuità in ambiente solo clinico, o anche domestico del paziente e che può essere quindi affrontata multidimensionalmente considerando al tempo stesso diverse dimensioni: chronological, geographical, interdisciplinary, interpersonal, and informational (Coory *et al.*, 2008).

Un altro problema può derivare dallo stabilire chi debba registrare dati relativi ad un outcome, se solo un medico, o anche un infermerie e da qui derivare delle considerazioni relative a quanto la valutazione in campo sanitario sia materia di alcune professioni specifiche dalle quali non è possibile prescindere e a dati rilevati per tempi più o meno lunghi (Bowker, Star, 1999). Borgman (2000) afferma che lo sviluppo di una infrastruttura informativa della cura e dell'assistenza non può prescindere dalle politiche pubbliche relative alla cura e alla prevenzione. In tal senso, l'outcome può essere interpretato come risultato per ottenere una prevenzione a lungo termine della malattia e del mantenimento delle funzioni del paziente (Lilford, 2004). Quest'ultimo concetto, trova conferma, in modo particolare, in alcune ricerche e progetti specifici della malattia cardiovascolare. Lo studio degli outcomes, infatti, viene ultimamente promosso per indagare, nei pazienti che hanno subito una rivascolarizzazione miocardica in seguito ad una SCA, dall'aderenza a lungo termine ai trattamenti farmacologici, alle modifiche dello stile di vita e ai fattori clinici e demografici (Griffo *et al.*, 2012). Anche gli studi promossi dall'Italian Society of Cardiac Rehabilitation and Prevention (IACPR, 2008), lo studio ISYDE (2008) e più recentemente lo studio ICAROS (2010), ancora in corso, avevano l'obiettivo di raccogliere i dati relativi a caratteristiche cliniche durante il percorso terapeutico sia in fase acuta e sia in fase riabilitativa, le procedure diagnostiche strumentali, la terapia, i programmi educazionali e fisici attuati (Tramarin, *et al.*, 2008).

L'outcome come fattore di valutazione nello stile di pensiero scientifico

Il concetto di outcome risulta essere un termine ontologico alquanto esteso, dando perciò luogo a diverse interpretazioni, sovrapposizioni e possibili fraintendimenti. L'uso sempre più esteso del termine porta, infatti, ad alcune considerazioni di carattere critico ed epistemologico che possiamo sintetizzare nell'idea di “stile di pensiero” (*denk stil*), che vede il termine sempre più presente a livello internazionale e nazionale in letteratura, nelle procedure e nelle buone pratiche sanitarie ed assistenziali. Kuhn (1962) fu uno di massimi esponenti che identificò con il termine “stile di pensiero” il processo di conoscenza da parte di un collettivo di carattere scientifico. L'uso di stile di pensiero va pertanto qui considerato come l'atteggiamento da parte del professionista costituito dall'uso di termini

riconducibili ad un più esteso corpo di conoscenze condivise. Secondo quest'approccio, il concetto di outcome risulta essere, quindi, il prodotto di un ambiente sociale e normativo che permette di validare l'uso di talune pratiche piuttosto di altre e di indicare nel concetto la referenzialità del nursing stesso e dei suoi componenti. Ad esempio l'outcome può essere inteso come oggetto d'analisi della correlazione tra qualità e successo del healthcare e numero decrescente di decessi (Aiken et al., 2008), oppure può essere utilizzato come elemento di comparazione per i risultati di pazienti cardiopatici (Kaltoft, 2010). In tal senso, negli ultimi anni, le organizzazioni sanitarie vengono sempre più sollecitate a produrre degli indicatori di esito relativi alla riuscita e al successo della cura. Da ciò ne deriva la necessità di sviluppare ed indagare il tema degli outcome a livello statistico, anche se vi è l'opinione che vada considerato tutto il processo e quindi vada misurato lo throughput più che *sic et simpliciter* l'output (Lilford et al., 2007).

In Italia, l'approfondimento degli aspetti e delle implicazioni derivati dagli outcome in campo sanitario è stato già accolto con forte interesse ed approvazione, soprattutto, in particolari contesti sanitari.

In campo psichiatrico, il progetto "outcome" (La Salvia & Ruggeri, 2007) ha raccolto finora dati relativi alla qualità della vita dei pazienti effettuando le valutazioni con il Lancashire Quality of life Profile (LQOLP). L'Istituto Superiore di Sanità (2005) ha partecipato ad un importante programma di ricerca sugli esiti all'interno del progetto europeo EUPHORIC. Tale progetto ha avuto l'obiettivo di definire un set standard di indicatori in alcune aree mediche rilevanti; a questa fase ne è seguita un'altra che ha previsto l'applicazione di tali indicatori in 6 Paesi Europei. Il Progetto EUPHORIC, infatti, si è concluso con un programma di valutazione comparativa di esiti per il periodo 2005-2008. Rispetto alla patologia cardiovascolare, i principali indicatori di esito erano essenzialmente: mortalità a 30 giorni a 6 mesi e a 12 mesi dopo l'intervento di angioplastica coronarica percutanea.

Gli studi comparativi di esito sono stati introdotti di recente nella ricerca e negli studi epidemiologici italiani, seguendo l'esempio di quanto avveniva a livello internazionale e in particolare nei Paesi di tradizione anglosassone. L'outcome research sta così assumendo un'importanza sempre più rilevante nel dibattito scientifico nazionale, suscitando un crescente interesse anche tra gli amministratori o responsabili di governo clinico, tra gli operatori sanitari e tra i cittadini stessi (Arcà et al., 2006). Gli esiti possono essere confrontati tra gruppi di popolazione, tra categorie di pazienti, tra specifici trattamenti o procedure, tra modelli organizzativi o tra soggetti erogatori; in ogni caso l'interesse principale verte sulla valutazione del "risultato finale di un processo", l'esito, che in epidemiologia è rappresentato dal miglioramento dello stato di salute di un paziente o di una popolazione (Gibberd, 2004). Si tratta di studi essenzialmente di tipo osservazionale e sono dunque adatti alla valutazione

dell'efficacia degli interventi sanitari nella loro pratica clinica, quella che gli inglesi chiamano effectiveness; possono inoltre essere usati in alternativa e/o a complemento di studi di tipo randomizzato, i quali valutano invece l'efficacy, l'efficacia teorica o sperimentale (Rosato *et al*, 2010). Un altro indubbio vantaggio dell'outcome research è che per la sua analisi è possibile avvalersi prevalentemente di Sistemi Informativi Correnti (SIC), come le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), richiedendo dunque un limitato dispendio di risorse.

Uno dei motivi del crescente successo di questi studi in ambito nazionale è dato dal fatto che i diversi sistemi sanitari regionali dovrebbero condividere, sia fra di loro che al loro interno, il requisito comune dell'efficacia, laddove per efficacia si intenda la capacità di un intervento o di un trattamento di raggiungere gli obiettivi per i quali è stato progettato ed eseguito. Gli studi comparativi di esito, concentrandosi essenzialmente sulla valutazione della qualità e dell'equità dell'assistenza sanitaria, consentono non solo di verificare questa ipotesi, ma anche di definire eventuali strategie efficaci di intervento.

Nel 2004 con l'esperienza del Progetto "Mattoni – Misura dell'Outcome", promosso dal Ministero della Salute, sono state definite e implementate metodologie che permettono di calcolare alcuni indicatori di esito attraverso l'uso esclusivo di dati correnti, in particolare le SDO nazionali. Successivamente ad una revisione della letteratura internazionale, furono selezionati 45 indicatori di esito potenzialmente applicabili al contesto italiano, di cui 32 furono effettivamente calcolati. A livello nazionale, il Progetto "Mattoni SSN – Misura dell'outcome" ha prodotto stime sperimentali per 43 indicatori di esito, e il Progetto "Progressi", tuttora in corso, ne costituisce l'evoluzione naturale. La Regione Lazio ha approvato un Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E; 2008) i cui principali obiettivi erano quelli di valutare l'efficacia teorica (efficacy) di interventi sanitari, l'efficacia operativa (effectiveness) di interventi sanitari, l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti (es. stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure) e il monitoraggio dei livelli di assistenza. Altre regioni conducono programmi regionali di valutazione di esito, con metodologie eterogenee.

In Italia attualmente non esiste un programma corrente di valutazione comparativa degli esiti ma la sua fattibilità nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano è stata dimostrata nel progetto Mattoni-Outcome precedentemente descritto. Tuttavia, poiché le attività di valutazione sistematica degli esiti sono per definizione basate sui sistemi informativi correnti del SSN e quindi la validità dei risultati è condizionata dalla qualità delle informazioni in essi contenute. Vanno pertanto valutati i problemi di qualità delle informazioni e promossi interventi di miglioramento finalizzati alla utilizzazione dei

sistemi informativi per la valutazione di esito. Inoltre, poiché la comunicazione dei risultati della valutazione comparativa di esiti può determinare effetti individuali, di sistema e di popolazione che devono essere attentamente valutati nelle loro caratteristiche, dimensioni, andamento temporale e geografico, vanno definiti i metodi di comunicazione dei risultati ai diversi destinatari dell'informazione. Infine, è essenziale in questo campo valutare la fattibilità di misure sistematiche di esiti riferiti dal paziente in termini essenzialmente di qualità della vita, soddisfazione delle cure ed aderenza al trattamento. Nel 2008 il Programma SiVeAS del Ministero della Salute recepì 17 di questi indicatori definendoli implementabili su base routinaria e classificandoli in 4 macroaree. Le quattro macroaree individuate furono: Assistenza distrettuale: Ricoveri prevenibili, Assistenza ospedaliera, Prevenzione Primaria e Secondaria e risultato.

Gli indicatori di Risultato sono essenzialmente degli indicatori di qualità. Nello specifico della qualità relativa ad una performance, in alcuni casi è attribuibile ad un singolo reparto o operatore (es. la mortalità a breve termine dopo intervento di By-Pass Aortocoronarico), in altri (es. esito a breve termine del trattamento dell'Infarto del Miocardio Acuto) è attribuibile ad un intero processo assistenziale che ha il suo inizio con il ricovero. A tale proposito, uno dei pochi studi presenti in letteratura presa in rassegna, rispetto alla qualità delle pratiche assistenziali, ha riguardato i pazienti che erano stati sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico (Linda, 2008). L'obiettivo dello studio è stato, infatti, quello di valutare empiricamente se la qualità delle cure dell'infermiere, un maggior rapporto assistenziale infermiere-paziente e un clima organizzativo migliore, potessero influenzare la mortalità del paziente sottoposto ad intervento chirurgico ortopedico. I risultati di questo studio, seppur gli autori affermano che sono da considerarsi con cautela, hanno dimostrato una riduzione della mortalità dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico in quegli ospedali in cui vi era del personale infermieristico altamente formato, con livelli alti di qualità delle cure.

In conclusione, quindi, per quanto esteso ed utilizzato in diversi ambiti specialistici e contesti geografici differenti, l'outcome si sta imponendo non solo come elemento di valutazione, ma anche di classificazione. I sistemi di classificazione non sono affatto statici e neutri; l'analisi di come e quanto siano soggetti a modifiche fornisce elementi essenziali per derivare l'outcome nel suo costituirsi oggetto concettuale essenziale nella pratica clinica e nella valutazione di pratiche assistenziali. L'utilizzo delle reti e della costituzione di sistemi efficaci di rilevazione dati e valutazione degli outcomes ha trovato applicazione nelle iniziative relative agli studi denominati Patient-Reported Outcome (PRO) ed il conseguente sviluppo di relativi modelli di classificazione (Valderas & Alonso, 2008).

In particolare, il National Institutes of Health (NIH) Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) è stato il frutto di una iniziativa sperimentale progettata per sviluppare uno standard e valutare dati e fattori relativi alla misurazione di PRO (Cella, 2007).

La Food & Drug Administration (FDA, 2009) ha di recente fatto il punto non solo sulla necessità di utilizzare forme il più possibile standardizzate di misurazione dei Patient Record Outcome (PRO) e, quindi, dei benefici dei trattamenti o dei rischi, ma anche sulla necessità di scelta che va fatta su diversi strumenti PRO.

La letteratura presa in rassegna ha messo quindi chiaramente in evidenza l'importanza di prevedere nel processo clinico-assistenziale del paziente la valutazione degli outcomes di salute. Tuttavia, gli outcomes di esito definiti nei diversi studi, programmi e progetti, sopra descritti, hanno seguito un orientamento di tipo clinico (es. mortalità a 30 giorni del paziente dopo un intervento percutaneo), mentre scarsa considerazione si riscontra in letteratura rispetto agli outcomes di esito di natura psico-socio-relazionale (es come benessere e qualità della vita).

Nello specifico delle malattie cardiovascolari in questo lavoro considerate, gli studi multidimensionali di esito, ponendosi nell'interfaccia tra la valutazione dell'efficacia dei trattamenti nella pratica clinica e la valutazione della qualità delle cure, costituiscono un ambito di cruciale importanza in termini di salute per i pazienti con patologia cardiaca. Pur rappresentando nel contesto della ben nota gerarchia delle evidenze una metodologia dotata di minore potenza scientifica rispetto ai trial clinici controllati (Winchel, 2007), prevalenti nello specifico cardiovascolare, gli studi di esito posseggono una dignità ed un valore euristico che non possono essere trascurati.

Queste riflessioni e l'ipotesi che la qualità delle cure possa influenzare gli esiti di salute, hanno reso necessario lo Studio 3[^] che ha avuto l'obiettivo di confrontare, attraverso un disegno pre-post test, gli outcomes associati all'assistenza condotta secondo il modello tradizionale con quelli associati ad un'assistenza guidata dagli strumenti e dalle metodologie implementate nel modello integrato.

Obiettivo

Lo Studio 3[^] ha avuto come obiettivo quello di verificare se il modello narrative nursing integrato, implementato e trasferito nell'operato professionale, potesse migliorare gli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) delle persone che soffrono di SCA. Tale studio, di natura descrittivo-correlazionale e cross-sectional, si è svolto nel periodo compreso tra marzo-dicembre 2012 e si è articolato in 2 fasi, di cui la seconda, per motivi temporali, iniziata ma non completata. Entrambe le fasi

hanno utilizzato le stesse metodologie e strumenti. Qui verranno analizzati solo i principali risultati conseguiti durante la prima fase.

5.2 Fase 1^a - Valutazione degli outcomes di salute dei pazienti con SCA assistiti con un modello assistenziale tradizionale

Obiettivo

La fase 1^a ha avuto come obiettivo quello di valutare gli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) di pazienti con SCA assistiti con un modello assistenziale tradizionale, ad un mese di distanza dalla dimissione.

Tale fase si è svolta nel periodo compreso fra Marzo – Settembre 2012.

Strumenti

Per la misurazione degli outcomes è stato utilizzato un questionario strutturato (Allegato 14), costruito ad hoc ma composto da diverse scale, la maggior parte delle quali già validate in contesti internazionali e/o nazionale. Tali scale avevano l'obiettivo di indagare, in termini di outcome, la dimensione bio-clinica e psico-socio-relazionale del paziente che presentava una SCA.

Il questionario prevedeva diverse aree d'indagine che corrispondono ad altrettanti costrutti e che saranno di seguito dettagliate.

La prima area (Domanda 1^a) riguardava le variabili *socio-anagrafiche* (genere, età, titolo di studio, occupazione, stato civile e convivenza) e *cliniche* (presenza di infarto, motivo del ricovero, tempo intercorso dalla dimissione ricovero, tipologia di evento, comorbidità).

La seconda area (Domanda 2^a) indagava la *qualità della vita* percepita dal paziente (25 item) attraverso la (WHOQOL breve, 2000) a 6 punti (1 = mai – 6 = sempre). I costrutti sottesi alla scala erano essenzialmente 4: *qualità della vita fisica; psicologica; dei rapporti sociali e ambientale*.

La terza area (Domanda 3^a) indagava la *rappresentazione emozionale della malattia* (9 item). In questo caso è stata utilizzata una scala a 10 punti (0 = minimo grado; 10 = massimo grado), già utilizzata in studi precedenti (Sturlese, 2006).??? POI LO RITROVO)

La quarta area (Domanda 4^a) indagava la *minaccia identitaria* dovuta alla malattia (10 item) attraverso una scala a 6 punti (1= assolutamente falso; 6 = assolutamente vero) ricostruita sulla base di un precedente studio condotto su pazienti HIV/AIDS (De Paola, 2010).

La quinta e sesta area (Domanda 5[^] e 6[^]) indagavano rispettivamente la presenza di sintomi specifici delle SCA, ovvero la *dispnea* (4 item) e l'*angina* 4 (item) (Foà et al., *in press*). La scala misurava il livello di gravità di sintomi attraverso una scala a 6 punti (1= 4 o più volte al giorno; 6 = mai nelle ultime 4 settimane).

La settima area (Domanda 7[^]) indagava la *limitazione alle attività correlata ai sintomi* (Foà et al., *in press*). La scala utilizzata qui conteneva 4 item misurati in una scala a 6 punti (1 = per nulla limitato; 6 = del tutto limitato).

L'ottava area (Domanda 8[^]) indagava l'*aderenza farmacologica*. E' stata utilizzata la scala MMAS (Morisky et al., 2008) che misura l'aderenza su una scala dicotomica a 8 item. A questa scala sono stati aggiunti altri 2 item che indagavano rispettivamente il supporto nell'assunzione dei farmaci (8.9) e la rinuncia a comprare i farmaci per il loro costo elevato (8.10).

La nona area (Domanda 9[^]) indagava l'*aderenza non farmacologica* attraverso una scala costruita ad hoc, a 6 punti (1 = non mi è mai capitato; 6 = più spesso del ricovero).

La decima area (Domanda 10[^]) indagava, attraverso una scala a 6 punti (1 = mai; 6 = sempre), il *senso di controllo della terapia* (5 item; Leventhal, 1980).

L'undicesima area (Domanda 11[^]) indagava le *strategie di coping* (21 item) attraverso la scala CISS (2009), in questa ricerca a 6 punti (1= mai; 6= sempre). I costrutti sottesi alla scala erano 3: *coping alla situazione; coping orientato all'emozione e coping orientato all'evitamento*.

La dodicesima area (Domanda 12[^]) indagava in modo equivalente lo stato di *ansia e tristezza*, attraverso una scala a 22 item, costruita ad hoc e di natura dicotomica (si, no) .

La tredicesima area (Domanda 13[^]) indagava il *sostegno sociale* del paziente (16 item) attraverso la scala di Prezza e Principato (2002) a 6 punti (1 = per nulla vero; 6 = del tutto vero). I costrutti a cui faceva riferimento la scala originale erano 3: sostegno sociale da parte degli amici; sostegno sociale da parte della famiglia e sostegno sociale da una persona elettiva. Sono stati aggiunti in questa ricerca altri 4 item (13.5 – 13.8 – 13.14 – 13.16) inerenti il sostegno sociale da parte degli infermieri.

L'ultima area (Domanda 14[^]) indagava la soddisfazione/insoddisfazione delle cure ricevute in ospedale (19 item) attraverso la scala New Castel Satisfaction (1998) che misurava in una scala a 6 punti (1=del tutto insoddisfatto; 6= del tutto soddisfatto) la *competenza, la professionalità e la disponibilità*.

L'ultima parte del questionario ha previsto una domanda aperta dedicata ad eventuali *commenti* del paziente e ai *riferimenti* del paziente nel caso fossero stati interessati a ricevere i risultati della ricerca.

Partecipanti

Il questionario è stato somministrato dal ricercatore ai pazienti con SCA che erano stati precedentemente ricoverati e assistiti presso l'U.T.I.C. Quest'ultimi, sono stati raggiunti in occasione della prima visita cardiologica post dimissione, a circa 1 mese di distanza, presso l'ambulatorio di cardiologia.

Prima della somministrazione è stato previsto un incontro, appositamente organizzato dal ricercatore con il responsabile dell'U.O. complessa di cardiologia, in cui veniva descritto lo studio e i relativi obiettivi e veniva richiesto l'autorizzazione per la somministrazione del questionario. Successivamente è stato previsto un altro incontro con gli infermieri e la coordinatrice dell'U.O. ambulatori della cardiologia (8), in cui anche a loro venivano esplicitati gli obiettivi dello studio e il calendario di presenza del ricercatore presso l'U.O. che dettagliava i giorni previsti per la somministrazione del questionario (ogni mercoledì della settimana poiché era il giorno dedicato ai pazienti con SCA).

Hanno compilato il questionario 85 pazienti . La Tabella 5.1 illustra le *caratteristiche socio-anagrafiche* dei partecipanti. Circa il *genere* (85 casi validi) si segnala una prevalenza di uomini (56) rispetto alle donne (29), dato che rispecchia l'incidenza scarsamente equi distribuita della patologia nei due generi.

Rispetto all'*età* (85 casi validi) la media è pari a 65 con una bassa variabilità ($DS \pm 14$). Il range d'età oscilla fra 32 anni e 94 anni.

In merito allo *stato civile* (85 casi validi), 55 partecipanti dichiarano di essere sposati/e o di convivere; 18 di essere vedovi/e, 8 di essere nubili/celibi e 4 di essere separati/e o divorziati/e.

Rispetto alla *convivenza* (85 casi validi), la grande maggioranza (56) dichiara di vivere con il partner e 20 partecipanti dichiarano di vivere soli/e. Solo 6 partecipanti vivono con i figli, 2 partecipanti con i genitori ed un unico soggetto vive con la badante.

In merito al *titolo di studio* (85 casi validi), la maggior parte (32) ha conseguito il diploma di scuola superiore. A seguire, 27 partecipanti hanno conseguito la licenza elementare; 18 la licenza media; 3 un diploma universitario e 5 una laurea o un diploma di specializzazione post-laurea.

Riguardo allo *stato occupazionale* (85 casi validi), 28 partecipanti hanno un lavoro retribuito, di cui 18 dipendente e 10 autonomo. Fra i soggetti che non hanno un lavoro retribuito 45 sono pensionati/e, 8 donne sono casalinghe, 2 partecipanti sono disoccupati/e ed uno è in mobilità. Un solo partecipante dichiara di essere uno/a studente/studentessa.

Tabella 5.1 –Caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti (N = 85): valori assoluti e percentuali

Età (range inserire il range)	M (DS)	Inserire la media (deviazione standard)
Genere	Maschi	56 (65.9 %)
	Femmine	29 (34.1 %)
Titolo di studio	Fino alla licenza elementare	27 (31.8%)
	Diploma di scuola media	18 (21.2%)
	Diploma di scuola superiore	32 (37.6%)
	Diploma universitario	3 (3.5%)
	Laurea o Post laurea	5 (5.9%)
Stato civile	Celibe/nubile	8 (9.4%)
	Sposato/a o convivente	55 (64.7%)
	Separato/a o divorziata	4 (4.7%)
	Vedovo/a	18 (21.2%)
Convivenza	Da solo	20 (23.5%)
	Con moglie/marito/partner	56 (65.9%)
	Con figli	6 (7.1%)
	Con genitori	2 (2.4%)
	Con badante	1 (1.2%)
Stato occupazionale	Lavoratore/trice Dipendente	18 (21.2%)
	Lavoratore/trice Autonomo/a	10 (11.8%)
	Pensionato/a	45 (52.9%)
	Casalinga	8 (9.4%)
	Studente	1 (1.2%)
	Disoccupato/a	2 (2.4%)
In mobilità	1 (1.2%)	

In merito alla *storia clinica del paziente* (Tabella 5.2) emerge che la maggior parte dei soggetti (51 su 85) hanno vissuto una volta (42) o a più di una volta (9) l'esperienza dell'*infarto*. I restanti 34 soggetti non hanno mai vissuto questa esperienza.

Su 85 partecipanti, 31 hanno dichiarato che era stata *la prima esperienza di ricovero in ospedale*, 22 erano già stati ricoverati per infarto, 7 per angina instabile e 25 per altri motivi non legati alla patologia cardiaca (frattura, ernia, intervento alla prostata, alla cistifellea, coliche renali, problemi ortopedici e così via).

Circa il *motivo del ricovero in U.T.I.C.*, la stragrande maggioranza dei partecipanti, ovvero 73 su 85 ha dichiarato di essere stato ricoverato per STEMI, 7 per un NSTEMI, e 4 per Angina Instabile. Un soggetto è stato ricoverato per altri motivi legati alle problematiche cardiache (es. scompenso).

Tutti i soggetti sono stati *dimessi* nell'anno 2012.

In merito alla presenza di comobidità la maggior parte dei soggetti, ovvero 73 su 83 ha dichiarato di *non soffrire di altre* malattie. Fra i restanti 10 soggetti che hanno dichiarato di soffrire di altre malattie vengono citate la BPCO, problemi alla prostata, crollo vertebrale, dolore lombo sacrale, epilessia, mal di schiena, piede diabetico, tumore al seno e gravi insufficienze renali (dialisi).

La gravità di queste patologie è giudicata generalmente moderata o grave.

Circa altre patologie che hanno a che fare con importanti fattori di rischio cardiovascolare, su 83 casi validi, 63 partecipanti hanno affermato di *non soffrire di diabete*, 64 di non avere problemi di *obesità*, 50 di non avere elevati valori di *colesterolo* e 47 di non avere problemi di *pressione alta*.

Tra chi soffre di diabete e di obesità la gravità della patologia è risultata abbastanza equi - distribuita fra lieve e moderata-grave.

Laddove è presente un problema di pressione alta o di colesterolo elevato il problema viene giudicato più spesso lieve che moderato-grave.

Tabella 5.2 – Caratteristiche cliniche dei partecipanti (N = 85): valori assoluti e percentuali

Esperienza di infarto	No	34 (40%)
	Si, una volta	42 (49.4%)
	Si, più di una volta	9 (10.6%)
Esperienza di precedenti ricoveri	Si, per infarto	22 (25.9%)
	Si, per angina instabile	7 (8.2%)
	Si, per altri motivi	25 (29.4%)
	No, era la prima volta	31 (26.5%)
Motivo del ricovero in U.T.I.C.	Stemi	73 (85,9%)
	Nstemi	7 (8,2%)
	Angina Instabile	4 (4,7%)
	Altro	1 (1,2%)
Presenza di Diabete	Missing	2(2,4 %)
	Assente	63 (74,1%)
	Lieve	12 (14,1%)
	Moderato	6 (7,1%)
	Grave	2 (2,4%)
Presenza di Obesità	Missing	2 (2,4%)
	Assente	64 (75,3%)
	Lieve	13 (15,3%)
	Moderato	4 (4,7%)
	Grave	2 (2,4%)
Presenza di Pressione Alta	Missing	2(2,4%)
	Assente	47 (55,3%)
	Lieve	24 (28,2%)
	Moderato	11 (12,9%)
	Grave	1 (1,2%)
Presenza di Colesterolo Alto	Missing	2(2,4%)
	Assente	50 (58,8%)
	Lieve	21 (24,7%)
	Moderato	11 (12,9%)
	Grave	1 (1,2%)
Presenza di altre patologie	Missing	2 (2,4%)
	Assente	74 (87,1%)
	Lieve	1 (1,2%)
	Moderato	4 (4,7%)
	Grave	4 (4,7%)

Analisi dei dati

Le scale corrispondenti ai diversi costrutti sono state costruite attraverso la media ponderata o la somma degli item in esso inclusi. Solo per le scale costruite ad hoc è stata verificata la struttura mono o pluridimensionale attraverso un'analisi fattoriale dell'asse principale. Per tutte le scale è stata controllata la coerenza interna attraverso l'alpha di Cronbach.

Risultati

La tabella 5.3 riassume le statistiche descrittive degli indicatori di sintesi così ricostruiti.

In merito alle variabili bio-cliniche sono stati indagati i sintomi associati alla malattia cardiaca, le limitazioni ad esse conseguenti e l'aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica, ossia relativa al cambiamento degli stili di vita.

Assenza di sintomi anginosi e dispnoici

In merito ai sintomi associati alla malattia cardiaca i risultati evidenziano una scarsa presenza di dispnea. La scala va da 1 a 6, dove valori alti misurano l'assenza di tali sintomi, nell'ultimo mese. I risultati evidenziano un valore medio pari a 4.97 (DS = 1.54). Ancora più ridotta è la presenza di *angina* (M = 5.2, DS = 1.21). Concordemente anche le limitazioni ad esse conseguenti, misurate una scala da 1 a 6 dove 6 corrisponde a massima limitazione, sono mediamente valutate dai soggetti poco invalidanti (M = 2.49, DS = 1.62).

Tutti e tre le scale dei sintomi presentano alti valori di attendibilità.

Aderenza alla terapia

La coerenza della scala che misura l'aderenza farmacologica (10 item) è molto buona (.90), mentre lo stesso non si può affermare circa l'affidabilità della scala che misura l'aderenza al cambiamento degli stili di vita (5 item, alpha .47). I soggetti dichiarano mediamente di assumere con elevata aderenza la terapia farmacologica prescritta dal personale sanitario, anche se con una discreta variabilità da caso a caso (range 1-10; M = 8.13; DS = 2.11), mentre più contenuto è il cambiamento relativo agli stili di vita (range 1-6; M = 3.48; DS = 1.28).

Quanto alle variabili psico-socio-relazionale i risultati illustrano quanto segue .

Qualità di vita

Come si evince dalla lettura della tabella, i valori medi della QdV ambientale, fisica, psicologica e sociale sono giudicati dai soggetti elevati, collocandosi oltre la mediana teorica della scala (rispettivamente 4.38, 4.25, 4.24, 4.03). In merito alla variabilità dei dati, le deviazioni standard della scale oscillano fra 1.06 fino e 1.44. L'indicatore generale di qualità di vita è pari a (M = 4.16; DS = 1.07) conferma un'alta qualità di vita.

L'alpha delle diverse sottoscale è molto elevata, oscillando tra un massimo di .96 per l'indicatore generale ad un minimo di .84 per i sotto indicatori di Qd.V psicologica e Qd.V sociale.

Fiducia nella risoluzione dei problema di malattia

In merito a questo costrutto si evince che i soggetti sono mediamente fiduciosi di risolvere il problema legato alla malattia (range 1-10; M = 5.23; DS = 1.87). L'alpha della sottoscala è pari a .83, mostrando una buona coerenza interna.

Malattia come minaccia identitaria

Osservando i valori medi della scala si può affermare come mediamente i partecipanti si sentano mediamente minacciati dalla malattia (range 1-6; M = 3.25; DS = .92). L'indice di affidabilità è pari a .78, mostrando una discreta coerenza interna.

Emozioni negative associate alla malattia

Le emozioni di ansia e di tristezza sono comunque relativamente contenute, nonostante l'ampia variabilità dei dati. In una scala da 0 a 11 la tristezza si attesta, infatti, su bassissimi valori (M = 2.38; DS = 3.53), mentre leggermente più elevato, rimanendo pur sempre contenuto, è lo stato di agitazione (M = 4.19; DS = 2.71). L'elevata coerenza interna delle due sottoscale è dimostrata dagli indici di affidabilità che si attestano rispettivamente su valori pari a .90 e .91.

Strategie di coping

In merito alle tre diverse strategie di coping utilizzate dai partecipanti possiamo attestare che, in una scala da 1 a 6 dove il valore massimo corrisponde ad alto utilizzo della strategia, il coping *centrato sulla situazione* (M = 3.22, DS = 1.37) è la strategia prevalente, seguita dalla strategia di *evitamento del problema* (M = 2.70, DS = 1.18) ed infine dal coping *centrato sulle emozioni* (M = 2.52; DS = 1.14)

L'alpha si attesta su valori compresi fra .89 e .82 dimostrando una buona affidabilità delle tre sottoscale.

Sostegno sociale

In merito al sostegno sociale che i partecipanti dichiarano di ricevere dalle figure di riferimento, in una scala che va da 1 a 6, risultano centrali il sostegno sociale dei familiari (M = 5.23) seguito dal sostegno

sociale offerto da una persona elettiva ($M = 5.16$). Sono fonti di sostegno molto rilevanti anche gli infermieri ($M = 4.83$) che precedono il sostegno offerto dagli amici ($M = 4.60$). In merito alla variabilità dei dati, le deviazioni standard delle scale oscillano fra 1.12 fino a 1.61. L'alpha delle sottoscale varia da .92 a .96, dimostrando un'ottima coerenza interna dei diversi sottostrutture. Il valore medio dell'indice generale di sostegno sociale, attestandosi ad un valore pari a 4.96 ($DS = 1.12$) con un'alpha pari a .96, conferma quanto precedentemente esposto.

Soddisfazione in merito alle cure ricevute in ospedale

Infine, in merito alla soddisfazione delle cure ricevute in ospedale i partecipanti affermano che, in una scala compresa fra 1 e 6, dove valori elevati corrispondono ad alta soddisfazione essi sono particolarmente soddisfatti della *competenza* del personale ($M = 5.17$, $DS = .89$). A seguire troviamo soddisfazione circa la *professionalità* dei professionisti ($M = 4.95$, $DS = 1.09$) e dalla loro *disponibilità* ($M = 4.86$, $DS = 1.05$).

L'alpha delle tre sottoscale varia da .94 a .97, dimostrando un'ottima coerenza interna dei diversi sottostrutture .

Tabella 5.3- Indicatori di sintesi degli outcomes di salute. (N = 85): statistiche descrittive e consistenza internad elle scale e delle sottoscale (alpha di Cronbach)

	alpha	Min	Max	M	DS
QdV aspetti fisici (6 item)	.90	1.17	6.00	4.25	1.25
QdV aspetti psicologici (6 item).	.84	1.83	6.00	4.24	1.06
QdV aspetti sociali (3 item)	.84	1.00	6.00	4.03	1.44
QdV aspetti ambientali (8 item).	.89	1.25	6.00	4.39	1.09
QdV totale (25 item).	.96	1.92	6.00	4.16	1.07
Fiducia (9 item).	.83	1.22	10.00	5.23	1.87
Minaccia identitaria (10 item).	.78	1.00	5.80	3.25	.92
Sintomi dispnea (4 item)	.95	1.00	6.00	4.97	1.54
Sintomi angina (4 item)	.92	1.75	6.00	5.2	1.21
Sintomi limitazioni (4 item)	.96	1.00	6.00	2.49	1.62
Aderenza farmacologica (10 item)	.90	.00	10.00	8.13	2.11
Aderenza non farmacologica (5 item; non mi è capitato = 1)	.47	1.00	6.00	3.48	1.28
Senso di controllo sulla terapia (5 item)	.76	1.20	6.00	4.36	1.23
Coping orientato alla situazione. (7 item)	.89	1.00	6.00	3.22	1.37
Coping emotivo (7 item)	.83	1.00	5.71	2.52	1.14
Coping di evitamento. (7 item)	.82	1.00	6.00	2.70	1.18
Agitazione/ansia (11 item ; 1 = si)	.91	.00	11.00	4.19	3.53
Tristezza/ disperazione (11 item); 1 =sì).	.90	.00	11.00	2.38	2.71
Sostegno amici (4 item)	.96	1.00	6.00	4.6	1.61
Sostegno familiari(4 item)	.95	1.00	6.00	5.23	1.24
Sostegno persona elettiva (4 item)	.92	1.00	6.00	5.16	1.32
Sostegno infermieri.(4 item)	.94	1.00	6.00	4.83	1.13
Sostegno totale(16 item)	.96	1.00	6.00	4.96	1.12
Soddisfazione della competenza (5 item)	.94	2.40	6.00	5.17	.89
Soddisfazione della professionalità (4 item)	.97	1.57	6.00	4.95	1.09
Soddisfazione della disponibilità (7 item)	.95	1.71	6.00	4.86	1.05

Le correlazioni fra i costrutti della ricerca

I costrutti della ricerca sono stati quindi correlati per evidenziare pattern significativi fra le variabili di outcomes indagate. La Tabella 5.4 illustra la matrice delle correlazioni di Pearson delle variabili qui sopra illustrate.

Tabella 5.4 - Matrice delle correlazioni di Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1 QdV fisica	1																								
2 QdV psicologica	.735**	1																							
3 QdV sociali	.756**	.738**	1																						
4 QdV ambiente	.774**	.759**	.848**	1																					
5 QdV totale	.868**	.892**	.833**	.884**	1																				
6 Fiducia	.364**	.460**	.361**	.358**	.418**	1																			
7 Minacce identitarie	-.573**	-.637**	-.565**	-.492**	-.619**	-.597**	1																		
8 Assenza di	.510**	.502**	.361**	.414**	.525**	.274*	-.382**	1																	
9 Assenza di	.471**	.526**	.364**	.374**	.502**	.402**	-.550**	.699**	1																
10 Sintomi limitati	-.506**	-.497**	-.357**	-.400**	-.496**	-.366**	.621**	-.384**	-.441**	1															
11 Aderenza farmacologica	.316**	.337**	.421**	.378**	.381**	0.133	-.273*	.347**	.331**	-.0113	1														
12 Aderenza farmacologica	0.017	0.08	0.019	-0.036	0.049	-0.018	-0.032	-0.04	0.077	-0.012	.311**	1													
13 Levanthal	.590**	.602**	.547**	.490**	.581**	.492**	-.574**	.447**	.470**	-.436**	.299**	0.133	1												
14 Coping situazionale	.412**	.385**	.508**	.355**	.440**	.263*	-.482**	0.124	0.169	-.273*	0.152	0.173	.401**	1											
15 Coping emotivo	-.259*	-.410**	-.0156	-.248*	-.333**	-.402**	.397**	-.361**	-.390**	0.172	-.353**	-0.162	-.351**	0.159	1										
16 Coping di	.306**	0.203	.399**	.289**	.283**	.239*	-.260*	0.055	0.09	-0.198	0.087	-0.143	0.213	.651**	.260*	1									
17 Ansia	-.388**	-.495**	-.229*	-.297**	-.470**	-.496**	.573**	-.359**	-.457**	.350**	-.225*	-0.047	-.396**	-0.17	.634**	0.055	1								
18 tristezza	-.553**	-.601**	-.374**	-.428**	-.589**	-.445**	.588**	-.498**	-.531**	.429**	-.251*	-0.07	-.555**	-0.209	.578**	-0.072	.719**	1							
19 Sostegno familiare	.481**	.476**	.577**	.519**	.492**	.336**	-.347**	.255*	.363**	-.337**	.218*	-0.023	.398**	.373**	-0.081	.458**	-0.148	-.320**	1						
20 Sostegno psicologico	.355**	.508**	.419**	.485**	.436**	.374**	-.287**	.292**	.390**	-.288**	.278*	0.129	.408**	.254*	-0.201	.247*	-0.177	-.350**	.627**	1					
21 Sostegno psicologico	.362**	.482**	.549**	.530**	.470**	.314**	-.315**	0.164	.272*	-.247*	0.178	-0.08	.413**	.321**	-0.091	.446**	-0.145	-.305**	.688**	.685**	1				
22 Sostegno psicologico	.430**	.424**	.443**	.454**	.421**	.369**	-.310**	.297**	.307**	-.305**	0.164	0.15	.489**	.327**	-0.119	.336**	-0.119	-.336**	.668**	.516**	.488**	1			
23 Sostegno psicologico	.485**	.560**	.596**	.590**	.541**	.409**	-.374**	.295**	.395**	-.350**	.249*	0.042	.500**	.381**	-0.142	.448**	-0.175	-.386**	.902**	.832**	.852**	.777**	1		
24 soddisf. con	.509**	.505**	.489**	.476**	.523**	.295**	-.401**	.341**	.403**	-.354**	0.134	.219*	.536**	.380**	-0.096	.349**	-0.179	-.386**	.594**	.465**	.414**	.803**	.666**	1	
25 soddisf. con	.456**	.484**	.452**	.418**	.465**	.294**	-.407**	.277*	.423**	-.306**	0.158	.215*	.530**	.337**	-0.093	.312**	-0.155	-.310**	.600**	.452**	.382**	.804**	.655**	.935**	1
26 soddisf. con	.432**	.480**	.416**	.403**	.451**	.311**	-.372**	.223*	.358**	-.280**	0.083	0.194	.463**	.306**	-0.09	.263*	-0.156	-.281**	.610**	.435**	.359**	.778**	.640**	.878**	.955**

In merito alle variabili bio-cliniche i soggetti hanno dichiarato di presentare una scarsa presenza di sintomi legati all'angina e dispnea [r = .699, p < .005] e valutano le limitazioni derivanti dall'angina [r = -.441, p < .005] e dalla dispnea [r = -.385, p < .005], come scarsamente invalidanti. I soggetti si sono dichiarati mediamente aderenti alla terapia farmacologica; quest'ultima, inoltre, influisce positivamente sull'assenza di angina [r = .347, p < .005] e di dispnea [r = .331, p < .005]. I soggetti sono mediamente aderenti per quanto riguarda il cambiamento degli stili di vita [r = .331, p < .005], ad esempio come fumo, attività fisica e alimentazione. Quindi in generale possiamo dire che si tratta di soggetti che dal punto di vista bio-clinico sono compensati.

In merito alle variabili psico-sociali la fiducia nell'affrontare la malattia si correla positivamente con la qualità della vita percepita; in modo particolare i soggetti che mostrano una maggior fiducia nella risoluzione del problema di malattia mostrano anche un altrettanto maggiore percezione di buona qualità della vita totale [r = .418, p < .005] e psicologica [r = .460, p < .005]. Quest'ultima si correla negativamente con la minaccia identitaria [r = -.619, p < .005], l'ansia [r = -.470, p < .005] e la tristezza [r = -.589, p < .005]; allo stesso modo anche la qualità della vita psicologica si correla negativamente con minaccia identitaria [r = -.637, p < .005], l'ansia [r = -.495, p < .005] e la tristezza [r = -.601, p < .005]. I soggetti che dichiarano di avere un senso elevato di controllo della terapia presentano anche una percezione della qualità della vita psicologica [r = .602, p < .005] e totale [r = .581, p < .005] maggiore. I soggetti che utilizzano strategie di coping orientati alla situazione problematica presentano una qualità della vita totale maggiore [r = .440, p < .005]. La qualità della vita, inoltre, soprattutto legata

all'ambiente fisico, correla positivamente con sostegno totale [$r = .596, p < .005$] e quello ricevuto da amici [$r = .577, p < .005$] e da una persona di fiducia [$r = .549, p < .005$]. Pertanto, il soggetto che è particolarmente supportato da amici o da persone di fiducia o comunque in generale, percepisce una qualità della vita, soprattutto rispetto alla dimensione - ambiente fisico - maggiore.

Incrociando le variabili cliniche e psico-sociali, emergono dati interessanti. La qualità totale di vita è correlata positivamente all'assenza di angina [$r = .502, p < .005$] e di dispnea [$r = .525, p < .005$], e al controllo in merito alla terapia [$r = .581, p < .005$].

Un aspetto molto interessante è che il senso del controllo circa la terapia, è positivamente correlato sia al supporto sociale totale ricevuto, [$r = .500, p < .005$], soprattutto dagli infermieri [$r = .489, p < .005$], sia dalla soddisfazione in merito alle cure ricevute, ovvero la competenza, [$r = .536, p < .005$], la professionalità [$r = .530, p < .005$], e la disponibilità del personale infermieristico [$r = .463, p < .005$]. Il sostegno dei familiari è correlato positivamente con l'assenza della dispnea [$r = .292, p < .005$] e angina [$r = .390, p < .005$] e anche con il senso di controllo della terapia [$r = .408, p < .005$]. Il sostegno di una persona di fiducia è correlato positivamente con la strategia di coping esitamento [$r = .446, p < .005$]. Il sostegno degli infermieri è correlato positivamente dal senso di controllo della terapia [$r = .489, p < .005$], e dalla fiducia nella risoluzione del problema malattia [$r = .369, p < .005$]; mentre è correlato negativamente con la limitazione dei sintomi [$r = -.305, p < .005$]. L'indice generale è invece correlato positivamente alla fiducia [$r = .409, p < .005$] e al senso di controllo della terapia [$r = .500, p < .005$]. Anche la fiducia nella risoluzione del problema di malattia si correla fortemente e negativamente con la minaccia dell'identità [$r = -.597, p < .005$] e positivamente con il senso di controllo della terapia [$r = .492, p < .005$] e il sostegno sociale totale proveniente da amici [$r = .336, p < .005$], familiari [$r = .374, p < .005$], persone di fiducia [$r = .314, p < .005$] e personale infermieristico [$r = .369, p < .005$]. Le minacce identitarie, si correlano negativamente con l'assenza del sintomo soprattutto - angina - [$r = -.550, p < .005$], e con il senso di controllo sulla terapia [$r = -.574, p < .005$]; mentre si correla positivamente con le limitazioni derivanti dai sintomi [$r = .621, p < .005$], con la tristezza [$r = .588, p < .005$] e l'ansia [$r = .533, p < .005$]. Il sentimento di tristezza è sollecitato dalla presenza di angina [$r = -.531, p < .005$] e di dispnea [$r = .498, p < .005$].

La limitazione dei sintomi si correla negativamente con il senso di controllo della terapia [$r = -.436, p < .005$] e negativamente con il sentimento di tristezza [$r = -.555, p < .005$].

L'aderenza farmacologia si correla positivamente con l'assenza dei sintomi - dispnea [$r = .347, p < .005$] e angina [$r = -.331, p < .005$]. Mentre l'aderenza non farmacologia si correla positivamente soltanto con l'aderenza farmacologia [$r = .311, p < .005$]. Il senso di controllo della terapia è correlato

positivamente con l'aderenza farmacologia [$r = .299, p < .005$], mentre è correlato negativamente con le minacce d'identità [$r = -.574, p < .005$] e con le limitazioni derivanti dai sintomi [$r = -.436, p < .005$]. Rispetto alle strategie di coping, quella legata alla situazione, si correla positivamente al senso di fiducia nella risoluzione di malattia [$r = .239, p < .005$] e negativamente con le minacce identitarie [$r = -.260, p < .005$]. Situazione opposta si osserva rispetto al coping emotivo. La tristezza è correlata positivamente con la minaccia identitaria [$r = .588, p < .005$], e con la limitazione conseguenti ai sintomi [$r = -.429, p < .005$], negativamente con la fiducia [$r = -.445, p < .005$] e l'assenza dei sintomi, dispnoici [$r = -.498, p < .005$] e angina [$r = -.531, p < .005$].

Interessanti sono anche i risultati emersi incrociando le variabili cliniche e psico-sociali con la soddisfazione delle cure ricevute. Il sostegno sociale totale ricevuto correla anch'esso fortemente con la soddisfazione delle cure ricevute in ospedale, in particolare rispetto alle competenze degli infermieri [$r = .666, p < .005$], a seguire alla professionalità [$r = .655, p < .005$] e infine alla disponibilità degli infermieri [$r = .640, p < .005$]. I sottocostrutti della soddisfazione sono correlati con tutti i sottocostrutti del sostegno sociale, in modo particolare l'indice generale della soddisfazione correla positivamente con la qualità delle cure infermieristiche in termini di competenze [$r = .803, p < .005$], professionalità [$r = .804, p < .005$] e disponibilità degli infermieri [$r = .778, p < .005$]. I partecipanti con assenza di angina dichiarano di avere ricevuto una qualità delle cure da parte del personale infermieristico, sempre rispetto alle tre dimensioni quali competenza [$r = .403, p < .005$], professionalità [$r = .423, p < .005$] e disponibilità [$r = .358, p < .005$]. La soddisfazione delle cure ricevute dall'infermiere, inoltre, si correla positivamente anche con il senso di controllo della terapia; i partecipanti, infatti, che dichiarano di essere stati assistiti da personale infermieristico competente [$r = .536, p < .005$], con alta professionalità [$r = .530, p < .005$] e disponibilità [$r = .463, p < .005$], presentano un maggior senso di controllo alla terapia.

Conclusioni

L'obiettivo dello studio era quello di verificare se gli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) delle persone con SCA potessero essere implementati attraverso l'adozione di un modello narrative integrato da parte del personale infermieristico ad esse dedicato. Non è stato possibile, tuttavia, valutare completamente questo obiettivo poiché, per ragioni legate alle necessità istituzionali di questo lavoro, abbiamo rilevato solo gli outcomes di salute dei pazienti assistiti con il modello tradizionale. La conclusione della formazione agli infermieri avvenuta soltanto un paio di mesi fa, non ci consente ad oggi di valutare in modo attendibile gli esiti del loro operato all'interno del reparto. Il

disegno della ricerca prevede, infatti, tale valutazione a distanza di almeno ¾ mesi dalla loro formazione, dopo avere riverificato la loro adesione al nuovo modello assistenziale. . Pertanto, è stato qui possibile valutare gli outcomes di salute soltanto in merito al gruppo di pazienti che hanno avuto, durante il loro ricovero in UTIC, un'assistenza erogata sulla base di un modello di tipo tradizionale. Si tratta di 85 partecipanti che erano stati ricoverati presso l'U.T.I.C, e a cui è stato somministrato il questionario in occasione della prima visita di controllo. Per la maggior parte dei pazienti si tratta di pazienti sposati e conviventi e per i più anziani sono risultati anche vedovi. Solo 20 partecipati dichiarano di vivere da soli. Sono persone con una istruzione medio-basso e la maggior parte non ha un lavoro retribuito. Il 60 % dei soggetti ha avuto un infarto e la maggior parte di essi di tipo STEMI: Quanto alla co-morbilità, raramente presente, e laddove presente la gravità della patologia viene giudicata di un livello medio-moderato.

In merito alle variabili bio-cliniche i soggetti hanno dichiarato di presentare una scarsa presenza di sintomi legati all'angina e dispnea e valutano le limitazioni ad essi conseguenti, come scarsamente invalidanti. I soggetti si sono dichiarati mediamente molto aderenti per quanto riguarda la terapia farmacologica e solo mediamente aderenti per quanto riguarda il cambiamento degli stili di vita (fumo, attività fisica, alimentazione). Quindi in generale possiamo dire che si tratta di soggetti che dal punto di vista bio-clinico sono compensati.

Quanto agli outcomes di natura psico-socio-relazionale, possiamo subito evidenziare che la qualità della vita è considerata elevata in tutti gli ambiti, anche se l'ambito sociale è quello meno soddisfacente. I soggetti sono mediamente fiduciosi di risolvere il problema legato alla malattia cardiaca, ma allo stesso tempo si sentono mediamente minacciati dalla malattia. Circa le emozioni, possiamo affermare che i partecipanti si sentono poco tristi, ma leggermente più ansiosi. La strategia di coping prevalentemente utilizzati da questi partecipanti è il coping centrato sulla situazione, mostrando quindi una buona capacità di far fronte all'evento avverso. I soggetti si sentono mediamente molto sostenuti dai familiari e da una persona di fiducia. Importante risulta anche il sostegno offerto dall'infermiere che trova riscontro nell'elevata soddisfazione che i soggetti riportano in merito alle cure ricevute in ospedale. A tale proposito, è interessante rilevare che i partecipanti sembrano più soddisfatti degli aspetti legati alla competenza che e alla professionalità del personale, ma meno rispetto alla disponibilità.

Circa le correlazioni possiamo evidenziare la presenza di due pattern principali prevalenti di associazioni: il primo vede correlati la qualità della vita, al sostegno sociale, la soddisfazione delle cure e la fiducia nella risoluzione del problema di malattia accompagnato da una strategia di coping

prevalentemente orientato alla situazione; questo pattern di variabili vede correlati anche l'aderenza farmacologica e l'assenza di sintomi – angina – e – dispnea .

Un secondo pattern di variabili vede invece correlate la minaccia identitaria provocata dalla malattia, la mancanza di aderenza farmacologica, i sentimenti di ansia, di tristezza e il coping basato sulle emozioni e con la presenza di sintomi anginosi e limitazioni dovuti a questi sintomi.

Discussione

Dai risultati emerge chiaramente il ruolo determinante del professionista infermiere nell'assistenza ai pazienti che presentano una SCA. La qualità delle cure, infatti percepita dai partecipanti deriva soprattutto dalla professionalità, dalle competenze e dalla disponibilità che i professionisti infermieri erogano nel loro operato. Ancora una volta si viene a confermare uno scenario in cui il rapporto di fiducia che si viene ad instaurare tra infermiere-paziente risulta importante per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Possiamo quindi ipotizzare, anche se l'analisi si attesta a un livello correlazionale e non predittivo, che il sostegno sociale offerto non solo dalla cerchia intima e familiare del paziente, ma anche dal supporto infermieristico, aiuti le persone ad avere un livello di qualità di vita migliore. Anche la soddisfazione in merito alle cure ricevute in ospedale è particolarmente correlata al cambiamento delle abitudini di vita che il paziente con malattie cardiovascolari deve affrontare, incrementando la fiducia nella risoluzione del problema di salute ed il senso di controllo sul trattamento terapeutico prescritto.

Conclusioni

La presente ricerca aveva come obiettivo generale quello di testare l'efficacia di un modello assistenziale che utilizza la narrazione rispetto ad un modello assistenziale tradizionale, nel quale l'approccio narrativo non è previsto. In particolare, l'obiettivo era quello di verificare se l'adozione di un modello assistenziale "integrato", da parte dei professionisti infermieri dell'Unità di Terapia Intensiva Coronaria (U.T.I.C.) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, modificasse gli outcomes di salute sia bio-clinici che psico-socio-relazionali del paziente con Sindrome Coronaria Acuta (SCA): infarto del Miocardio Acuto ST sopraslivellato (STEMI), infarto del miocardio non ST sopraslivellato (NSTEMI) e angina instabile (AI). L'interesse a considerare il paziente con SCA, quale attore principale di questa ricerca, è stato dettato dal fatto che le malattie cardiovascolari e, quindi, anche la SCA, rappresentano nel nostro paese la prima causa di morte nella popolazione (Linee Guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, 2012). Anche nel contesto di ricerca di riferimento (U.T.I.C.), la SCA è la patologia maggiormente rappresentata (56% dei casi nell'anno 2011). In tal senso, l'attenzione verso questa tipologia di paziente assume una rilevanza oltre che di carattere epidemiologico anche sociale. A sostanziare ulteriormente questo interesse è stato il fatto che nella letteratura presa in rassegna, nello specifico delle malattie cardiovascolari, sono scarse le applicazioni nella pratica assistenziale dell'approccio narrativo e, anche dove presente, è limitato all'ambito cardio-chirurgico (Lapum, Angus, Peter, Watt-Watson, 2010). Anche in altri contesti, nei quali il modello narrativo è stato applicato efficacemente come ad esempio nell'ambito oncologico (Gordon e Peruselli, 2001), psichiatrico (Kelly & Howie, 2007) e nell'ambito delle malattie degenerative (Baley & Tilley, 2002; Sander & Pedersen, 2009), non si riscontrano tentativi compiuti di valutare se e come l'applicazione dell'approccio narrativo possa migliorare l'assistenza nelle diverse fasi del processo nursing e impattare sulle condizioni di salute del paziente. Principalmente sono state queste le premesse che hanno guidato il progetto di ricerca. Questo, attraverso un disegno misto di tipo quasi sperimentale, si è articolato in tre studi consequenziali.

Lo Studio 1^a ha avuto l'obiettivo di analizzare il modello assistenziale esistente all'interno dell'U.T.I.C., al fine di valutare possibili interventi integrativi nella gestione infermieristica del paziente con Sindrome Coronaria Acuta (SCA). Il risultato atteso di questo studio era che il modello assistenziale utilizzato dai professionisti infermieri in U.T.I.C. fosse di tipo "tradizionale" ovvero orientato in senso bio-clinico piuttosto che attento agli aspetti psico-socio-relazionali.

Lo Studio, di natura descrittiva-esplorativa, si è articolato a sua volta in 2 fasi, prevedendo un approccio multi metodo.

In primo luogo, attraverso un'analisi dei documenti formali esistenti (schede infermieristiche) in U.T.I.C., si è potuto evidenziare gli elementi definenti il modello assistenziale dominante nel processo assistenziale del paziente con SCA nell'ospedale di Parma. Nelle schede infermieristiche analizzate, il numero previsto di campi bio-clinici è risultato più elevato rispetto al numero di campi psico-socio-relazionali, e anche laddove i campi erano bilanciati, la percentuale di missing nella compilazione dei campi psico-socio-relazionali è risultata elevata. Quindi, in prima istanza, i risultati hanno confermato che il modello assistenziale adottato dai professionisti infermieri in questa unità operativa era di tipo "tradizionale". Rifacendoci ai concetti teorici (Orem 1985; Marriner, 1996), una delle caratteristiche qualificanti del modello tradizionale sono, infatti, i parametri di natura clinica basati esclusivamente su una concezione di malattia come danno d'organo (disease; Giarelli, 1998). In questo modello, la fase di "accertamento" del processo nursing si basa sulla raccolta d'informazioni che indagano prevalentemente la dimensione bio-fisiologica e clinica della persona. Si tratta di informazioni oggettivabili mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica che conducono alla definizione di problemi bio-fisiologici e clinici.

La prevalenza in UTIC del modello tradizionale è stata in seconda istanza ulteriormente confermata dai risultati provenienti dall'indagine sull'agito professionale degli infermieri. Questa fase del secondo studio si era proposta di verificare se l'attenzione nella pratica assistenziale degli infermieri che lavorano in questa unità operativa, si orientasse su variabili di natura bio-clinica, psico-socio-relazionale o entrambe. Per raggiungere questo obiettivo è stato somministrato a tutti gli infermieri di reparto un questionario strutturato costruito ad hoc e contenente la richiesta di indicare quali attività, tra una lista di quelle cliniche e psico-socio-relazionali possibili, avevano messo in atto nei tre turni di una settimana presa a riferimento. Anche questi risultati hanno confermato la prevalenza di prassi orientate ad un modello assistenziale di tipo tradizionale. Gli infermieri, infatti, hanno dichiarato che nel loro operato le attività cliniche erano maggiormente praticate rispetto a quelle psico-sociali. In coerenza con il modello teorico di riferimento, l'agire dei professionisti infermieri in U.T.I.C. è risultato, quindi, impostato prevalentemente "tu cure" ovvero guidato da una prospettiva che si basa su prescrizioni cliniche, attività routinarie legate alla sola condizione bio-clinica del paziente (es. rilevazione della pressione arteriosa, esecuzione degli esami ematici, somministrazione della terapia prescritta). Anche l'attenzione alle tre fasi del Processo Nursing - accertamento, assistenza ed educazione - è risultata sbilanciata. Dai risultati, infatti, si evince che gli infermieri hanno dichiarato di avere dedicato maggior

tempo alla fase dell'assistenza clinica rispetto a quella dell'accertamento ed ancora di più a quella dell'educazione. Un altro risultato interessante che è emerso sempre in questo studio, è stato che gli infermieri, *idealmente*, nella gestione del paziente con SCA, vorrebbero dedicare maggiore attenzione agli aspetti psicologici e relazionali del paziente (es. alterazione dell'umore, ansia, paura del futuro, minaccia del proprio benessere, paura di morire), anche se non praticati attualmente.

In sintesi, i risultati di questo primo studio hanno confermato che il modello assistenziale tradizionale utilizzato dagli infermieri dell'U.T.I.C., era di tipo *tradizionale*. Questo risultato, sostanzialmente, riflette quella che è la tendenza prevalente citata dalla letteratura nazionale: infatti, ad oggi in Italia, il modello assistenziale infermieristico prevalente è, appunto, quello di tipo *tradizionale*, in cui il metaparadigma del nursing si connota secondo una logica specifica: *la persona* assume il significato di dimensione biologica, *l'ambiente*, è inteso come contesto clinico (ospedale) fisico e oggettivo, la *malattia* è intesa come disease e la *salute* è come assenza di danno biologico a organi, cellule e tessuti (Calamandrei 2003, Ferrieri & Lodispoto, 2001, Mauri & Tinti, 2006).

Alla luce di questo risultato è stato quindi possibile progettare la seconda parte della ricerca, finalizzata a potenziare, nella presa in carico del paziente con SCA nell'UTIC di Parma, l'aspetto del "care" che si basa, invece, su una prospettiva del prendersi cura e che considera anche la dimensione psico-socio-relazionale dell'assistenza (es. ascolto attivo, significati di malattia attribuiti dal paziente, comprensione delle relazioni sociali). Inoltre, poiché rispetto alle fasi del Processo Nursing quella dell'educazione era risultata maggiormente carente nell'operato professionale, il secondo studio ha cercato in particolare di potenziare questo aspetto. Occorre comunque evidenziare che anche questa carenza riflette i risultati della letteratura presa in rassegna: le poche ricerche che hanno infatti esplorato l'utilizzo della narrazione come processo per lo sviluppo delle conoscenze dell'infermiere nel processo di nursing l'hanno rilevata soprattutto nella fase di accertamento (Mattingly, 1994; Monk et al. 1997; Launer, 2002; Brody, 2003; Sakalys, 2003; Charon, 2004; McLean, 2004; Shapiro et al., 2006; Bucci, 2006; Aloï, 2009) e di assistenza (McCance, McKenna & Boor 2000; Wilcock et al. 2003; Giarelli et al., 2005; Torjuul, 2005; Kelly & Howie, 2007) e molto meno nella fase di educazione alla persona (Ziebland & Herxheimer, 2008, Overcash, 2003). Anche le Linee Guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (2012) suggeriscono che la fase dell'educazione, ritenuta imprescindibile nell'agito professionale dell'infermiere, necessiti di essere sviluppata in maniera mirata, in modo particolare per i pazienti che presentano malattie cardiovascolari.

Lo Studio 2^a ha quindi avuto come obiettivo quello di implementare un percorso formativo per gli infermieri dell'U.T.I.C. orientato all'attuazione di un modello assistenziale "narrative nursing integrato". Tale studio si è articolato a sua volta in 5 fasi consequenziali, prevedendo un approccio di tipo multi metodo.

Il primo studio ha voluto analizzare il fabbisogno formativo degli infermieri. I risultati, derivanti soprattutto dalle interviste con i professionisti infermieri, hanno infatti messo in evidenza gli elementi necessari per poter arricchire il modello tradizionale, attualmente in uso e quindi trasformarlo in un modello narrative nursing integrato. In tal senso, a supporto dei risultati emersi nel primo studio, i 17 infermieri inclusi in questo progetto di ricerca hanno dichiarato l'importanza di garantire, al paziente che presenta una SCA, un'assistenza multidisciplinare e multidimensionale che integrasse gli aspetti non soltanto clinici, ma anche relazionali, psicologici ed educativi e che si sostanziasse, quindi, nella presa in carico globale della persona. Gli aspetti clinici e psico-socio-relazionali che sono emersi dai risultati di quest'analisi del contenuto tematico, sono pressoché sovrapponibili a quelli riscontrati in letteratura e fanno riferimento ai fattori di rischio cardiovascolari "classici" (dislipidemia, fumo, ipertensione, diabete, obesità) e "additivi" (sedentarietà e fattori di rischio psicosociali – alterazione dell'onore, ansia, paura, minaccia del proprio benessere, paura dei cambiamenti – fattori di non aderenza farmacologica).

Un altro dato interessante che è emerso dall'analisi delle interviste fa riferimento alla rappresentazione del paziente con SCA che gli infermieri descrivono. Il paziente è stato illustrato come un paziente "critico" dal punto di vista clinico e "vulnerabile" dal punto di vista psicologico e relazionale. Gli infermieri hanno sottolineato che il paziente con SCA è una persona che prova sentimenti forti come la paura di morire, la paura legata al contesto ospedaliero e il senso di colpa, sentimenti che influenzano sia le relazioni sociali e sia rendono difficoltoso il raggiungimento dei risultati di salute. Gli infermieri descrivono il paziente come una persona cui bisogna dare la possibilità di raccontare la sua storia di malattia per cogliere quei significati, spesso non espressi, che essa attribuisce all'evento avverso e a tutto ciò che questo comporta nella quotidianità. Questi risultati hanno quindi trovato un particolare riscontro nel modello teorico "Narrative Nursing Integrato" in cui le persone umane sono da considerarsi realtà complesse, globali, interiori, dipendenti dal contesto e quindi irripetibili (Parse, 1998). Il metaparadigma del nursing, in questo modello, viene ad assumere una prospettiva specifica: *la persona* è intesa come portatrice di bisogni, risorse e limiti, di sentimenti ed emozioni, di idee ed interpretazioni e di cultura (Husserl, 2002), nonché come "essere in relazione" (Motta, 2004); *l'ambiente* è inteso in due modi: quello fisico, in cui l'essere umano vive ed è inserito e con cui

interagisce, e quello percepito soggettivamente, che l'essere umano costruisce nella sua esperienza e che è fatto di relazioni per lui significative (Zannini, 2001). La concezione di *salute*, in questo modello, è intesa in senso personale, multidimensionale, dinamica e relativa ed è concepita nei suoi aspetti dinamici, più che statici, poiché si caratterizza per un processo di interazione continua, sempre alla ricerca di equilibri mutevoli tra individuo e ambiente, sia di tipo relazionale che culturale (Giarelli, Maturo & Florindi, 2003). Il significato di *malattia* è strettamente legato all'evoluzione del concetto di salute che, infatti, assume un significato più ampio, in quanto prende in considerazione la componente soggettiva (*illness*) e sociale (*sickness*) che la caratterizza (Hoffman, 2002, Giarelli, 2005; Artioli & Amaducci, 2007).

Dai risultati emersi dalle interviste, dunque, il modello assistenziale tradizionale che gli infermieri riconoscono come quello da loro attualmente utilizzato, viene considerato inadeguato, in quanto trascura gli aspetti psico-socio-relazionali del paziente e si concentra prevalentemente sugli aspetti bio-clinici, pur riconoscendo che quest'ultimi sono di fondamentale importanza.

L'inadeguatezza del modello assistenziale è stata attribuita anche al fatto che non prevede l'inserimento del paziente in un percorso strutturato e di monitoraggio che vada oltre la dimissione dall'ospedale, soprattutto se si considera che la degenza media dei pazienti che presentano una patologia cardiovascolare negli ultimi anni si è ridotta drasticamente. A conferma anche dai dati emersi dalla letteratura presa a rassegna emerge, quindi, la necessità di prevedere diversi follow-up per questa tipologia di pazienti, soprattutto perché la patologia cardiovascolare, essendo considerata cronica, impone un trattamento farmacologico continuo e una costante modifica dei comportamenti e dello stile di vita. Non a caso, il garantire un supporto assistenziale continuo e mirato ad ottenere l'aderenza al trattamento è stato considerato dalla maggior parte dei professionisti di vitale importanza, in quanto va ad incidere sulla riduzione del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare. Ne consegue la necessità, evidenziata dai risultati delle interviste, di una formazione che fosse orientata a promuovere un'assistenza centrata sul paziente, attraverso l'utilizzo di un modello assistenziale multidimensionale che, contemporaneamente, considerasse le dimensioni fisiche e psico-socio-relazionali del paziente con SCA. L'idea comune degli infermieri emersa dalle interviste è stata quella di un percorso formativo che avesse l'obiettivo di sviluppare competenze distintive, non soltanto cliniche-assistenziali, ma anche psico-socio-relazionali. Infine, i risultati hanno anche messo in luce, da parte degli infermieri, un interesse alla partecipazione ad un percorso formativo e ai contenuti che lo stesso avrebbe dovuto prevedere. E' a tal proposito che sono emersi anche interessanti spunti natura metodologica, come ad

esempio la proposta di utilizzare una metodologia didattica interattiva, più che frontale, in modo che il discende avesse la possibilità di sperimentarsi nei contenuti formativi proposti.

In sintesi, quindi, i risultati di quest'analisi qualitativa, hanno prodotto un ricco patrimonio di elementi che sono stati presi in considerazione nella progettazione di un percorso formativo che aveva l'obiettivo di traghettare gli infermieri del reparto dal modello tradizionale al modello narrative nursing integrato. Questo passaggio è avvenuto attraverso un complesso processo di operazionalizzazione di tali elementi all'interno delle tre fasi del Processo Nursing che ha portato alla progettazione di un percorso strutturato assistenziale (PSA) del paziente con SCA e alla formazione dei professionisti infermieri finalizzata all'applicazione di tale percorso. In coerenza con gli assunti epistemologici che hanno guidato questa ricerca, il percorso strutturato assistenziale ha previsto come componente centrale l'applicazione del colloquio "*narrative nursing*", prevista in tutte e tre le fasi del processo assistenziale, accertamento, assistenza ed educazione. Nello specifico, i partecipanti al percorso formativo che si è realizzato nel mese di settembre 2012 sono stati formati al suo utilizzo attraverso un protocollo che prevedeva 4 colloqui della durata di circa 1 ora che dovevano coinvolgere il paziente, ed eventualmente anche i caregivers: il colloquio N. 1 era da attuarsi durante la degenza; il colloquio 2 era da attuarsi a distanza di un mese dalla dimissione; il colloquio N. 3 a 6 mesi dalla dimissione e il colloquio N. 4 a 12 mesi dalla dimissione. Il percorso strutturato assistenziale del paziente con SCA che utilizza un approccio narrativo, ha indubbiamente rappresentato un aspetto innovativo, soprattutto a livello della Regione Emilia Romagna, in cui non si sono ancora riscontrate esperienze simili. Un altro aspetto originale di questo studio è stata anche la struttura del programma formativo che è stata pensata ad hoc e costruita partendo dall'*esperienze* e dalle necessità dei professionisti infermieri, al fine di sviluppare competenze distintive in materia di assistenza al paziente con malattie cardiovascolari. Nella letteratura consultata, infatti, anche i più recenti studi in materia cardiovascolare (EUROACTION, 2012), pur prevedendo una formazione dei professionisti, non sempre avevano esplicitato i contenuti esplicitati della formazione. In altri studi i contenuti erano prevalentemente di natura clinica. Un limite comune agli studi sopra citati era che, pur prevedendo un follow-up dei pazienti, non è mai stato esplicitato il modello assistenziale utilizzato. Il *percorso formativo*, pertanto, è stato orientato a sviluppare mirate abilità professionali (es. facilitare lo sviluppo e l'instaurarsi di un rapporto di reciproca fiducia con il paziente, di accettazione empatica, basato sull'ascolto attivo e orientato allo sviluppo dell'assertività e dell'empowerment del paziente) attraverso metodologie didattiche interattive e l'utilizzo di strumenti di pratica assistenziale costruiti ad hoc, come la scheda infermieristica multidimensionale (SIM). I risultati emersi dalla valutazione delle conoscenze al termine del percorso

formativo ci hanno portato a concludere che siano state bene acquisite. Rispetto ai risultati provenienti dalla valutazione dell'evento formativo, è emerso che i partecipanti formati hanno particolarmente apprezzato le metodologie didattiche e a seguire la qualità formativa e i contenuti che rispecchiavano le ultime evidenze scientifiche in termini non soltanto clinici, ma anche psico-socio-relazionali. Un altro aspetto che i partecipanti hanno ritenuto rilevante era riferito alla struttura del percorso strutturato assistenziale. L'aspetto originale, infatti, maggiormente sottolineato dai partecipanti, è stato quello di avere utilizzato un modello assistenziale innovativo, multidimensionale e multiprofessionale che prevedeva la continuità assistenziale attraverso un protocollo di follow-up. I partecipanti, inoltre, hanno molto apprezzato lo sforzo dei formatori di strutturare un percorso assistenziale del paziente con SCA che si è sostanziato anche dell'expertise di ognuno di loro, oltre che dei bisogni del paziente con SCA emersi dalla più recente letteratura scientifica. La metodologia formativa che si è basata sulla diade *esperienza-competenza* quale guida per la formazione dei professionisti infermieri sembra, quindi, aver contribuito in gran parte all'apprendimento significativo degli stessi. La scelta, infatti, di considerare i partecipanti quali professionisti con esperienza (la maggior parte aveva un'anzianità di servizio in U.T.I.C. di 10 anni o più) dotati quindi di un proprio bagaglio professionale consolidato, al fine di sviluppare un corpus di competenze, e non solo conoscenze, è stata fortemente voluta dai formatori .

Tale dato, dal punto di vista teorico, è stata orientata anche da quanto riscontrato in letteratura, in cui è riconosciuta l'importanza dell'apprendimento basato sulle competenze poichè promuove un'autonomia di pensiero e di azione in contesti reali, articolati e in costante evoluzione come quelli sanitari (Cole, 2005). L'impostazione data al percorso formativo è stata aderente ai due modelli teorici di riferimento a cui i formatori si sono ispirati. Uno dei modelli concettuali di riferimento è stato quello andragogico, centrato sul soggetto che apprende, secondo quanto descritto da Knowles (2008). Questo modello prevede la valorizzazione dell'esperienza dei partecipanti come uno degli elementi principali dell'apprendimento significativo. I processi, inclusa la valutazione, sono espliciti, condivisi e possono subire modifiche durante il percorso formativo per adattarsi ai bisogni emergenti. Le esperienze di apprendimento sono calibrate sui bisogni individuali e di gruppo, oltre che sugli obiettivi di sistema, e si basano su casi concreti. Un secondo modello di riferimento è stato quello dell'apprendimento esperienziale, basato sulle competenze, secondo l'Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2005) Secondo questo modello, la competenza coinvolge la capacità di rispondere a richieste complesse facendo affidamento e mobilizzando risorse psicosociali (incluse le capacità e le attitudini) in un particolare contesto, promuovendo la capacità di agire in autonomia in diversi contesti. Oltre ad essere ispirata a precisi modelli teorici, la formazione

progettata ed implementata nel percorso formativo è stata sottoposta ad un processo valutativo. Questo costituisce un ulteriore merito della ricerca condotta. Infatti, seppur in letteratura la formazione venga unanimemente riconosciuta come cruciale per lo sviluppo di competenze dei professionisti sanitari utili a far fronte alle emergenti esigenze sanitarie, non si riscontrano ad oggi tentativi compiuti di valutarne la sua efficacia nella pratica assistenziale, in termini di cambiamenti comportamentali dei professionisti di contesti sanitari e ancor meno in ambito cardiovascolare.

Questo limite della letteratura, ha quindi spinto a considerare come parte dello Studio 2^a anche la rilevazione dell'agito dei professionisti infermieri a seguito della partecipazione al programma formativo e all'adozione di un percorso strutturato intensivo che, come abbiamo già spiegato, utilizza un modello narrative nursing integrato del paziente con SCA. Le attese erano quelle di rilevare differenze significative tra gli infermieri che sono stati formati e quelli la cui formazione è stata programmata per una data postuma alla rilevazione dei dati. Il questionario utilizzato per la valutazione è stato lo stesso già proposto nel primo studio per rilevare la pratica professionale degli infermieri dell'UTIC. Dai dati raccolti e riferiti in questo caso ad un solo turno lavorativo, le *attività psico-sociali* previste dal modello integrato e implementate attraverso il percorso formativo sono risultate maggiormente praticate dagli infermieri formati, rispetto agli infermieri non formati che, quindi, continuavano in quel periodo ad utilizzare un modello tradizionale d'assistenza. Anche dal confronto delle *attività cliniche* praticate dichiarate dai due gruppi di partecipanti, è emerso una differenza significativa in cui queste attività sono risultate maggiormente praticate dagli infermieri che non erano ancora stati formati. I risultati inerenti la rilevanza attribuita alle fasi del processo nursing, hanno evidenziato che il *tempo dedicato* alla fase dell'educazione dichiarata dagli infermieri che hanno partecipato al programma formativo risultava maggiore rispetto a quella dichiarata dagli infermieri non formati. Non sono invece emerse differenze significative fra i due gruppi di infermieri in merito alle fasi dell'accertamento e dell'assistenza. Anche rispetto l'*importanza* attribuita alla fase dell'educazione, risultati confermano quelli appena descritti, ovvero non sono emerse differenze in merito all'accertamento e all'assistenza, mentre per quanto riguarda l'educazione gli infermieri formati ha mostrato valori più elevati di quelli non formati. In merito all'*attenzione* dedicata agli aspetti psicologici e relazionali dell'assistenza, prevista dal modello integrato essa è risultata maggiore negli infermieri formati. Infine, sono risultate significative differenze tra i due gruppi anche rispetto all'attenzione che idealmente si vorrebbe dedicare all'assistenza del paziente con SCA. I risultati confermano, infatti, che non vi sono differenze significative in merito agli aspetti clinici e psicologici.

In sintesi i risultati dello Studio 2[^] sembrano confermare che le necessità di adottare un modello di assistenza integrato hanno trovato modo di essere soddisfatte dal percorso formativo attivato che ha effettivamente implementato le capacità degli infermieri di applicare i principi di tale modello nella loro pratica assistenziale con pazienti SCA.

Lo Studio 3[^], di natura descrittivo-correlazionale e di tipo cross-sectional costituisce l'ultimo step di questo progetto. Il suo obiettivo è stato quello di verificare se il modello narrative nursing integrato, implementato e trasferito nell'operato professionale degli infermieri formati, potesse migliorare gli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) delle persone che soffrono di SCA.

Per ragioni di tempo, nello specifico legate al fatto che la verifica dei cambiamenti negli outcomes di salute indotti dall'applicazione del modello assistenziale integrato richiedono molto più tempo di quello concesso dal percorso di questo lavoro, solo alcuni dati molto preliminari riferiti a questo obiettivo sono stati presentati. I risultati riportati, infatti, hanno potuto fare riferimento soltanto alla valutazione degli outcomes di salute (bio-clinici e psico-socio-relazionali) di pazienti con SCA assistiti con un modello assistenziale tradizionale, ad un mese di distanza dalla dimissione i cui dati sono stati rilevati attraverso un questionario strutturato composto da diverse scale e somministrato subito dopo il primo studio, cioè dopo avere verificato che il modello assistenziale prevalente in UTIC fosse quello tradizionale.

A questo studio hanno partecipato 85 soggetti che erano stati ricoverati presso l'U.T.I.C contattati in occasione della prima visita di controllo. Per la maggior parte, si tratta di pazienti sposati e conviventi che spesso non vivono soli. Sono persone con una istruzione medio-basso e la maggior parte non ha un lavoro retribuito. Il 60 % dei soggetti ha avuto un infarto e per la maggior parte di essi di tipo STEMI. Attraverso il questionario, oltre ai dati socio-anagrafici, sono state rilevate diverse variabili sia bio-cliniche che psico-socio-relazionali. In merito alle variabili bio-cliniche i partecipanti hanno dichiarato di presentare una scarsa presenza di sintomi legati all'angina e dispnea e di valutare le limitazioni ad essi conseguenti come scarsamente invalidanti. Gli stessi hanno affermato di essere mediamente molto aderenti per quanto riguarda la terapia farmacologica e solo mediamente aderenti per quanto riguarda il cambiamento degli stili di vita (es. fumo, attività fisica, alimentazione). Quindi in generale possiamo dire che si tratta di pazienti che, dal punto di vista bio-clinico, sono risultati abbastanza compensati. Quanto agli outcomes di natura psico-socio-relazionale, possiamo subito evidenziare che la qualità della vita è stata valutata come elevata in tutti gli ambiti, anche se l'ambito

sociale è risultato forse quello un po' meno soddisfacente. I partecipanti si sono dichiarati mediamente fiduciosi di risolvere il problema legato alla malattia cardiaca, ma allo stesso tempo mediamente minacciati dalla malattia. Circa le emozioni, possiamo affermare che i partecipanti si sentono scarsamente ansiosi e tristi. Le strategie di coping che prevalentemente essi hanno dichiarato di utilizzare fanno riferimento ad unostile di coping centrato sulla situazione, mostrando quindi una buona capacità di far fronte all'evento avverso. Il sostegno sociale percepito risulta, infine abbastanza buono avendo essi dichiarato di sentirsi mediamente molto sostenuti, soprattutto dai familiari e da una persona di fiducia. Importante risulta comunque anche il sostegno offerto dall'infermiere che trova riscontro nell'elevata soddisfazione che i soggetti riportano in merito alle cure ricevute in ospedale. A tale proposito, è interessante rilevare che i partecipanti hanno affermato di essere più soddisfatti degli aspetti legati alla competenza che e alla professionalità del personale, ma meno rispetto alla disponibilità.

Correlando i diversi indicatori è stato possibile evidenziare la presenza di due pattern principali prevalenti di associazioni: il primo vede correlati la qualità della vita, al sostegno sociale, la soddisfazione delle cure e la fiducia nella risoluzione del problema di malattia, accompagnato da una strategia di coping prevalentemente orientato alla situazione; questo pattern di variabili vede correlati anche l'aderenza farmacologia e l'assenza di sintomi – angina – e – dispnea. Un secondo pattern di variabili vede invece correlate la minaccia identitaria provocata dalla malattia, la mancanza di aderenza farmacologica, i sentimenti di ansia, di tristezza e il coping basato sulle emozioni; questo pattern si associa alla presenza di sintomi anginosi e limitazioni dovuti a questi sintomi.

Possiamo quindi ipotizzare, anche se l'analisi condotta è a un livello correlazionale e non predittivo, che il sostegno sociale offerto non solo dalla cerchia intima e familiare del paziente, ma anche dagli infermieri, possa aiutare le persone con SCA ad avere un livello di qualità di vita migliore. Anche la soddisfazione in merito alle cure ricevute in ospedale è particolarmente correlata al cambiamento delle abitudini di vita che il paziente con malattie cardiovascolari deve affrontare, incrementando la fiducia nella risoluzione del problema di salute ed il senso di controllo sul trattamento terapeutico prescritto.

Stiamo in questo momento somministrando lo stesso questionario ad un gruppo di pazienti ricoverati nella stessa unità operativa negli ultimi mesi con l'obiettivo, come sopra precisato, di verificare gli effetti che l'applicazione del modello integrato in UTIC, a cui nel frattempo sono stati formati tutti i 17 infermieri che hanno partecipato a questo progetto di ricerca, può avere avuto sugli outcome di salute bio-clinica e psico-socio-relazionale dei pazienti SCA trattati in questo contesto ospedaliero. Ci aspettiamo che tali effetti risultino significativi.

In conclusione, quindi, ci sembra di potere sostenere sulla base dei risultati dei tre studi sopra descritti, che nella gestione del paziente con SCA l'utilizzo del solo modello tradizionale risulta inadeguato a garantire un'assistenza globale e buoni risultati di salute anche a lungo termine. L'agire dei professionisti infermieri, sulla base di questo modello risulta, infatti, essere impostato prevalentemente verso il "cure" ovvero una prospettiva che si basa su prescrizioni cliniche, attività routinarie legate alla sola condizione bio-clinica del paziente. Mentre meno valorizzato è l'aspetto del "care" che si basa, invece, su una prospettiva del prendersi cura e che considera anche la dimensione psico-socio-relazionale del paziente (es. ascolto attivo, significati di malattia attribuiti dal paziente, comprensione delle relazioni sociali).

Rispetto alla formazione dei professionisti, una metodologia formativa che ha considerato le esperienze dei professionisti, finalizzata allo sviluppo di un core di competenze distintive nella prevenzione secondaria del paziente con SCA, è risultata appropriata a garantire un apprendimento significativo. L'esito positivo del percorso formativo ha avuto, inoltre, un altrettanto riscontro positivo sul campo in termini di competenze agite. Il modello narrative nursing integrato applicato nella pratica infermieristica è risultato aderente ai concetti teorici sottesi al modello stesso. In modo particolare, l'aspetto che più è risultato rispondente ai concetti teorici ha riguardato la dimensione di *salute*, in termini multidimensionale, di *malattia*, intesa in termini di *illness* e *sickness*, e la fase dell'*educazione* del Processo Nursing che si è concretizzata nell'aderenza terapeutica del paziente e dei caregivers e nell'attenzione particolare agli aspetti non soltanto clinici ma anche psico-socio-relazionali. Dell'assistenza.

Questi risultati, dunque, risultano particolarmente incoraggianti, anche se diversi sono i limiti che occorre tener presente, uno di questi è che i risultati legati alla rilevazione delle attività degli infermieri potrebbero essere stati "viziati" dal fatto che gli infermieri formati hanno compilato la parte delle attività del questionario a conclusione del turno in cui hanno svolto il colloquio, pertanto, le attività psico-socio-relazionali sono risultate particolarmente salienti e potrebbero avere sollecitato l'effetto dell'assimilazione. Un altro limite potrebbe derivare dalla ridotta numerosità dei partecipanti infermieri che hanno sperimentato l'adozione del modello narrative nursing integrato. Non da ultimo occorre accennare ai numerosi problemi che come in ogni metodologia di tipo quasi sperimentale si sono dovuti affrontare. Una criticità I principali problemi ad esempio sono derivati dall'impossibilità di accoppiare le risposte al pre e al post test degli infermieri al fine di garantire il loro anonimato, oppure i

ritardi nell'implementazione del progetto formativo, indipendenti dalla volontà dei ricercatori che non hanno consentito una seppure preliminare raccolta degli outcome nella fase di post-test.

Nonostante questi limiti crediamo che i risultati di questi studi rappresentino un punto di partenza significativo per aprire a nuovi spazi di ricerca e quindi a nuovi studi che vadano a supportare la validità del modello integrato in termini di qualità dell'assistenza e del miglioramento degli outcomes di salute bio-clinici e psico-socio-relazionali dei pazienti cardiopatici e non solo.

Dal punto di vista *epistemologico*, il modello integrato, basandosi su principi teorici che prendono in considerazione la multidimensionalità della persona, potrebbe essere applicato anche in altri contesti. Ad esempio nella gestione dei pazienti oncologici in cui a fianco di un'assistenza basata su evidenze (protocolli e procedure), risulta determinante la presa in carico del paziente che focalizza l'attenzione anche sugli aspetti psicologici e sociali. Anche il coinvolgimento attivo dei caregivers previsto dal modello integrato, risulta un aspetto particolarmente sostanziale, dato che è una risorsa inestimabile per il paziente. Anche nel contesto geriatrico e nelle U.O. di lungodegenza, l'approccio narrativo ipoteticamente potrebbe risultare appropriato poiché queste tipologie di pazienti, ognuna con le proprie specificità, risulta particolarmente vulnerabile ad alterazioni di natura psicologica (tristezza, alterazione dell'umore) e socio-relazionale (isolamento sociale, senso d'abbandono, minaccia d'identità). Nelle U.O. terapie intensive, invece, si potrebbero verificare le stesse criticità incontrate nella ricerca presentata e legate essenzialmente alla complessità organizzativa del contesto e che è comunque superabile attraverso una stretta collaborazione con l'equipe che vi opera.

Anche gli strumenti di progettazione assistenziale (SIM), purcostruiti ad hoc, potrebbero essere sperimentati in altri contesti, naturalmente adattandoli alle specificità dei casi.

Dal punto di vista *metodologico*, l'approccio narrativo, in questa ricerca utilizzato principalmente come metodologia assistenziale orientata alla conoscenza, alla comprensione delle esperienze di malattia e ai vissuti del paziente, potrebbe essere utilizzato anche come tecnica d'indagine qualitativa da confrontare con uno strumento quantitativo. Questo aspetto andrebbe ad indagare un'area poco esplorata dagli studi scientifici.

Dal punto di vista *formativo*, il modello e i metodi utilizzati potrebbero essere validati testandoli anche nella formazione di altri professionisti appartenenti a contesti diversi e con specificità diverse. In ultimo, ma non per importanza, questa ricerca potrebbe accrescere la consapevolezza e abbattere i timori che ancora oggi vengono più o meno consapevolmente che associati alla valutazione delle ricadute della formazione nella pratica sanitaria.

Bibliografia

- Ades PA. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The New England journal of medicine*. 345, 892-902.
- Aguilar D., et al. (2004). Newly diagnosed and previously known diabetes mellitus and 1-year outcomes of acute myocardial infarction: The valsartan in acute myocardial infarction (valiant) trial. *Circulation*. 110, 1572-1578.
- Akerstedt T. (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 32(6), 493–501.
- Alessandrini G.,(2001). *Risorse umane e new economy: formazione e apprendimento nella società della conoscenza*, Carocci: Roma.
- Aloi, J.A. (2009). The nurse and the use of narrative: an approach to caring. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 711-715.
- Alvaro, Amato, Barbato, Bozzi, Petrangeli, Rocco, Sasso. (2007). *Strategie sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche*, Società Ed. Universo.
- Amodeo R. et al. (2009). How to increase patient knowledge of their coronary heart disease: impact of an educational meeting led by nurses. *G Ital Cardiol.*, 10(4), 249-55.
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., Macera, C., Eaker, E., Glasman, A., et al. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U. S. adults. *Epidemiology*, 4, 285-294.
- Ardigò. (1997). *Salute e Società*, FrancoAngeli, Milano, 95.
- Artioli G., Amaducci G. (2007). *Narrare la malattia. Nuovi strumenti per la professione Infermieristica*. Roma: Carocci Faber.
- Baigent et al. (2010). A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 376, 1670-1681.
- Bailey P. H. & Tilley S. (2002). Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (6), 574-583.
- Balady GJ. et al. (2005). The felodipine event reduction (fever) study: A randomized long-term placebo-controlled trial in chinese hypertensive patients. *Journal of hypertension*. 23, 2157-2172.
- Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., Williams, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physician. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 66(6), 802–813.

- Bartnik M. (2005). *Glucose regulation coronary artery disease. Studies on prevalence, recognition and prognostic implications*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Barzi F., et al. (2003). Mediterranean diet and all-causes mortality after myocardial infarction: Results from the gissi-prevenzione trial. *European journal of clinical nutrition*. 57, 604-611.
- Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. (2003). Description of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine*. 1(1),15–21.
- Belardinelli R., et al. (2001). Exercise training intervention after coronary angioplasty: The etical trial. *Journal of the American College of Cardiology*. 37, 1891-1900.
- Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 30(2), 85–128.
- Benner P. (2003). *L'eccellenza della pratica clinica dell'infermiere, l'apprendimento basato sull'esperienza*. Ed. It. A cura di Calamandrei, C. & Rasero, L. Milano: MCgRAW-Hill.
- Berkman LF, Blumenthal JA, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. (2005). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICHD). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD). *JAMA*. 289, 3106-3116.
- Berkman LF, Leo-Summers L, Horowitz RI. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med*. 117, 1003-1009.
- Bert, G. (1974) . *Il medico immaginario e il malato per forza*. Milano: Feltrinelli.
- Bertolotti G, Balestroni G, Maiani G, Zotti AM. (1989). Psychosocial responses to disease stimuli: preliminary findings. *Eur Respir J Suppl*. 7, 660s-662s.
- Blumenthal JA, Newman M, Babyak MA, Lett HS, Mark D. (2003). Depression as a risk factor for a mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*. 362, 604-09.
- Briggs J. (2010). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Nurs Health Sci.*, 1;12(3), 288-91.
- Brown N, Melville M, Gray D. et al. (1999). Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. 81,352-358.
- Bruner J. S. (1986). *Actual Minds, possible worlds*. Cambridge: University of California Press; trad.it. (1988). *La mente a più dimensioni*. Roma: Laterza.
- Bucci R. (2006). *Manuale di Medical Humanities*. Roma: Zading.
- Buckley T. et. Al. (2007). The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 6, 105–111.

- Burr ML. (2007). Secondary prevention of chd in uk men: The diet and reinfarction trial and its sequel. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 66, 9-15.
- Bury M. (2005). *Health and Illness*. London: Polity.
- Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, Thombs BD, Ford DE, Fauerbach JA, McCann UD, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel AL, Feuerstein CJ, Bass EB. (2005). *Post-myocardial infarction depression. Summary. Evidence Report/Technology Assessment No. 123*. AHRQ Publication No. 05-E018-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Calamandrei C. (2003). Riflessioni sull'infermieristica e sulla scienza infermieristica. *Nursing oggi*, 3,16-24.
- Capano G. (2002). Processo di politica pubblica. *Dizionario di Politiche Pubbliche*, Carocci, Roma. 343-350.
- Carin, Alm-Roijera. Et al. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 321– 330.
- Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, Freedland Berkman LF, Watkins LL, Czajkowski SM, Haynan AS. (2003). Depression as a risk factor for mortality after myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 92, 1277-81.
- Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*. 53, 897-902.
- Carpenito, Moyet LJ (2006) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. 3^a edizione, Casa Editrice Ambrosiana.
- Case RB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S. (1992). Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. *JAMA*. 267, 515-519.
- Castelli WP, Anderson K, Wilson PW, Levy D. (1992). Lipids and risk of coronary heart disease. The framingham study. *Annals of epidemiology*. 2; 23-28.
- Catheterization and cardiovascular interventions. *Official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*. 67, 563-570.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine. Form, Function and Ethics. *Annals of internal medicine*, 134(1), 83-87.
- Charon, R. (2004) Narrative medicine. *The new england journal of medicine*, 350, 862-864.
- Chummum, H., Gopaul, K. & Lutchman, A. (2009). Current guidance on the management of acute coronary syndrome. *Br J Nurs*. 9;18(21), 1292-8.

- Cipolla, C. & Cipolla, S. (1997). *La sociologia di Roberto Ardirò*. Milano: Franco Angeli.
- Cohen S, Williamson G. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Cohen S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*. 59(8), 676–684.
- Cole D, Johnson J, Bondy S. *Core competencies for public health epidemiologists in Ontario*. University of Toronto; 2005.
- Colivicchi F., et al. (2010). Secondary cardiovascular prevention after acute coronary syndrome in clinical practice. *G Ital Cardiol (Rome)*. 11, 3S-29S.
- Collière, M. F. (1992). *Aiutare a vivere*. Milano: Sorbona, 129-130.
- Compare A, Manzoni M, Molinari E, Moller A. (2007). *Personalità di Tipo A e di Tipo D, rabbia e rischio di recidiva cardiaca*. In E. Molinari, A. Compare & G.Parati (Eds.), *Mente & Cuore*. Clinica psicologica della malattia cardiaca Milano Springer. 135-161.
- Conway TL, Vickers RR, Ward HW, Rahe RH. (1981). Occupational stress and variation in cigarette, coffee, and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behavior*. 22(2), 155–165.
- Craven R.F. & Hirle C.J. (2004). *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Milano: Ambrosiana.
- Critchley JA. , Capewell S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 290, 86-97.
- Crowe JM, Runions J, Ebbesen LS et al. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*. 25, 98-107.
- Das SR., et al. (2011). Impact of body weight and extreme obesity on the presentation, treatment, and in-hospital outcomes of 50,149 patients with st-segment elevation myocardial infarction results from the ncd (national cardiovascular data registry). *Journal of the American College of Cardiology*. 58, 2642-2650.
- Denollet J, Schiffer AA, Spek V. (2010). A general propensity to psychological distress affects Cardiovascular Outcomes. Evidence from research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 3, 546-557.
- Denollet J. (1991). Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosomatic Medicine*. 53, 538-556.
- Denollet J. (1994). Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*. 56, 463-474.

- Denollet J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*. 11, 343-357.
- Denollet J. (1998). Personality and risk of cancer in men with coronary heart disease. *Psychol Med*. 28, 991-995.
- Denollet J. (2000). Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*. 49, 255-266.
- Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., et al. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*. 347, 417-421.
- Dew MA. (1998). Psychiatric disorder in the context of physical illness. In: Dohrenwend BP, editor. *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press. 177–218.
- Di Stanislao, Bacchielli. (2009). *La formazione degli operatori sanitari*, Rapporto Fondazione Smith Kline.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. (2000). Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*. 160(14), 2101–2107.
- DiMatteo MR. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 42(3), 200–209.
- Doerfler LA, Paraskos JA. (2005). Post-traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease: screening and management implications. *Can J Cardiol*. 21, 689-97.
- Dowson C, Laing R, Barraclough R, Town I, Mulder R, Norris K, Drennan C. (2000). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *N Z Med J*. 144(1141), 447-9.
- Eisenberg, (1981). Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ESC Clinical Practice Guidelines on CVD Prevention in clinical practice (2007). *EHJ*, 28, 2375-2414.
- EUROASPIRE Study Group (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 14,373(9667), 929-40.
- Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J. et al. (1996).

Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*. 58, 113-121.

F. Lucidi, F. Alivernini, A. Pedon. (2008). *Metodologia della ricerca qualitativa*. Bologna, il Mulino.

Farber, E. W. et al. (2005). Meaning of illness and psychological adjustment to HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44, 485-491.

Ferrieri, G., Lodispoto, A. (2001). *Cento modi per guarire*. Milano: Mondadori.

Fink AK, Gurwitz J, Rakowski W, Guadagnoli E, Silliman RA. (2004). Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor—positive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 22(16), 3309–3315.

Fox KM. (2003). Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: Randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the European study). *Lancet*. 362, 782-788.

Frasure-Smith N, Lespérance F, Ginette G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 101, 1919-24.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology*. 14, 388-398.

Frasure-Smith N., Lesperance F. (2005). Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosomatic Medicine*. 67Supplement(1), S19–S25.

Fredericks, S. et al. (2010). Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 930–937.

Friedman M, Rosenman RH. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *JAMA*. 169, 1286-1296.

G. Quaglino, G. Carrozzi. (2003). *Il processo formativo*. Milano, Franco Angeli.

G. Quaglino, Raffaello Cortina (2005). *Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi*. Milano.

Gaede P., et al. (2003). Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *The New England journal of medicine*. 348, 383-393.

Gallo LC, Smith TW, Kircher JC. (2000). Cardiovascular and electrodermal responses to support and provocation: interpersonal methods in the study of psychophysiological reactivity. *Psychophysiology*. 37, 289-301.

- Gangemi et al. (2006). *Narrazione e prova di efficacia in pediatria*. Roma: Il pensiero scientifico.
- Garro & Mattingly, C. (2000). *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley: University of California Press.
- Gerber Y. et al. (2009). Smoking status and long-term survival after first acute myocardial infarction a population-based cohort study. *Journal of the American College of Cardiology*. 54, 2382-2387.
- Giada F., et al. (2007). Consensus statement of multisocietary task force--prescription of physical exercise in the cardiological environment (first part). *Monaldi archives for chest disease*. 68, 13-30.
- Giarelli G. (1998). *Sistemi Sanitari .Per una teoria sociologica comparata*. Milano: Franco angeli.
- Giarelli G. et al. (2005). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze. L'integrazione possibile*. Milano: Franco Angeli.
- Giarelli, G., Maturo, A., & Florindi, S. (2003). *Il malessere della medicina: Un confronto internazionale*. Milano: F. Angeli.
- Glantz SA et al. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: Meta-analysis of cohort studies. *Archives of internal medicine*. 160, 939-944.
- Godtfredersen I., Prescott E. (2003). Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in denmark 1976-1998: A pooled cohort study. *Journal of epidemiology and community health*. 57, 412-416.
- Gonzal, B. et al. (2005). Vicente Valle Patient's education by nurse: What we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 107-111.
- Good, B. J., Del Vecchio Good M. J. (2005). *Il significato dei sintomi: un modello ermeneutica culturale per la pratica clinica*, in Giarelli et al., 15-34.
- Good, B. J. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Gordon M. (1992) *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSES.
- Gordon M. (1994). *Nursing Diagnosis Process and Application*. St. Louis, Mosby.
- Gordon M. (1998) Nursing Nomenclature and Classification System Development, *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Gordon, D. & Peruselli, C. (2001). *Narrazione e fine della vita. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita della morte*. Milano: Franco Angeli.
- GOSPEL study (2008). Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 10,168(20), 2194-204.

Habermas, *La condizione intersoggettiva*, Laterza, Bari, 2007.

Hambrecht R., et al. (2004). Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: A randomized trial. *Circulation*. 109, 1371-1378.

Hamm CW, et al., (2011). Esc guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent st-segment elevation: The task force for the management of acute coronary syndromes (acs) in patients presenting without persistent st-segment elevation of the european society of cardiology (esc). *European heart journal*. 32, 2999-3054.

Hammen C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1, 293–319.

Hardy JD, Smith TW. (1988). Cynical hostility and vulnerability to disease: social support, life stress, and physiological response to conflict. *Health Psychology*. 7, 447-459.

Havik OE, Maeland JG. (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*. 34, 271-285.

Hemingway H, Marmot M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 318, 160-1467.

Hermann C, Brand-Driehorst S, Buss U, Ruger U. (2000). Effect of anxiety and depression on five-years mortality in 5,057 patients referred for exercise testing. *J Psychosom Res*. 48, 455-62.

Hickman I, Newton, P., Halcomb, E.J., Chang, E. & Davidson, P. (2007). Best practice interventions to improve the management of olders people in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*. 60(2), 113-126.

Hippisley-Cox J, Fielding K, Pringle M. (1998). Depression as a risk factor for ischemic heart disease in men: population based case-control study. *Brit Med J*. 316, 1714-1719.

Hoffman, B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *Journal of medicine and Philosophy*. 6, 651-673.

Hoffmann A, Pfiffner D, Hornung R, Niederhauser H. (1995). Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. *Coronary Artery Disease*. 6(2), 147–152.

Holst, M. et al. (2007). Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 153-9.

Hubert HB., et al.(1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26-year follow-up of participants in the framingham heart study. *Circulation*. 67, 968-977.

Husserl, E. (2002). *Idee per una fenomenologia pura*. Torino: Einaudi.

- Idler, E.L. (1982). *Salute, malattia e sociologia sanitaria* ed. it. in “Sapere” feb-mar in A. Ardigò op. cit. pag. 198.
- IOM (Institute of Medicine). (2001). *Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and societal influences*. Washington, DC: National Academy Press.
- Januzzi JLJ, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 160, 1913-1921.
- Jensen MK., et al. (2008). Obesity, behavioral lifestyle factors, and risk of acute coronary events. *Circulation*. 117, 3062-3069.
- Jerant AF, Friedrichs-Fitzwater MM, Moore M. (2005). Patients’ perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*. 57(1), 300–307.
- Johansson, P., Ulf dahlstro, M. & Brostro, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 5-15.
- Jorgensen RS, Thibodeau R. (2007). Ostilità e cardiopatia. In E. Molinari, A. Compare, G. Parati (Eds.), *Mente & Cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Milano: Springer. 163-180.
- Kadakia MB., et al. (2011). Central obesity and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndrome: Observations from the merlin-timi 36 trial. *Heart*. 97, 1782-1787.
- Kaplan GA, Keil JE. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*. 88, 1973-1998.
- Kaplan GA, Wilson TW, Cohen RD, Kauhanen J, Wu M, Salonen JT. (1994). Social functioning and overall mortality: prospective evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Epidemiology*. 5, 495-500.
- Karasek RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*. 71, 694-705.
- Katon WJ. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. 54(3), 216–226.
- Kawach I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging study. *Circulation*. 94, 2090-2095.
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*. 90, 2225-2229.
- Kelly, T., Howie, L. (2007). Working with stories in nursing research: procedures used in narrative analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 136-144.

- Kessler RC. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*. 48, 191–214.
- Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B. & Holle, R. (2010). Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatr.*, 27; 10-29.
- Knowles M, Holton EF, Swanson RA, *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli; 2008.
- Krantz DS, McCeney MK. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*. 53, 341–369.
- Krishnan KR, Delong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, McDonald W, Dew MA, Alexopoulos G, Buckwalter K, Cohen PD, Evans D, Kaufmann PG, Olin J, Otey E, Wainscott C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biological Psychiatry*. 52(6), 559–588.
- Kubzansky LD, Kawachi I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res*. 48, 323-37.
- Kubzansky, L. D., Davidson, K. W., & Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *J Psychosom Med*. 67(1).S10-4.
- Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. (1998). Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med*. 20, 47-58.
- L. Mortari (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma, Carocci.
- Lachar BL. (1993). Coronary-prone behavior. Type A behavior revisited. *Tex Heart Inst J*. 20, 143-151.
- Lane D, Carroll D, Ring C & et al. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*. 63, 221-230.
- Lane D., Carrol D., Lip GY. (1999). Psychology in coronary care. *QJM*. 92, 425-431.
- Lapum, J., Angus, J.E., Peter E., Watt-Watson, J. (2010). Patient's narrative accounts of open-heart surgery and recovery: authorial voice of technology. *Social Science & Medicine*, 70, 754-762.
- Launer, J. (2002). *Narrative-based. Primary Care*. Abing-don, UK: Racliffe Medical Press.
- Launer, J. (2002). *Narrative-based. Primary Care*. Abing-don, UK: Racliffe Medical Press.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Bruner & Stratton.

- Lesperance F, Frasura-Smith N. (1996). Negative emotions and coronary heart disease: getting to the heart of the matter. *Lancet*. 347, 414-415.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, DR. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.). *Contributions to Medical Psychology*, 17–30. New York: Pergamon Press.
- Leventhal Marcia, J.E. et al. (2005). Negotiating compliance in heart failure: Remaining issues and questions. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 298–307.
- Lewington S. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 360, 1903-1913.
- Lewis SJ et al. (1998). Effect of pravastatin on cardiovascular events in older patients with myocardial infarction and cholesterol levels in the average range. Results of the cholesterol and recurrent events (care) trial. *Annals of internal medicine*. 129, 681-689.
- Linden W, Stossel C, Maurice J. (1966). Psychosocial intervention for patients with coronary artery disease: a metaanalysis. *Arch Intern Med*. 198, 745-752.
- Longo, F., Salvatore, D., & Tasselli S. (2009). Integrazione e continuità delle cure nelle Asl. I risultati della fase 2 del Laboratorio Fiaso sul governo del territorio. *AboutPharma*, 70.
- Lucio Sabilia, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem. (1995). *Self-Efficacy Generalizzata*. S. Maioli, M.P. Mostarda. (2008). *La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- MacMahon KM, Lip GYH. (2002). Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Arch Intern Med*. 162, 509-516.
- Maier K, Chatkoff D, Burg MM. (2007). Cardiopatia coronarica e depressione: prevalenza, prognosi, fisiopatologia e trattamento. In E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Milano: Springer-Verlag. 93-107.
- Malan SS. (1992). Psychosocial adjustment following MI: current views and nursing implications. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 6, 57-70.
- Manara D. F. (2000). *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Milano: Lauri Edizioni.
- Marcadelli, S. & Artioli, G, (2010). *Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Marchioli R., et al. (2002). Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: Timecourse analysis of the results of the gruppo italiano per lo studio della sopravvivenza nell'infarto miocardico (gissi)-prevenzione. *Circulation*. 105, 1897-1903.

Marmot M., Bosma H., Hemingway H., Brunner E., Stansfeld S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*. 350, 235-239.

Marriner, A. (1986). *I teorici dell'Infermieristica e le loro teorie*. Milano: Ambrosiana.

Martin JL., et al. (2006). The relationship of obesity to ischemic outcomes following coronary stent placement in contemporary practice.

Martin LR., Di Matteo MR., Lepper HS. (2001). Facilitation of patient involvement in care: Development and validation of a scale. *Behavioral Medicine*. 27(3), 111-120.

Martin R. L., Cloninger, C. R., Guze S. B., & Clayton P. J. (1985). Mortality in a follow up of 500 psychiatric outpatients. I. Total mortality. *Arch Gen Psychiatry*. 42, 47-54.

Mason, C.M. (2005). The nurse practitioner's role in helping patients achieve lipid goals with statin therapy. *J Am Acad Nurse Pract*. 17(7), 256-62.

Mattingly, C. (1994). The concept of Therapeutic "Emplotment". *Social Science & Medicine*. 38(6), 812-822.

Mauri A., Tinti C. (2006). *Psicologia della salute: contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*. Torino, UTET.

Mayou RA., Gill D., Thompson DR. et al. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. 62, 212-219.

Mazure CM. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5(3), 291-313.

Mc Kinley, S. et al. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *J Nurs Stud*. 46(8),1037.

Mead A., et al. (2006). Dietetic guidelines on food and nutrition in the secondary prevention of cardiovascular disease - evidence from systematic reviews of randomized controlled trials. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 19, 401-419.

Mehta L., et al. (2007). Impact of body mass index on outcomes after percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*. 99, 906-910.

Mensik RP et al, (2003). Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *The American journal of clinical nutrition*. 77, 1146-1155.

Miller GE., Chen E., Zhou ES. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*. 133(1), 25-45.

- Mischler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood (NJ): Ablex.
- Mizrachi N. (2011). When the Hospital Becomes Home: Visibilità, Knowledge and Power at Nila. *Journal of Contemporary Ethnography*. 30(2), 209-39.
- Monroe SM., Simons AD. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for depressive disorders. *Psychological Bulletin*. 110(3), 406–425.
- Mookadam F., Arthur HM. (2004). Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: Systematic overview. *Archives of Internal Medicine*. 164(14), 1514–1518.
- Morelli U. (1988). *La formazione: modelli e metodi*. Angeli, Milano.
- Morelli U. (1991). Apprendimento e costruzione di significati sulla base di una storia, in Forti D., *Orizzonte formazione*, Angeli, Milano.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 10, 348-354.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 24, 67-74.
- Morisky, DE., Ang, A., Krousel-Wood, MA., & Ward H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*. 10(5), 348-354.
- Morisky, DE., Green, LW., & Levine, DM. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 24, 67–74.
- Moser DK., Dracup K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?. *Psychosomatic Medicine*. 58, 395-401.
- Moser DK., Dracup K., Doering L. et al. (2003). Sex difference in anxiety early after acute myocardial infarction: an international perspective. *Psychosomatic Medicine*. 65, 511-516.
- Moser DK., McKinley S., Riegel B., Doering L., Garvin B. (2002). Perceived control reduces in-hospital complications associated with anxiety in acute myocardial infarction. *Circulation*. 306, 369.
- Moser DK., Worster PL. (2000). Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 14, 106-115.
- Motta, C. (2004). Dalla raccolta dei dati al colloquio infermieristico: competenze metodologiche e relazionali per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica. *Nursing oggi*, 2, 4-8.
- Newman, M. (1980). *Theory development in nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Norhammar A., et al. (2003). Under utilisation of evidence-based treatment partially explains for the unfavourable prognosis in diabetic patients with acute myocardial infarction. *European heart journal*. 24, 838-844.

Norhammar A., et al. (2004). Diabetes mellitus: The major risk factor in unstable coronary artery disease even after consideration of the extent of coronary artery disease and benefits of revascularization. *Journal of the American College of Cardiology*. 43, 585-591.

OECD. The definition and selection of key competencies; 2005

Ong AD., Allaire JC. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: The influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*. 20(3), 476-485.

Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York: Mc Graw-Hill.

Orth-Gomer K, Wamala S, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm female coronary risk study. *Journal of the American Medical Association*. 284(23), 3008-3014.

Orth-Gomer K., Rosengren A., & Wilhelmsen L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*. 55, 37-43.

Overcash, J. A. (2003). Narrative research: a review of methodology and relevance to clinical practice. *Oncology/Hematology*. 48, 179-184.

Oxman TE, Freeman DHJ, Manheimer ED. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*. 57, 5-15.

P. Corbetta. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*. Bologna, il Mulino.

P. Limone. (2002). *Perché l'intervista*. Manni, 2002

Palese A. (2007). Il paradigma assistenziale: significato, ridefinizione e impatto per una ricostruzione anche etica del ruolo degli infermieri nei luoghi di decisione, di fine vita e nei processi di assistenza. *Scenario*, 24(4), 5-9.

Parse, R. M. (1998). *Human Becoming School of Trough*. California: Sage Publications.

Parse, R.R. (1974). *Nursing fundamentals. Flushing*. N.Y.: medical Examination.

Pedersen SD, Denollet J. (2003) Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 10, 241-248.

Pennix, et al. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*. 146, 510-519.

- Pepine CJ. et al. (2006). Predictors of adverse outcome among patients with hypertension and coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 47, 547-551.
- Peterman AH, Cella DF. (1998). *Adherence issues among cancer patients*. In: Shumaker S, Schron EB, Ockene JK, McBee WL, editors. *The handbook of health behavior change*. 2nd ed. New York: Springer. 462–482.
- Pizzini, A. (2008). L'aderenza terapeutica nella pratica clinica. *Clinical Management Issues*, 2(4).
- Rabkin SW, Mathewson FA, Hsu PH. (1977). Relation of body weight to development of ischemic heart disease in a cohort of young north american men after a 26 year observation period: The Manitoba study. *The American journal of cardiology*. 39,452-458.
- Ray JJ, Bozek R. (1980). Dissecting the A-B personality type. *Br J Med Psychol*. 53, 181-186.
- Rees K, Bennet P, West R, et al. (2004). Psychological interventions for coronary artery disease (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Reiner Z, et al., (2011). Esc/eas guidelines for the management of dyslipidaemias: The task force for the management of dyslipidaemias of the European society of cardiology (esc) and the European atherosclerosis society (eas). *European heart journal*. 32, 1769-1818.
- Ricoeur, P. (1984). *Time and Narrative*. Chicago: Editions du Seuil.
- Riegel B, Carlson B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*. 46(4), 287–295.
- Robinson JW, Roter DL. (1999). Psychosocial problem disclosure by primary care patients. *Social Science and Medicine*. 48(10), 1353–1362.
- Rogers, M. (1975). Euphemisms in nursing's future. *Image*. 7, 3-9.
- Romanof, B. D. & Thompson, B. E. (2006). Meaning Construction in Palliative Care: The use of narrative, Ritual, and the Expressive Arts. *American Journal of Hospice and Palliative*. 23, 309.
- Roose SP, Seidman SN. (2000). Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol*. 86, 38F-40F.
- Rosal MC, Ockene JK, Ma Y et al. (2001). Behavioral risk factors among members of a health maintenance organization. *Prevent Med*. 33, 586-594.
- Rose SK, Conn VS, Rodeman BJ. (1994). Anxiety and self-care following myocardial infarction. *Issues Ment Health Nurs*. 15, 433-444.
- Rosengren A, Hawkin S, Öunpuu S et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 counties (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 364, 953-962.

- Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D et al. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA*. 233, 872-877.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 99(16), 2192–2217
- Rozanski A., Blumenthal J. A., Davidson K. W., Saab P. G., & Kubzansky L. D. (2005). The Epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 45(5), 637-651.
- Rozansky A, Blumenthal JA, Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*. 99, 2192-217.
- Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 311(9), 552–559.
- Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med*. 311, 552-559.
- Rugulies R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and metaanalysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 23(1), 51–61.
- S. Bonometti. (2009). *Pratiche di formazione*, Macerata, Simple.
- Sakalys, J. A. (2000). The political role of illness narratives. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1469-1475.
- Sander Dreyer P. & Pedersen, B. D. (2009). Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation. *Nursing Inquiry*, 16(1), 64-73.
- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC and Samaha F. (2008). Social Support and Self Care of Patients with Heart Failure. *Annals of Behavioral Medicine*. 35(1), 70-9.
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for theory, research, and practice*. *American Psychological Association*. Washington DC. 189-216.
- Schnell O., et al. (2004). Intensification of therapeutic approaches reduces mortality in diabetic patients with acute myocardial infarction: The munich registry. *Diabetes care*. 27, 455-460.
- Schwartz GG et al. (2001). Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: The miracl study: A randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 285, 1711-1718.

- Seeman TE, Syme SL. (1987). Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*. 49, 341-354.
- Seegerstrom SC, Miller GE. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 130(4), 601–630.
- Shapiro, J., Kasman, D., Shafer, A. (2006). Words in wards: a model of reflective writing and its uses in medical education. *Journal of Medical Humanities*, 27, 231-244.
- Shekelle, R. B., Gale, M., Ostfeld, A. M., & Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*. 45, 109-114.
- Sherbourne C, Schoenbaum M, Wells KB, Croghan TW. (2004). Characteristics, treatment patterns, and outcomes of persistent depression despite treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 26(2), 106–114.
- Siegmán AW, Dembroski TM, Ringel N. (1987). Components of hostility and the severity of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*. 49, 127-135.
- Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. (1997). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med*. 12, 613-618.
- Simpson, S.H. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 333, 15-20.
- Sirois BC, Burg MM. (2003). Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behav Modif*. 27, 83-102.
- Smith TW, Ruiz JM. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *J Consult Clin Psychol*. 70(3), 548-568.
- Smith, H. (1981). *Narrative Versions, Narrative Theories*. Chicago: University of Chicago Press.
- Soledad, M. et al.(2008). Emotional Disclosure through patient narrative may improve pain and well-being. *Journal of pain and symptom management*. 35(6), 623-631.
- Sreedharan, J., Muttappallymyalil, J., venkatramana, M. (2010). Nurses' attitude and practice in providing tobacco cessation care to patients. *J Prev Med Hyg.*, 51(2), 57-61.
- Stein, E. (2002). *L'empatia*. Milano: FrancoAngeli.
- Suaya JA., et al. (2009). Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *Journal of the American College of Cardiology*. 54, 25-33.
- Sullivan MD, LaCroix AZ, Baum C et al. (1997). Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am J Med*. 103, 348-356.

- Sullivan MD, LaCroix AZ, Spertus JA, Hecht J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*. 86, 1135-1141-1139.
- Sykes DH, Evans AE, Boyle DM et al. (1989). Discharge from a coronary care unit: psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*. 33, 477-488.
- Taylor KL, Shelby R, Gelmann E, McGuire C. (2004). Quality of life and trial adherence among participants in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 96(14), 1083–1094.
- Taylor RS., et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of medicine*. 116, 682-692.
- Tognoni G. (2005) Aneddoti, blob, storie e persone. La narrazione come priorità infermieristica? *Ass Inf Ric.*, 24(3), 110-12.
- Tokunaga-Nakawatase, Y., Taru. C, & Miyawaki, I. (2011). Development of an avaluation scale for self-management behavior related to physical activity of patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* , 113-0033.
- Uchino BN. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 29(4), 377–387.
- Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JGP, Ormel J, van Veldhuisen DJ, van den Brink JH, van den Berg MP. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A metaanalysis. *Psychosomatic Medicine*. 66(6), 814–822.
- Van Praag HM, de Kloet ER, van Os J. (2004). *Stress, the brain and depression*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Vasan RS. et al. (2001). Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *The New England journal of medicine*. 345, 1291-1297.
- Wang HX, Mittleman MA and Orth-Gomer K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*. 60(3), 599-607.
- Watson, J. (1976). Research question and answer. Creative approach to researchable question. *Nursing Research*, 25, 439.
- Wdowik MJ, Kendall PA, Harris MA. (1997). College students with diabetes: Using focus groups and interviews to determine psychosocial issues and barriers to control. *The Diabetes Educator*. 23(5), 558–562.
- WHO (World Health Organization). (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen, Demark: WHO.

Williams JE, Paton CC, Siegler IC et al. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study. *Circulation*. 101, 2034-2039.

Woloshin S, Schwartz LM, Tosteson AN, Chang CH, Wright B, Plohman J et al. (1997). Perceived adequacy of tangible social support and health outcomes in patients with coronary artery disease. *J Gen Intern Med*. 12, 613-618.

Wulsin LR, Singal BM. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*. 65(2), 201–210.

Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. (2004). A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(2), 102–108.

Yusuf S. (2002). Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*. 360, 2-3.

Zannini, L. (2008). *Medical Humanities e medicina narrativa*. Milano: Raffaello Cortina.

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 160, 1818-1823.

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 160, 1818-1823.

Normativa nazionale

Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007, recante “Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina”;

Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, recante “ Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina - Accreditamento dei Provider E.C.M.. Formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti”;

Appendici

ALLEGATO I^A

Una ricerca sulle attività svolte nella U.O.

Cara/o Collega,

Le chiediamo di rispondere al presente questionario che riguarda un'indagine sulle attività assistenziali praticate all'interno delle U.O. in cui lavora.

Lo scopo di questa ricerca *non* è quello di valutare il suo operato: l'interesse, è rivolto a conoscere semplicemente la natura delle attività e degli interventi assistenziali praticati durante un turno di lavoro in U.T.I.C.

Non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte che rispecchiano la sua personale esperienza di lavoro.

Per ogni domanda risponda mettendo una crocetta sulla risposta che più si avvicina alla sua personale opinione o alla sua esperienza di lavoro.

Prima di procedere alla compilazione le chiediamo di leggere quanto sotto riportato.

Il questionario è composto da quattro parti - **A, B, C, D** - che dovranno essere compilate seguendo le indicazioni qui sinteticamente citate.

Parte A : da compilare prima dell'inizio del suo turno di lavoro
--

Parte B : da compilare alla fine del secondo mattino del suo turno di lavoro
--

Parte C : da compilare alla fine del secondo pomeriggio del suo turno di lavoro

Parte D : da compilare alla fine della seconda notte del suo turno di lavoro
--

Una volta che ha compilato il questionario in tutte le sue quattro parti, può deporlo nella scatola appositamente predisposta.

La ringraziamo fin d'ora della sua preziosa collaborazione!

Ai sensi dell'art. 12 della legge 31-12-'96 n. 675 e delle successive modificazioni (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), la raccolta dei Suoi dati personali é finalizzata unicamente a scopi di ricerca scientifica ed il trattamento avverrà in forma anonima. Responsabile del trattamento dei dati: Prof.ssa Tiziana Mancini – Facoltà di Psicologia, Università degli studi di Parma (tiziana.mancini@unipr.it).

PARTE “ A ”

PER INIZIARE LE CHIEDIAMO DI FORNIRCI ALCUNE INFORMAZIONI

1. Lei è....

- Maschio
- Femmina

2. Da quanto tempo è infermiere/a?

- Fino a 10 anni
- Più di 10 anni

3. In quale settore ha lavorato?

- Terapia Intensiva (case-manager)
- Terapia Intensiva (*non* case-manager)
- Terapia Post intensiva
- Fuori servizio

4. Da quanto tempo lavora in U.T.I.C. di Parma?

- Fino a 10 anni
- Più di 10 anni

LE CHIEDIAMO ORA DI RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO ALLA SUA ESPERIENZA PERSONALE DI LAVORO IN U.T.I.C.

5. Pensi al paziente con Sindrome Coronaria Acuta (STEMI- NSTEMI e Angina instabile) ci dica quanto tempo in genere dedica agli aspetti sotto indicati?

Per rispondere faccia una X in ogni riga.

<i>Quanto tempo lei, durante il suo lavoro, dedica a...</i>	Circa ¼ del mio tempo	Metà del mio tempo	Circa ¾ del mio tempo	Nessun tempo dedicato
Accertamento infermieristico				
Assistenza clinica				
Educazione al paziente e ai caregivers (familiari, badanti				

6. Per Lei, quanta importanza hanno i seguenti aspetti dell'assistenza infermieristica nella gestione del paziente con Sindrome Coronaria Acuta (STEMI- NSTEMI e Angina instabile)?

Per rispondere faccia una X in ogni riga.

<i>Quanto è per Lei importante....</i>	Per niente importante	Un po' importante	Abbastanza importante	Molto importante
Accertamento infermieristico				
Assistenza clinica				
Educazione al paziente e ai caregivers (familiari, badanti				

9. Facendo riferimento sempre ai pazienti con Sindrome Coronaria Acuta (STEMI- NSTEMI e Angina instabile), le chiediamo di leggere con attenzione le attività sotto riportate e di indicare, per ciascuna di esse, se è un'attività che lei ha praticato o no durante il suo turno di lavoro oppure fuori servizio

2. ATTIVITÀ CON PAZIENTI GIA' RICOVERATI

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata	Non praticata
8. Esecuzione di esami ematici , gestione catetere venoso periferico, monitoraggio emodinamico invasivo e non invasivo (es. Pressione venosa centrale – pressione arteriosa polmonare – pressione arteriosa; PA-FC-SAT. O2- T.C. - Dolore) ed esecuzione esami strumentali (es. ECG – Emogasanalisi)			
9. Controllo e monitoraggio dell' eliminazione urinaria			
10. Monitoraggio dell' equilibrio idro-elettrolitico dei pazienti (es. bilancio idrico)			
11. Somministrazione della terapia prescritta per OS-EV-SC ed eventuali attività connesse (es. esecuzione stick glicemici)			
12. Rilevazione di eventuali problemi psicologici correlati alla malattia della persona (es. scarsa autostima, coping inefficace, negazione della malattia)			
13. Rilevazione di eventuali problemi socio-relazionali correlati alla malattia (es. compromissione delle relazioni sociali, isolamento)			
14. Ascolto (attivo) del paziente sul “ vissuto di malattia ” attuale e/o pregressa			
15. Ascolto (attivo) del paziente in merito a strategie messe in atto per fronteggiare eventi connessi alla malattia			
16. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle percezioni ed esperienze di malattia, attuale o pregressa, del proprio familiare/assistito			
<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
17. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle strategie messe in atto per fronteggiare gli eventi connessi alla malattia del proprio familiare/assistito			
18. Formulazione di un piano di assistenza individualizzato			

sulla base degli obiettivi assistenziali formulati			
19. Condivisione del piano assistenziale con il paziente			
20. Condivisione del piano assistenziale con i caregivers			
21. Altre attività (indicare quali)			

3. ATTIVITA' SVOLTE SU TUTTI I PAZIENTI SIA PRIMA ACCETTAZIONE CHE GIA' RICOVERATI.

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
22. Raccolta di tutte le informazioni cliniche (es. alterata nutrizione, ridotta attività fisica, sovrappeso, uso di tabacco ...) necessarie per sviluppare un percorso riabilitativo personalizzato			
23. Intervista con l'assistito e/o la famiglia per valutare il livello di comprensione della malattia e delle sue complicanze, al fine di definire eventuali "aree problematiche"			
24. Parlare con il paziente per aiutarlo a cambiare le abitudini di vita scorrette			
25. Fornire informazioni al paziente sui farmaci (es. effetti terapeutici collaterali) e la gestione della terapia farmacologica che assumerà a domicilio (es. importanza degli orari di assunzione)			
26. Distribuire materiale informativo (es. opuscoli)			
27. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della malattia			
28. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della terapia			
29. Aiutare il paziente e i suoi familiari/caregiver ad identificare gli eventuali ostacoli (es. complessità della terapia, senso di impotenza, difficoltà economiche) all'adesione del programma terapeutico			

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
30. Rilevare la presenza di eventuali reazioni di rifiuto manifestate dal paziente nei confronti del programma terapeutico			
31. Assistere la persona attraverso interventi di counselling per prevenire l'instaurarsi di situazioni disfunzionali di natura fisica (es. angina), psicologica (es. desiderio irrefrenabile di fumare), relazionale (es. isolamento sociale, alterazione della funzione sessuale)			
32. Identificare, con l'assistito e i suoi caregiver le strategie più efficaci per auto-monitorarsi (es. controllo periodico esami ematici, controllo del peso)			
33. Altre attività (indicare quali) _____ _____ _____			

La parte “B” è terminata. Le ricordiamo di compilare la parte “C” al termine del **secondo pomeriggio** di questo suo turno di lavoro.

PARTE “ C ”

TURNO SECONDO POMERIGGIO

LE CHIEDIAMO ORA DI PENSARE AL TURNO APPENA CONCLUSO E DI
RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE

10. Pensando ai pazienti che Lei ha preso in carico nel turno appena concluso, quanti di essi erano:

- di prima accettazione** (provenienti da domicilio, da strutture intra-ospedaliere o extra-ospedaliere): indicare numero complessivo _____
- già ricoverati** : indicare numero complessivo _____

11. Quale tipologia di pazienti ha assistito nel turno appena concluso?

(Indicare il numero per ogni tipologia).

- Pazienti Infartuati STEMI (indicare numero _____)
- Pazienti Infartuati NSTEMI (indicare numero _____)
- Pazienti con angina instabile (indicare numero _____)
- Pazienti con scompenso cardiaco (indicare numero _____)
- Pazienti con aritmie (indicare numero _____)
- Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico (indicare numero _____)
- Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico (indicare numero _____)

12. Le chiediamo di leggere con attenzione le attività sotto riportate e di indicare, per ciascuna di esse, se è un'attività prevista o non prevista dal piano assistenziale dell'Unità Operativa in cui lavora e se lei l'ha praticata o no durante il suo turno di lavoro (secondo mattino)

1. ATTIVITÀ CON PAZIENTI DI PRIMA ACCETTAZIONE

(nuovo ricovero proveniente da domicilio, da strutture intra-ospedaliere o extra-ospedaliere)

Da una sola risposta per ogni riga.

	Attività non prevista	Attività prevista dal piano assistenziale
--	--------------------------	--

	dal piano assistenziale	Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
1. Accoglienza e orientamento della persona assistita e dei suoi familiari/caregivers all'interno dell'U.O. durante il primo ingresso in U.T.I.C.			
2. Indagine sulla condizione clinica pregressa e/o attuale del paziente (es. patologie)			
3. Rilevazione dei parametri vitali (es. dolore, frequenza cardiaca, pressione arteriosa)			
4. Indagine sulla condizione psicologica pregressa e/o attuale del paziente (es. tristezza, serenità, ansia, rabbia, paura)			
5. Indagine sulla condizione relazionale pregressa e/o attuale del paziente (es. solitudine, supporto sociale, situazione familiare e sociale)			
6. Rilevazione dei fattori di rischio modificabili e non modificabili (es. fumo, obesità, familiarità)			
7. Altre attività (indicare quali)			

2. ATTIVITÀ CON PAZIENTI GIA' RICOVERATI

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
8. Esecuzione di esami ematici , gestione catetere venoso periferico, monitoraggio emodinamico invasivo e non invasivo (es. Pressione venosa centrale – pressione arteriosa polmonare – pressione arteriosa; PA-FC-SAT. O2- T.C. - Dolore) ed esecuzione esami strumentali (es. ECG – Emogasanalisi)			
9. Controllo e monitoraggio dell' eliminazione urinaria			
10. Monitoraggio dell' equilibrio idro-elettrolitico dei pazienti (es. bilancio idrico)			
11. Somministrazione della terapia prescritta per OS-EV-SC ed eventuali attività connesse (es. esecuzione stick glicemici)			
12. Rilevazione di eventuali problemi psicologici correlati alla malattia della persona (es. scarsa autostima, coping inefficace, negazione della malattia)			
13. Rilevazione di eventuali problemi socio-relazionali correlati alla malattia (es. compromissione delle relazioni sociali, isolamento)			
14. Ascolto (attivo) del paziente in merito al “ vissuto di malattia ” attuale e/o pregressa			
15. Ascolto (attivo) del paziente in merito a strategie messe in atto per fronteggiare gli eventi connessi alla malattia			
16. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle percezioni ed esperienze in merito alla malattia, attuale o pregressa, del proprio familiare/assistito			
<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
17. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle strategie messe in atto per fronteggiare gli eventi connessi alla malattia del proprio familiare/assistito			
18. Formulazione di un piano di assistenza individualizzato sulla base degli obiettivi assistenziali formulati			
19. Condivisione del piano assistenziale con il paziente			
20. Condivisione del piano assistenziale con i caregivers			

21. Altre attività (indicare quali)			

3. ATTIVITA' SVOLTE SU TUTTI I PAZIENTI SIA PRIMA ACCETTAZIONE CHE GIA' RICOVERATI.

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
22. Raccolta di tutte le informazioni cliniche (es. alterata nutrizione, ridotta attività fisica, sovrappeso, uso di tabacco ...) necessarie per sviluppare un percorso riabilitativo personalizzato			
23. Intervista con l'assistito e/o la famiglia per valutare il livello di comprensione della malattia e delle sue complicanze, al fine di definire eventuali "aree problematiche"			
24. Parlare con il paziente per aiutarlo a cambiare le abitudini di vita scorrette			
25. Fornire informazioni al paziente sui farmaci (es. effetti terapeutici collaterali) e la gestione della terapia farmacologica che assumerà a domicilio (es. importanza degli orari di assunzione)			
26. Distribuire materiale informativo (es. opuscoli)			
27. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della malattia			
28. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della terapia			
29. Aiutare il paziente e i suoi familiari/caregiver ad identificare gli eventuali ostacoli (es. complessità della terapia, senso di impotenza, difficoltà economiche) all'adesione del programma terapeutico			

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
30. Rilevare la presenza di eventuali reazioni di rifiuto manifestate dal paziente nei confronti del programma terapeutico			
31. Assistere la persona attraverso interventi di counselling per prevenire l'instaurarsi di situazioni disfunzionali di natura fisica (es. angina), psicologica (es. desiderio irrefrenabile di fumare), relazionale (es. isolamento sociale, alterazione della funzione sessuale)			
32. Identificare, con l'assistito e i suoi caregiver le strategie più efficaci per auto-monitorarsi (es. controllo periodico esami ematici, controllo del peso)			
33. Altre attività (indicare quali) _____ _____ _____			

La parte “C” è terminata. Le ricordiamo di compilare la parte “D” al termine della **seconda notte** di questo suo turno di lavoro.

PARTE “ D ”

TURNO SECONDA NOTTE

LE CHIEDIAMO ORA DI PENSARE AL TURNO APPENA CONCLUSO E DI RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE

13. Pensando ai pazienti che Lei ha preso in carico nel turno appena concluso, quanti di essi erano:

- di prima accettazione** (provenienti da domicilio, da strutture intra-ospedaliere o extra-ospedaliere): indicare numero complessivo_____
- già ricoverati**: indicare numero complessivo_____

14. Quale tipologia di pazienti ha assistito nel turno appena concluso?

(Indicare il numero per ogni tipologia).

- Pazienti Infartuati STEMI (indicare numero_____)
- Pazienti Infartuati NSTEMI (indicare numero_____)
- Pazienti con angina instabile (indicare numero_____)
- Pazienti con scompenso cardiaco (indicare numero_____)
- Pazienti con aritmie (indicare numero_____)
- Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico (indicare numero_____)
- Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico (indicare numero_____)

15. Le chiediamo di leggere con attenzione le attività sotto riportate e di indicare, per ciascuna di esse, se è un'attività prevista o non prevista dal piano assistenziale dell'Unità Operativa in cui lavora e se lei l'ha praticata o no durante il suo turno di lavoro (secondo mattino)

1. ATTIVITÀ CON PAZIENTI DI PRIMA ACCETTAZIONE

(nuovo ricovero proveniente da domicilio, da strutture intra-ospedaliere o extra-ospedaliere)

Dia una sola risposta per ogni riga.

	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
1. Accoglienza e orientamento della persona assistita e dei suoi familiari/caregivers all'interno dell'U.O. durante il primo ingresso in U.T.I.C.			
2. Indagine sulla condizione clinica pregressa e/o attuale del paziente (es. patologie)			
3. Rilevazione dei parametri vitali (es. dolore, frequenza cardiaca, pressione arteriosa)			
4. Indagine sulla condizione psicologica pregressa e/o attuale del paziente (es. tristezza, serenità, ansia, rabbia, paura)			
5. Indagine sulla condizione relazionale pregressa e/o attuale del paziente (es. solitudine, supporto sociale, situazione familiare e sociale)			
6. Rilevazione dei fattori di rischio modificabili e non modificabili (es. fumo, obesità, familiarità)			
7. Altre attività (indicare quali)			

2. ATTIVITÀ CON PAZIENTI GIÀ RICOVERATI

Dia una sola risposta per ogni riga

	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
8. Esecuzione di esami ematici , gestione catetere venoso periferico, monitoraggio emodinamico invasivo e non invasivo (es. Pressione venosa centrale – pressione arteriosa polmonare – pressione arteriosa; PA-FC-SAT. O2- T.C. - Dolore) ed esecuzione esami strumentali (es. ECG – Emogasanalisi)			

9. Controllo e monitoraggio dell' eliminazione urinaria			
10. Monitoraggio dell' equilibrio idro-elettrolitico dei pazienti (es. bilancio idrico)			
11. Somministrazione della terapia prescritta per OS-EV-SC ed eventuali attività connesse (es. esecuzione stick glicemici)			
12. Rilevazione di eventuali problemi psicologici correlati alla malattia della persona (es. scarsa autostima, coping inefficace, negazione della malattia)			
13. Rilevazione di eventuali problemi socio-relazionali correlati alla malattia (es. compromissione delle relazioni sociali, isolamento)			
14. Ascolto (attivo) del paziente in merito al " vissuto di malattia " attuale e/o pregressa			
15. Ascolto (attivo) del paziente in merito a strategie messe in atto per fronteggiare gli eventi connessi alla malattia			
16. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle percezioni ed esperienze in merito alla malattia, attuale o pregressa, del proprio familiare/assistito			
<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
17. Ascolto (attivo) dei familiari/caregivers sulle strategie messe in atto per fronteggiare gli eventi connessi alla malattia del proprio familiare/assistito			
18. Formulazione di un piano di assistenza individualizzato sulla base degli obiettivi assistenziali formulati			
19. Condivisione del piano assistenziale con il paziente			
20. Condivisione del piano assistenziale con i caregivers			
21. Altre attività (indicare quali) _____ _____ _____			

3. ATTIVITA' SVOLTE SU TUTTI I PAZIENTI SIA PRIMA ACCETTAZIONE CHE GIA' RICOVERATI.

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
22. Raccolta di tutte le informazioni cliniche (es. alterata nutrizione, ridotta attività fisica, sovrappeso, uso di tabacco ...) necessarie per sviluppare un percorso riabilitativo personalizzato			
23. Intervista con l'assistito e/o la famiglia per valutare il livello di comprensione della malattia e delle sue complicanze, al fine di definire eventuali "aree problematiche"			
24. Parlare con il paziente per aiutarlo a cambiare le abitudini di vita scorrette			
25. Fornire informazioni al paziente sui farmaci (es. effetti terapeutici collaterali) e la gestione della terapia farmacologica che assumerà a domicilio (es. importanza degli orari di assunzione)			
26. Distribuire materiale informativo (es. opuscoli)			
27. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della malattia			
28. Rilevare eventuali reazioni emotive (paura, panico rabbia), manifestate dal paziente nei confronti della terapia			
29. Aiutare il paziente e i suoi familiari/caregiver ad identificare gli eventuali ostacoli (es. complessità della terapia, senso di impotenza, difficoltà economiche) all'adesione del programma terapeutico			

<i>Dia una sola risposta per ogni riga</i>	Attività non prevista dal piano assistenziale	Attività prevista dal piano assistenziale	
		Praticata durante il turno	Non praticata durante il turno
30. Rilevare la presenza di eventuali reazioni di rifiuto manifestate dal paziente nei confronti del programma terapeutico			
31. Assistere la persona attraverso interventi di counselling per prevenire l'instaurarsi di situazioni disfunzionali di natura fisica (es. angina), psicologica (es. desiderio irrefrenabile di fumare), relazionale (es. isolamento sociale, alterazione della funzione sessuale)			
32. Identificare, con l'assistito e i suoi caregiver le strategie più efficaci per auto-monitorarsi (es. controllo periodico esami ematici, controllo del peso)			
33. Altre attività (indicare quali)			

La parte “D” è terminata. Le chiediamo di compilare le **domande conclusive** di seguito riportate.

In un reparto come l'U.T.I.C. l'assistenza infermieristica può comprendere attività diverse. Alcune di queste attività riguardano la rilevazione degli aspetti bio-clinici, altre quelli di aspetti psicologici e relazionali. Di seguito vengono forniti alcuni esempi dei tre diversi tipi di attività. Si prega di leggerli attentamente.

-
- attività di rilevazione di **parametri bio-clinici** (es. *angina o dolore toracico, aritmie, dispnea, disturbi del riposo/sonno, dolore allo stomaco/nausea e così via.*)
 - attività di rilevazione di **aspetti psicologici** (es. *ansia e/o paura legata al contesto ospedaliero, paura del futuro, paura di morire, minaccia reale o percepita al proprio benessere e così via.*)
 - attività di rilevazione di **aspetti relazionali** (es. *non adesione ai farmaci/trattamenti, gestione inefficace del regime terapeutico, cambiamenti anticipati della propria quotidianità/stile di vita, difficoltà nel rapporto paziente e personale sanitario e così via.*)
-

Tenendo presente questi aspetti, risponda alle seguenti domande.

16. Secondo il suo personale punto di vista, attualmente, in che misura il personale infermieristico in U.T.I.C dedica attenzione a ciascuno dei seguenti aspetti dell'assistenza?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Aspetti bio-clinici dell'assistenza				
Aspetti psicologici dell'assistenza				
Aspetti relazionali dell'assistenza				

17. Secondo il suo personale punto di vista, *idealmente*, in che misura il personale infermieristico in U.T.I.C. dovrebbe dedicare attenzione ai seguenti aspetti dell'assistenza?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Aspetti bio-clinici dell'assistenza				
Aspetti psicologici dell'assistenza				
Aspetti relazionali dell'assistenza				

18. In condizioni *ideali* di lavoro, quanto tempo, secondo Lei, bisognerebbe dedicare all'accertamento infermieristico** per ciascuna delle tipologie di pazienti sotto indicati?**

Dia una risposta per ogni riga.

<i>Quanto tempo lei idealmente dedicherebbe, all'accertamento infermieristico, ai ...</i>	Più tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Lo stesso tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Meno tempo di quello che in genere dedico a questi pazienti
Pazienti Infartuati STEMI			
Pazienti Infartuati NSTEMI			
Pazienti con angina instabile			
Pazienti con scompenso cardiaco			
Pazienti con aritmie			
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico			
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico			

19. In condizioni *ideali* di lavoro, quanto tempo, secondo Lei, bisognerebbe dedicare all'**assistenza clinica** per ciascuna delle tipologie di pazienti sotto indicati?

Dia una risposta per ogni riga.

*Quanto tempo lei idealmente dedicherebbe, all'**assistenza clinica**, ai ...*

	Più tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Lo stesso tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Meno tempo di quello che in genere dedico a questi pazienti
Pazienti Infartuati STEMI			
Pazienti Infartuati NSTEMI			
Pazienti con angina instabile			
Pazienti con scompenso cardiaco			
Pazienti con aritmie			
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico			
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico			

20. In condizioni *ideali* di lavoro, quanto tempo, secondo Lei, bisognerebbe dedicare all'**educazione al paziente e ai caregiver** per ciascuna delle tipologie di pazienti sotto indicati.

Dia una risposta per ogni riga.

Quanto tempo lei idealmente dedicherebbe, all'educazione al paziente e ai caregiver, ai ...

	Più tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Lo stesso tempo di quello che in genere realmente dedico a questi pazienti	Meno tempo di quello che in genere dedico a questi pazienti
Pazienti Infartuati STEMI			
Pazienti Infartuati NSTEMI			
Pazienti con angina instabile			
Pazienti con scompenso cardiaco			
Pazienti con aritmie			
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico			
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico			

Pensando alle sue condizioni di lavoro **reali** nell' Unità Operativa U.T.I.C., le chiediamo quanto tempo durante il turno appena trascorso lei ha **dedicato** alle **attività** sotto indicate per ciascuna **tipologia di pazienti**.

Dia una risposta per ogni riga.

<i>21. Quanto tempo lei ha dedicato, all' accertamento infermieristico, ai ...</i>	Circa ¼ del mio tempo	Metà del mio tempo	Circa ¾ del mio tempo	Nessun tempo dedicato
Pazienti Infartuati STEMI				
Pazienti Infartuati NSTEMI				
Pazienti con angina instabile				
Pazienti con scompenso cardiaco				
Pazienti con aritmie				
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico				
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico				

<i>22. Quanto tempo lei ha dedicato, all' assistenza clinica, ai ...</i>	Circa ¼ del mio tempo	Metà del mio tempo	Circa ¾ del mio tempo	Nessun tempo dedicato
Pazienti Infartuati STEMI				
Pazienti Infartuati NSTEMI				
Pazienti con angina instabile				
Pazienti con scompenso cardiaco				
Pazienti con aritmie				
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico				
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico				

<i>23 Quanto tempo lei ha dedicato, all' educazione al paziente e ai caregiver, ai ...</i>	Circa ¼ del mio tempo	Metà del mio tempo	Circa ¾ del mio tempo	Nessun tempo dedicato
Pazienti Infartuati STEMI				
Pazienti Infartuati NSTEMI				
Pazienti con angina instabile				
Pazienti con scompenso cardiaco				
Pazienti con aritmie				
Pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico				
Pazienti già sottoposti ad intervento cardiocirurgico				

**IL QUESTIONARIO È TERMINATO
LA RINGRAZIAMO MOLTISSIMO PER LA SUA COLLABORAZIONE!**

Allegato 2^

AREA A - FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI "CLASSICI" - COLLOQUIO N. 2(1 mese +/-10 gg)						
Accertamento infermieristico		Diagnosi Infermieristica	Obiettivo Tp	R (1)	M (2)	Interventi Infermieristici (da attuare)
DIABETE No [] Si []	Se SI : Nuovo Riscontro? No [] Si []	Rischio di nuovi eventi cardiovascolari correlato a: []	< 6.5%	[]	[]	Accertarsi che il pz sia in carico ad un Centro del diabete Educazione alimentare e all'attività fisica Educazione al controllo degli altri fattori di rischio cardiovascolari Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregivers durante gli interventi educativi. Utilizzo del libretto paziente Inviare pz ad eseguire HbA1c prima del prossimo colloquio
HTA No [] Si []	(3) Valore _____mmHg	Rischio di nuovi eventi cardiovascolari correlato a: []	< 130/80 mmHg	[]	[]	Educazione all'automisurazione della Pressione Arteriosa Educazione alimentare e all'attività fisica Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregivers Utilizzo del libretto paziente durante gli interventi educativi Inviare il paziente al proprio Medico di Medicina Generale/Cardiologo se il valore della P.A. non è controllato (valutare i valori registrati sul diario del paziente)
FUMO No [] Si []	/	Rischio di nuovi eventi cardiovascolari correlato a: []	Sospensione totale	[]	[]	Coinvolgimento attivo dei caregivers durante l'intervento educativo Utilizzo del libretto paziente durante gli interventi educativi Utilizzo delle "5 A" e "5 R" (vedi area accertamento infermieristico narrativo) Inviare il paziente al Centro anti-fumo se l'obiettivo non è raggiunto, naturalmente, sempre negoziandolo con il paziente
DISLIPIDEMIA No [] Si []	/	Rischio di nuovi eventi cardiovascolari correlato a: []	< 70 mg/dl	[]	[]	Educazione alimentare e all'attività fisica Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregiver Utilizzo del libretto paziente durante gli interventi educativi Inviareil pz ad eseguire il col LDL prima del prossimo colloquio
OBESITA' No [] Si []	Peso= _____Kg H= _____mt BMI = _____Kg/m2	Rischio di nuovi eventi cardiovascolari	BMI 18-24,9	[]	[]	Educazione alimentare e all'attività fisica Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregiver Utilizzo del libretto paziente durante gli interventi educativi

AREA B: FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI "ADDITIVI" - COLLOQUIO N. 2 (1 mese +/- 10 gg)

Accertamento infermieristico		Diagnosi Infermieristica	Obiettivo Tp	R (1)	M (2)	Interventi Infermieristici (da attuare)
Integrare con accertamento "narrative Nursing" AREA E						
ATTIVITA' FISICA No [] Si []	Se NO: Disabilità fisica? No [] Si [] Se SI, quale? _____	Inefficace mantenimento della salute correlato a: []	Almeno 30 min/die per 5 volte/settimana	[]	[]	Rinforzo inerente l'educazione all'attività fisica al paziente Aiutare il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti Coinvolgimento attivo dei caregivers Utilizzo del libretto del paziente
ALIMENTAZIONE (a) Frutta No [] Si []	N° porzione/die? _____	Inefficace mantenimento della salute correlato a: []	Almeno 5 porzioni/die tra frutta e verdura	[]	[]	Educazione all'alimentazione Aiutare il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti Utilizzo del libretto del paziente Coinvolgimento attivo dei caregivers
ALIMENTAZIONE (b) Verdura No [] Si []	N° porzione/die? _____	Inefficace mantenimento della salute correlato a: []		[]	[]	Educazione all'alimentazione Aiutare il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti Utilizzo del libretto del paziente Coinvolgimento attivo dei caregivers
ALIMENTAZIONE (c) Pesce No [] Si []	N° Volte/settimana? _____	Inefficace mantenimento della salute correlato a: []	Almeno 2 volte/settimana	[]	[]	Educazione all'alimentazione Aiutare il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti Utilizzo del libretto del paziente Coinvolgimento attivo dei caregivers
ALCOOL No [] Si []	N° drink/die? _____	Inefficace mantenimento della salute correlato a: []	Max 1 drink/die (1 birra piccola o 1 bicchiere di vino)	[]	[]	Educazione all'alimentazione Aiutare il paziente a riconoscere i piccoli successi raggiunti Utilizzo del libretto del paziente Coinvolgimento attivo dei caregivers

AREA C – ADERENZA FARMACOLOGICA- COLLOQUIO N. 2 (1 mese +/- 10 gg)

Accertamento Infermieristico							
Integrare con accertamento "narrative Nursing" AREA E	MMAS (Morisky Scale) (1) 1) Nell'ultimo mese si dimenticato/a di assumere i farmaci? 2) E' indifferente agli orari in cui assume i farmaci? 3) Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia? 4) Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?	Diagnosi Infermieristica	Obiettivo	R	M	Interventi Infermieristici (da attuare)	
Assume correttamente:							
Cardioaspirina No [] Si []	Fattori intenzionali Area dell'insufficiente informazione farmacologica No [] Si []	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ PUNTEGGIO TOTALE: _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Alta aderenza terapeutica : punteggio 3/4	[]	[]	Educazione farmacologica al paziente Informazione, sulle possibili alterazioni /eventi avversi del farmaco, in base alla tipologia di paziente
Il Antiaggregante No [] Si []	Fattori intenzionali Area dell'insufficiente informazione farmacologica No [] Si []	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ PUNTEGGIO TOTALE: _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Alta aderenza terapeutica : punteggio 3/4	[]	[]	Identificazione con il paziente delle strategie più efficaci per la gestione dei farmaci Utilizzo del libretto N.II del paziente Utilizzo della tecnica "teach back" Utilizzo del feedback correttivo Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregivers
Ace Inibitore/sartano: No [] Si []	Fattori intenzionali Area dell'insufficiente informazione farmacologica No [] Si []	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ PUNTEGGIO TOTALE: _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Alta aderenza terapeutica : punteggio 3/4	[]	[]	
Statina No [] Si []	Fattori intenzionali Area dell'insufficiente informazione farmacologica No [] Si []	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ PUNTEGGIO TOTALE: _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Alta aderenza terapeutica : punteggio 3/4	[]	[]	

AREA D – ADERENZA FARMACOLOGICA- COLLOQUIO N. 2 (1 mese +/- 10 gg)

(Continua)

Accertamento Infermieristico		Diagnosi Infermieristica	Obiettivo	R	M	Interventi Infermieristici (da attuare)
Integrare con accertamento "narrative Nursing" AREA E						
Fattori intenzionali Area dell'incredulità e dell'irrazionalità No [] Sì []	Specificare: Rifiuto della malattia [] Rifiuto della terapia [] Credenze errate sui farmaci [] Il paziente è caregiver [] Eccessivo investimento lavorativo [] Eccessivo carico familiare/domestico [] Altro _____ [] _____ _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Accettazione della malattia e della terapia farmacologica: il paziente deve riferire di aver compreso l'importanza dell'assunzione dei farmaci e deve riferire di essere consapevole della gravità e della cronicità della sua malattia	[]	[]	Mostrare empatia sul vissuto della persona in merito alla malattia (paura, stupore, incredulità, rabbia, tristezza) Aiutare il paziente a prendere consapevolezza della propria malattia Evidenziare pensieri irrazionali ("non ce la farò mai") e incoraggiare pensieri adattivi ("ce la farò") Pianificare cambiamenti a piccoli step negoziati con paziente Stabile un rapporto di fiducia e reciproca responsabilità Coinvolgimento funzionale/adattivo dei caregivers
Fattori non intenzionali Area della dimenticanza No [] Sì []	Specificare: Età avanzata [] Deficit di memoria [] Contesto socio- economico sfavorevole [] Altro _____ [] _____ _____	Rischio di non aderenza del regime farmacologico correlato a: []	Importanza di ricordare la terapia farmacologica: il paziente deve riferire di avere compreso l'importanza dell'assunzione dei farmaci e di ricordare il numero, il dosaggio, gli orari di assunzione dei farmaci utilizzando uno specifico strumento	[]	[]	Educare al self-monitoring con l'utilizzo di diari, calendari, remindes, pils counter etc. Cercare di stabilire la strategia migliore per adattare i cambiamenti previsti allo stile di vita della persona Utilizzo della tecnica "teach back" Stabile un rapporto di fiducia e reciproca responsabilità Coinvolgimento indispensabile dei caregivers

AREA E ACCERTAMENTO NARRATIVE NURSING - COLLOQUIO N.2 (1 mese +/- 10 gg)

AREA INDAGATA	INTERVISTA	PAROLE CHIAVE	STRINGHE <i>(sintetizzare le narrazioni del paziente riferite alle relative parole chiave)</i>
Adesione al piano terapeutico (difficoltà)	Ha incontrato delle difficoltà nell'assumere la terapia farmacologica prescritta? Quali in particolare? Le andrebbe di raccontarmi?	Percezione di gravità dello stato di salute Senso d'impotenza e scarsa autoefficacia Sfiducia nel regime terapeutico Sfiducia nei sanitari Limitazione di vita dovuta ai farmaci Complessità del regime farmacologico Costi dei farmaci	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Cambiamenti dello stile di vita (difficoltà)	Ha incontrato delle difficoltà nell'affrontare i cambiamenti nelle abitudini di vita (es. abitudine tabagica, attività fisica, alimentazione) previsti dal piano terapeutico? Le andrebbe di raccontarmi?	Percezione negativa delle proprie risorse e capacità/abilità e dell'autoefficacia Mancanza di sostegno sociale Il paziente è a sua volta caregiver Eccessivo investimento lavorativo Eccessivo carico familiare	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Strategie di Coping	In generale come e attraverso quali strategie (mentali e comportamentali) lei sta affrontando i cambiamenti indotti dalla malattia?	Accettazione/rassegnazione Evitamento/negazione Fronteggiamento attivo Attitudine positiva Orientamento trascendente Ricerca di sostegno sociale	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Allegato 3^

**PERCORSO STRUTTURATO ASSISTENZIALE – SCA -
SCHEDA INFERMIERISTICA MULTIDIMENSIONALE (SIM)**

ANAGRAFICA

ID Paziente: _____
Data (gg/mese/anno): _____
Nome e Cognome: _____
Genere: Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Data di nascita: _____
Istruzione : Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media <input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/>
Stato Civile: Sposato <input type="checkbox"/> Separato/divorziato <input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/>
Convivenza: Vive solo <input type="checkbox"/> vive con persone non autosufficienti <input type="checkbox"/> vive con persone autosufficienti <input type="checkbox"/>
Evento cardiovascolare: primo episodio <input type="checkbox"/> non primo episodio <input type="checkbox"/> episodio N <input type="checkbox"/>

A) Parma

PROGRAMMA COLLOQUI

Pre-Dimissione: N. 1 (degenza)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
Post Dimissione N. 2 (1 mese +/- 10 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.3 (3 mesi +/- 15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.4 (6 mesi +/- 15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.5 (12 mesi +/-15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.6 (18 mesi +/-15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.7 (24 mesi +/-15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.8 (36 mesi +/-15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____
N.9 (48 mesi +/-15 gg)	Data: ____/____/____/	Sede: Ospedale <input type="checkbox"/> ;Territorio <input type="checkbox"/>	Infermiere: _____

ALLEGATO 4^

1° modulo: I fattori di rischio cardiovascolari “classici”

PROGRAMMA

- Ore 09.00 **Registrazione dei partecipanti**
- Ore 09.30 **Introduzione e saluto ai partecipanti**
Diego Ardissino, Giovanna Artioli
- Ore 10.00 **La fisiopatologia della Cardiopatia Ischemica**
Diego Ardissino
- Ore 10.30 **Pausa Caffè**
- Ore 10.45 **La familiarità**
Francesca Notarangelo
- Ore 11.05 **Il fumo**
Emilia Solinas
- Ore 11.25 **La dislipidemia**
Giorgia Paoli
- Ore 11.50 **L'ipertensione arteriosa**
Federica Fellini
- Ore 12.10 **Il diabete**
Maria Mattioli
- Ore 12.35 **L'obesità**
Laura Dall'Oglio
- Ore 13.00 **Pausa pranzo**
- Ore 14.00 **Presentazione del libretto paziente parte prima. I fattori di rischio.** Elena Ferdenzi
- Ore 14.15 **Il modello assistenziale infermieristico di riferimento “narrative nursing integrato”**
Giovanna Artioli, Rachele La Sala
- Ore 14.45 **La Scheda Infermieristica Multidimensionale (SIM) area A: fattori di rischio cardiovascolari “classici”**
Chiara Foà, Rachele La Sala
- Ore 15.30 **Simulazione del I colloquio (post-ricovero) attraverso l'utilizzo della SIM (area A): formulazione degli obiettivi e degli interventi infermieristici**
Chiara Foà, Rachele La Sala,
Giuseppe Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 16.45 **Pausa caffè**
- Ore 17.00 **Restituzione e discussione in plenaria dei casi analizzati dai gruppi**
Chiara Foà, Rachele La Sala,
Giuseppe Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 18.00 **Chiusura dei lavori**

2° modulo: I fattori di rischio cardiovascolari “additivi” e “psicosociali”

PROGRAMMA

- Ore 09.00 **L'alimentazione**
Laura Dall'Oglio
- Ore 09.25 **La sindrome metabolica**
Elena Ferdenzi
- Ore 09.50 **La sedentarietà e l'esercizio fisico**
Cristian Fava
- Ore 10.30 **I marcatori biochimici: Lipoproteina(a),
Omocisteina, PCR.**
Paola Pontremoli
- Ore 11.00 **Pausa caffè**
- Ore 11.15 **I fattori di rischio “psico-sociali”:**
Chiara Foà, Annalisa Tonarelli
- Ore 12.30 **.Schede infermieristiche: programmare
obiettivi e interventi infermieristici**
Giuseppe Marletta
- Ore 13.00 **Pausa pranzo**
- Ore 14.00 **La Scheda Infermieristica Multidimensionale
(SIM) area B: fattori di “rischio psicosociali” e
area C: fattori di rischio “additivi”**
Chiara Foà, Rachele La Sala
- Ore 14.30 **Simulazione del I colloquio (post-ricovero)
attraverso l'utilizzo della SIM (area B e C):
formulazione degli obiettivi e degli interventi
infermieristici**
Chiara Foà, Rachele La Sala,
Giuseppe Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 16.00 **Pausa caffè**
- Ore 16.15 **Restituzione e discussione in plenaria dei casi
analizzati dai gruppi**
Chiara Foà, Rachele La Sala, Giuseppe
Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 18.00 **Chiusura dei lavori**

3° modulo: Educazione terapeutica al paziente con SCA

PROGRAMMA

- Ore 09.00 **Gli antiaggreganti**
Paola Pontremoli
- Ore 09.30 **I beta-bloccanti**
Elena Ferdenzi
- Ore 09.50 **Le statine**
Giorgia Paoli
- Ore 10.10 **Gli ace-inibitori**
Federica Fellini
- Ore 10.30 **Pausa caffè**
- Ore 10.45 **I fattori che ostacolano l'aderenza terapeutica**
Chiara Foà, Giuseppe Marletta
- Ore 11.30 **Presentazione opuscolo informativo parte 2**
Elena Ferdenzi
- Ore 11.45 **La Scheda Infermieristica Multidimensionale (SIM) area C: terapia farmacologica. La misura della non aderenza terapeutica: Morisky Medication Adherence Scale**
Chiara Foà, Rachele La Sala
- Ore 12.30 **Schede infermieristiche: programmare obiettivi e interventi sul rischio di non aderenza terapeutica**
Giuseppe Marletta
- Ore 13.00 **Pausa pranzo**
- Ore 14.00 **Simulazione del II colloquio (pre-dimissione) attraverso l'utilizzo della SIM (Area C) e dell'opuscolo informativo: formulazione degli obiettivi e degli interventi infermieristici**
Chiara Foà, Rachele La Sala,
Giuseppe Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 15:30 **Pausa Caffè**
- Ore 15.45 **Simulazione del III colloquio (post-dimissione) attraverso l'utilizzo della SIM e dell'opuscolo informativo: verifica degli obiettivi infermieristici**
Chiara Foà, Rachele La Sala,
Giuseppe Marletta, Annalisa Tonarelli
- Ore 17.00 **Presentazione del progetto di ricerca**
Rachele La Sala
- Ore 17.30 **Test di valutazione finale per Accredimento ECM**
- Ore 18.00 **Chiusura dei lavori**

ALLEGATO 5[^]

Evento Formativo

**PERCORSO STRUTTURATO ASSISTENZIALE
DEL PAZIENTE CON SCA
24-25-26-SETTEMBRE
Sala Maria Luigia**

Hotel Palace Maria Luigia

**ESERCITAZIONE IN GRUPPO
COLLOQUIO PRE-DIMISSIONE**

Tutor: Foà Chiara, La Sala Rachele, Marletta Giuseppe, Tonarelli Annalisa

Caso clinico N. 2: Il Sig. Giorgio

Mandato: i membri del gruppo dovranno:

- evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari **classici, additivi, psicosociali e legati all'aderenza terapeutica** presenti nel caso
- compilare la scheda SIM Area **Anagrafica e Area A, B, C, D** individuando i parametri/dimensioni alterati e gli interventi assistenziali clinici - educazionali e utilizzando il libretto pazienti N.1
- osservare nel colloquio pre-dimissione con il paziente l'utilizzo della tecnica della narrazione (**Area E**) utile per indagare ognuna delle precedenti Aree, narrazione e soprattutto le **difficoltà incontrate nell'aderenza** al piano terapeutico e le **strategie di coping** per far fronte alle difficoltà.
- **Simulare un colloquio post-dimissione**

Colloquio narrativo – Caso N.1 Sig. Giorgio

Ospedale Parma Unità Operativa UTIC, 24 ore dopo l'evento acuto cardiovascolare

I: Buongiorno Sig. Giorgio come si sente oggi?

P: Buongiorno...Eh?Come vuole che stia? (*sorride*)

I: Innanzitutto la voglio ringraziare di avere accettato di partecipare a questo colloquio. Mi parli un po' di lei, quanti anni ha?

P: 72

I: Dove abita adesso? con chi vive?

P: Abito a Monchio e sono da solo perchè mia moglie è morta due anni fa, poverina, mi vien da piangere se ci penso. Mi manca tanto (*si commuove*)

I: Mi dispiace. Deve essere dura per lei senza sua moglie. La aiuta qualcuno?

P: No, da quando lei non c'è più faccio tutto da me. Certi giorni è dura sa? Poi va bè di tanto in tanto mia figlia mi aiuta a fare un po' di ordine in casa, ma tendo a non chiamarla spesso per non disturbarla troppo, ha già la sua famiglia e il suo lavoro a cui pensare

I: E Lei lavora ancora?

P: Sono riuscito, con molta fatica a diplomarmi in ragioneria, perchè mio padre voleva che gli portassi avanti la contabilità della sua attività di taglialegna. Alla sua morte ho rilevato l'attività e ho fatto sempre a tempo pieno, circa 12-15 ore al giorno il, taglialegna, bhè adesso non più. Beh però ogni tanto mi chiedono qualche lavoretto, ma tendo a non farli più, perché già gestire la casa e tutto il resto per me è molto faticoso, se poi mi metto a fare anche dei lavori, il giorno dopo non mi alzo più dal letto. E a letto io mica ci sto bene sa.

I: Capisco. E' sempre stato in forma prima di quello che le è successo?

P: Non avevo mai nemmeno visto un dottore prima di oggi, mi creda. meno che meno pillole, farmaci e tutta sta roba che mi state dando.

I:Sa per quale motivo è stato ricoverato?

P:Mi hanno detto che ho avuto un infarto, ma mi chiedo sarà vero? Cioè sono sicuri? anche perché adesso sto bene e non mi sembra una cosa così grave.

I: Sì, lei ha avuto un infarto. Comunque, mi parli un po' di lei, quando ha avuto inizio il suo problema?

P: Da alcuni giorni mi veniva il fiatone intanto che andavo a comprare il latte. Mica tanta strada poca distanza, eppure tornavo a casa e dovevo sedermi per riprendere fiato. Poi l'altro giorno è comparso anche un po' di mal di stomaco. Ero pallido cadaverico e sudavo freddo è venuto un vicino è mi ha detto che forse era meglio se andavo in ospedale. Anzi, sa che ha fatto? Mi ha

chiamato l'ambulanza lui e tra lo sguardo di tutto il paese mi hanno portato qui. Non capivo niente, per mio conto forse tutto sto trambusto non era proprio necessario.

I: Lei Sa perché ha avuto questo disturbo ?

P: Direi che sono sfortunato, prima ho perso mia moglie e poi mi ritrovo qui. non mi spiego proprio del perché di tutto ciò. Solo Dio lo sa quale è il nostro destino

I: Ha capito il perché tutto ciò che le è stato fatto? Mi riferisco alla coronarografia e all'angioplastica ad esempio

P: Sì, ho capito, ma per mio conto potevano anche evitarsela, non credo ce ne fosse così bisogno. Mi hanno anche detto che mi hanno messo un palloncino nel cuore e ci hanno lasciato una retina...una retina...poi a che serve...forsesarà per filtrare il vino che bevo (*ride*)

I: Vedendo la sua scheda infermieristica (SIM), si notano alcuni comportamenti poco salutari: lei fuma, ha i grassi alti nel sangue, la pressione quasi sempre alta e col peso non pare vada meglio, siamo ben oltre la normalità(15 sigarette al giorno, LDL 145, PAS> 150 costantemente prima della terapia, BMI 32)

P: Intanto non fumo tantissimo, 15 sigarette al giorno, poi la pressione è sempre andata bene perché non ho mai avuto problemi e d'accordo un po' di panzetta c'è ma cosa vuole in montagna, al freddo...mangiare viene spontaneo e poi al bar del quartiere sa un bicchiere tira l'altro....

I: Sì, capisco, uno tira l'altroe arriviamo al giorno a quanti bicchieri?

P: Beh facciamo 1 bottiglia al giorno, più...gli ...gli straordinari (*ride*)

I: Quindi anche qualche super alcolico?

P: Bhè solo qualche volta

I: Si tiene spesso in movimento?

P: D'inverno l'unica cosa che faccio è portare fuori il cane a far pipì...giretti brevi è un cane vecchietto pure lui, ma devo uscir per forza tutti i giorni, anche con la pioggia, la neve. D'estate qualche passeggiata in più si fa.

I: E quando si tratta di mangiare cosa preferisce?

P: Ah beh non mi faccio mica problemi, in montagna, una fetta di salume, sa di quelli buoni e di qualità che facciamo noi in montagna. Dolci no, nemmeno tanto. Mia moglie mi faceva ogni tanto una torta che era una meraviglia. Poverina adesso che non c'è più.....

I: Vedo che le manca sua moglie. Ehhh frutta e verdura le sono gradite?

P: Insomma proprio gradite non riempiono mica tanto sa? E poi ci vuol tempo. D'inverno gira poca roba fresca e quella che c'è costa un bel po'. Non sono molto bravo a fare la spesa e mi dimentico spesso quello che mi serve. Vado in quel marker per comprare la pasta e alla fine finisco per comprare tutt'altro.. Una volta non era un problema, ci pensava mia moglie...Ma adesso sono solo.

I: C'è qualcosa in particolare che la preoccupa?

P: D'inverno spesso nevica di brutto e quando capita ...vorrei non essere solo a casa, ma mi devo arrangiare da solo e sa...l'età comincia a essere....insomma.....Mia figlia non abita vicino a me e

si fa vedere di rado Poi sa come sono i nipoti. Si vedono solo a Natale. Ho anche un figlio più giovane che sta a Parma e si fa vedere ancora meno.

I: E quindi chi si occupa di lei?

P: Gliel'ho detto ogni tanto vien su mia figlia. Quando è morta sua madre è stata qui con me qualche giorno perché mi sentivo perso senza la Lucia. me Poi è dovuta tornare dalla sua famiglia. E' giusto così. Io qui c'ho la mia casa, tanti ricordi, non mi voglio spostare e pesare su di lei. Poi non è che sono sempre solo. Quelli del bar e poi ho quel vicino che ha chiamato l'ambulanza. Ecco con lui siamo in ottimi rapporti, spesso ci troviamo, ma poveraccio, deve accudire sua moglie che non sta molto bene, è in carrozzina.

I: Lo sa che tra poco tornerà nella sua casa, alla sua vita? Potrebbe spiegarmi come si comporterà una volta tornato a domicilio?

P: E come vuole che mi comporti? Riesco sempre a risolvere da solo i miei problemi ci sono abituato e poi non c'è mica tanto da cambiare sa? Io sto bene non mi sento peggio di prima e poi mi affido al Signore quando verrà a prendermi non ci saranno dottori o infermieri che tengono....Adesso ringrazio Dio che sono ancora vivo, ma quando sarà il mio momento Lui deciderà.

I: Certo, ma adesso non si preoccupi e cerchiamo di fare un po' di chiarezza su quali saranno i comportamenti salutari che dovrà adottare una volta tornato a casa e che avranno l'obiettivo di evitare di avere un altro evento cardiovascolare ovvero di avere l'infarto; nel fare questo ci facciamo aiutare da questo libretto che abbiamo appositamente costruito, che utilizza un linguaggio molto semplice e che poi le consegnerò. Lo consideri come una bibbia da poter consultare tutte le volte che avrà dei dubbi (*l'infermiere esegue l'educazione attraverso l'utilizzo del libretto N. 1 inerente i fattori di rischio e la modifica dello stile di vita*).

I: Sulla base di questi accorgimenti e comportamenti che dovrà adottare e che ho visto ha compreso molto bene (*l'infermiera ha utilizzato la tecnica del teach-back*), mi dica quali potrebbero essere le difficoltà maggiori che pensa d'incontrare.

P: Penso che sarà quella di eliminare i salumi e di utilizzare soltanto ½ cucchino di sale al giorno per condire le pietanze

I: Non si preoccupi, all'inizio sarà un po' più difficile in quanto il palato non è abituato, ma dopo vedrà che sarà più semplice

P: Lo spero tanto...però lei è stata molto convincente e mi ha fatto capire bene cose che io non sapevo..

I: Mi fa molto piacere... oltre a questi cambiamenti dello stile di vita un altro aiuto importante ci viene dato dai farmaci che vengono utilizzati in casi come il suo...che sono questi che vede qui sulla scrivania (*l'infermiera illustra le scatole dei farmaci*)

P: Ma sono quelli che mi date qui? E li dovrò prendere anche a casa?

I: Sì, sono gli stessi farmaci e dovrà prenderli anche a casa poiché sono dei farmaci salvavita, nel senso che contribuiscono ad evitare che si verichi un altro evento cardiovascolare. Anche per la terapia abbiamo costruito un altro libretto...

P: Un' altra bibbia che porterò a casa?

I: Sì, un nuovo e vecchio testamento (*ride*). Le va di guardarlo insieme?

P: Sì, sì..

I: Bene allora partiamo dall'inizio (*l'infermiera inizia l'educazione relativa ai farmaci illustrando il libretto N.2 inerente la terapia*)

I: In base a questa terapia che dovrà assumere e che ho visto ha compreso molto bene (*l'infermiera ha utilizzato la tecnica del teach-back*), mi potrebbe dire le difficoltà che pensa d'incontrare?

P: Ma sa ho sentito dire alla trasmissione Elisirio, dal dottor Pappino che i farmaci fanno solo male, sarebbe meglio ridurli al minimo? Sa che han detto che ingrossano il fegato e il mio fegato è già sottoposto a stress?

I: Sa che gli svantaggi sono molto meno dei vantaggi? Vede, se lei non li prende le conseguenze potrebbero essere molto pericolose per la sua salute.

P: Bhè sì, ho capito che son tanti vé!

P: Vuole la verità, non è il vino che mi ha fatto venire il mal di fegato, non è la morte di Lucia che m'ha fatto venire il mal di cuore. Sa cos'è? E' mio fratello.

I: Le va di spiegarmi meglio?

P: Ci litigo sempre! E abita pure di fronte casa mia, perché non mi riconosce l'eredità che ci ha lasciato mio padre... Vuole demolire tutto il lavoro di mio padre.

I: Il rapporto con suo fratello la preoccupa, vedo che ci soffre molto...

P: Sì perché una volta ero molto legato a mio fratello, e questa situazione mi dispiace molto...

I: Adesso che lei è stato male, da chi pensa che si farà aiutare?

P: Da me, farò da me. Come ho sempre fatto in vita mia. Chi fa da sé...fa per tre.

I: Cosa pensa di mettere in atto per poter affrontare adeguatamente la malattia e la terapia?

P: Sa cosa dice il proverbio? Aiutati che Dio t'aiuta! Io devo darmi da fare.

P: Per i farmaci che dovrò prendere li prenderò. Spero come dice lei che mi faranno bene e che non mi daranno disturbi. Comunque mi abituerò, solo che io non sono, proprio di base, mai stato un tipo precisino come mio fratello....io mi dimentico spesso le cose, però dopo quando mi ricordo le faccio eh, poi le porto anche a termine...quindi ci riesco, lo stesso, da solo... però diciamo che sono diventato un po' smemoratello.

I: Bisogna provarci Sig, Giorgio! e insieme troveremo un modo per aiutarla a ricordare tutte le cose che dovrà fare- Che dice, ci proviamo?

P: Ben volentieri, io non sono molto tecnologico sa, il computer non mi piace...sono ancora a carta e penna. Posso scrivermi tutto su di un foglio che metterò in cucina per non dimenticarmi (*l'infermiere e paziente co-costruiscono un diario per la terapia*)

I: Dunque per ricordare i farmaci ci sono i contapillole sa? Le spiego...Per gli orari, che sono altrettanto importanti, non è difficile. Ad esempio se mettiamo sul telefonino una sveglia cinque minuti prima dell'orario di assunzione lei di sicuro non si dimentica. Pensa di riuscirci?

P: Bhè, sì questo si può fare! Almeno il mio telefono qualche volta squillerà (*ride*)

I: Visto, non è così difficile. Poi, per l'alimentazione magari chiedi a sua figlia o al suo vicino di fare un po' di spesa per lei e di aiutarla col cane se può, perché adesso lei deve stare in assoluto riposo. Pensa di poterlo fare?

P: Sì, ma solo durante la convalescenza. Poi non voglio mica esser di peso per nessuno!

I: Certo capisco ma adesso sarebbe importante farsi aiutare da qualcuno di caro, magari può tentare anche di riallacciare i rapporti con suo fratello...Rispetto alla spesa, provi a scriverla su un foglietto quello che le serve... poi magari chiede facendosi anche un menù settimanale basandosi sugli alimenti che sa sono salutari.

Ulteriori dati quantitativi da integrare con quelli qualitativi emersi dal colloquio narrativo:

Scala sostegno sociale punteggio 2 (sostenuto dalla figlia e dal vicino di casa)

Scala ansia punteggio 9

Scala depressione punteggio 7

Scala rabbia/ostilità punteggio 3

Scala Personalità A punteggio 2

Scala personalità D punteggio 2

Autoefficacia 10

Gli altri dati necessari per il completamento della SIM, ma che non emergono nel colloquio narrativo, sono da considerarsi *non alterati*, pertanto, i valori/punteggi possono essere inventati.

ALLEGATO 6^

ESERCITAZIONE DI GRUPPO
GRIGLIA DI VALUTAZIONE IN ITINERE

Caso N. 2: il Sig. Giorgio

Area SIM	Indicatore	Rilevato dal gruppo	Scheda SIM compilata	Interventi infermieristici individuati
A	Ipertensione	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Dislipidemia	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Obesità	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____		
B	Alcool	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Attività fisica	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Alimentazione	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Non conoscenza	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Dimenticanza	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____		
D	Orientamento attivo	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Orientamento trascendente	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Credenze errate sui farmaci	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []

Legenda:

1: inserire altre dimensioni e/o parametri rilevati dal gruppo

2: 0= nessun intervento inserito nella SIM; 1= pochi; 2= alcuni; 3= tutti gli interventi

ALLEGATO 7^

Evento Formativo

24-25-26 SETTEMBRE

Sala Maria Luigia

Hotel Palace Maria Luigia

ESERCITAZIONE IN GRUPPO COLLOQUIO PRE-DIMISSIONE

Tutor: Foà Chiara, La Sala Rachele, Marletta Giuseppe, Tonarelli Annalisa

Caso clinico N. 1: La Sig.ra Melissa Rossi

Mandato: i membri del gruppo dovranno:

- 5) evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari **classici, additivi, psicosociali e legati all'aderenza terapeutica** presenti nel caso
- 6) compilare la scheda SIM Area **Anagrafica e Area A, B, C, D** individuando i parametri/dimensioni alterati e gli interventi assistenziali clinici - educazionali e utilizzando il libretto pazienti N.1
- 7) osservare nel colloquio pre-dimissione con il paziente l'utilizzo della tecnica della narrazione (**Area E**) utile per indagare ognuna delle precedenti Aree, narrazione e soprattutto le **difficoltà incontrate nell'aderenza** al piano terapeutico e le **strategie di coping** per far fronte alle difficoltà.
- 8) **Simulare un colloquio post-dimissione**

Colloquio narrativo – Caso N 1: Sig.ra Melissa Rossi

Ospedale Parma Unità Operativa UTIC, 24 ore dopo l'evento acuto cardiovascolare

I: Buongiorno Sig.ra Melissa, Innanzitutto la voglio ringraziare per avere accettato di partecipare a questo colloquio, che è molto importante. Per evitare

P: Buongiorno, Grazie a voi

I: Fin da oggi inizieremo questo nuovo percorso che faremo insieme, che ha l'obiettivo di evitare un nuovo evento cardiovascolare, simile a quello che lei ha già avuto.

I: Lei come sta?

P: è come vuole che stia, così dopo quello che è successo...

I: Oggi come si sente?

P: Fisicamente un po, meglio, si, quello sicuramente.

I: Fra pochi giorni signora verrà dimessa e potrà tornare a casa, vedrà. Adesso ci servono alcune informazioni per conoscerci meglio.

P: Si

I: partiamo con delle domande di tipo socio-anagrafico. Mi parli un po' di lei, quanti anni ha?

P: 50

I: Dove abita?

P: Abito a Parma, in periferia, in via Langhirano, in una zona residenziale, in una vecchia villa ristrutturata.

I: Vive con qualcuno?

P: sono sposata e vivo con mio marito, e il mio unico figlio di 15 anni. In realtà prima di lui ne avevo un altro che è morto appena dopo il parto.

I: Capisco. Che titolo di studio ha e che lavoro fa?

P: Sono laureata e sono un insegnante, ma anche in quello forse non sono mica tagliata. Non mi sento molto brava a parlare con gli studenti. A dire il vero neanche con mio figlio. Oggi insegnare è diventato sempre più difficile, sempre più difficile

I: le andrebbe di spiegarmi meglio cosa intende quando dice "è diventato difficile"?

P: Eh sempre più difficile, perché si lavora in un clima sempre teso, stressante infatti, appena si varca la porta dell'istituto mi viene subito male, mi viene subito un senso di tensione, non so come dire. Gli studenti non ti rispettano più e poi che non ascoltano e poi anche con i miei colleghi, lasciamo perdere, io non mi sento a mio agio. Io guardi, non do fastidio mai a nessuno. Evito le polemiche e i conflitti, non mi piacciono. Sono una persona molto riservata, guardi parlo molto poco. E quando vedo quegli atteggiamenti di superficialità, dei miei colleghi nei miei confronti, non lo so finisco per isolarmi e magari poi anche a casa e ci sto male, anche se non mi lamento mai ne con mio marito ne con mio figlio. Sono abituata da sempre a tenermi tutto per me. Però non ci dormo la notte. Ho sempre mille pensieri. All'inizio cercavo di mantenere un certo autocontrollo a scuola, ma dopo ho visto che ne approfittavano sempre di più allora ho deciso di rompere qualsiasi relazione. Io sto bene per i fatti miei e le uniche relazioni sono giusto quelle dei consigli di classe quelle in cui sei costretta a vederti insomma.

I: Quindi solo relazioni a livello di lavoro...Secondo lei, quindi, i suoi colleghi, cosa pensano di lei?

P: Pensano che io sia una persona senza spina dorsale che mi faccio sopraffare dagli studenti, che non ho polso. Loro hanno questo modo di fare forse più autorevole, insomma così. Io non sono una che sono competitiva e ostile nei confronti degli altri e non che mi piace esasperare di grida gli studenti, ma evidentemente sono una mosca bianca. E mi sento una mosca bianca al lavoro. Cos' mi hanno isolata. Ma va bene così. Anche se una situazione che da un po' di tempo mi crea dei problemi

I: Quale tipo di problemi?

P: Mi crea molto stress, infatti, prima fumavo soltanto circa 10-12- sigarette al giorno, adesso, invece, a volte arrivo anche 25 sigarette al giorno, poi sono sempre giù di morale, torno a casa e piango e finisco per fumare e fumare quando sono sola, anche perché mio marito è sempre all'estero per lavoro. Certe volte mi viene voglia di dormire tutto il giorno, per non pensare a niente... così

I: Quindi fuma più di un pacchetto al giorno....

P: Eh Si, Guardi me ne rendo conto, so anche molto bene che è uno dei fattori.....come si dice..... di rischio cardiovascolare, problemi del cuore insomma. Io per fortuna non ho altri problemi, non ho il diabete non ho l'ipertensione. Ecco fortunatamente quello no

I: Bene, ho sentito che ha parlato di problemi di rischio cardiovascolare. Quindi è bene informata

P: Eh bhè ci credo, è morto mio padre di cuore...

I: ah, quindi c'è una familiarità con il padre

P: Si Io sa però non mi riesco proprio a spiegare come mai l'infarto è venuto a me e non a mio marito ad esempio che ha il colesterolo molto altino. Ma cosa ci vuol fare, sarà una questione di fortuna, che non ho mai avuto in vita mia. E dire che questo era il mio destino. Io non mi sento malata sa, solo sfortunata.

I:E' la prima volta che ha problemi di cardiovascolari?

P: Si, si mai avuto altri problemi di cuore, non ci sono mai state altre volte

I: non ci sono mai state altre volte ... Bene, senta scusi se glielo chiedo ...Lei per caso assume anche alcool?

P: Bhè no, ma non come le sigarette eh? Giusto 1 bicchiere di vino e qualche aperitivo, così prima di cena. Siccome sono spesso sola, mi faccio compagnia, con tv popcorn e un bicchiere di prosecco.

I: Quindi diciamo, una o due volte al giorno?

P: si, si. Ma il prosecco quando sono sola, mi guardo la tv, quando sono giù, mi bevo un bicchiere di prosecco e mi torna il sorriso

I: beve quando sente che tutto le sta crollando addosso?

P: Si, il prosecco, quando sono sola soprattutto, perché va be a scuola sono sempre sola e anche a casa e quindi certe volte bisogna farsi compagnia. Allora c'è la tv, Si va bhè mi cucino però...

I: Le andrebbe di raccontarmi come vive questa esperienza di malattia? Ha voglia di raccontarmi ?

P: Bella domanda. Mi viene di rabbia, poi mi viene da piangere. In questo momento perché ho avuto pure un infarto l'infarto. Ma io lo so perché capitano tutte a me. Non c'è speranza.

I: A quali cause è da imputare questo evento cardiovascolare secondo lei?

P: Secondo me allo stress sempre più intenso che ho sul posto di lavoro, infatti, la dimostrazione è che circa 5-6 giorni prima dell'infarto una mia collega mi ha criticata pubblicamente in un consiglio. Io non ho mica risposto sa? Sono andata via senza dire una parola. Lei è l'essere perfetto sa bella brava perfetta felice? Io invece la sfigata, sola e triste. Proprio siamo due poli opposti che però non si attraggono anzi Va bhè, questo era successo al mattino, nel pomeriggio ho iniziato ad avere dei dolorini al petto, ma siccome avevo appena finito di fare una rampa di scale con le due belle buste della spesa. Mio figlio svuota il frigo ogni due giorni! Comunque avevo immaginato che fosse per uno sforzo fatto, per cui non gli ho dato molto peso perché appunto convinta che fosse di natura muscolare. Il giorno dopo la mia consueta sigaretta prima di entrare a scuola ad un certo punto mi sono dovuta fermare perché sentivo un respiro affannoso poi piano piano sono riuscita a tornare a casa camminando molto lentamente. Dopo un giorno di riposo stavo bene e tutti i miei disturbi erano passati fino a quando ieri sera mentre mi bevevo un bicchiere alla tv ho sentito un dolore fortissimo al petto, sempre lo stesso ma 10 volte più intenso, così mi sono subito allarmata. Ma non ho chiamato mio figlio, che ha 15 anni ed è sempre in giro per gli affari suoi. Ho preso e andata ida sola in pronto soccorso con una paura incredibile. Ho rivisto la morte di mio padre in faccia. Poi mio marito non c'era. Da lì non ho capito molto. Sono stata dirottata in sala operatoria dove mi hanno detto che era un infarto e che mi dovevano fare la coronarografia e anche l'angioplastica. Non ci potevo credere sa?

I: Si rende conto della gravità di quello che è successo prendere la macchina da sola Questo la spaventa?

P: Amorte.

I: Pensa che la sua vita dopo questo evento cambierà?

P: No, penso proprio di no, dopo tutta una vita di sofferenza la ciliegina sulla torta, ci mancava solo l'infarto.

I: Mi sembra di capire che lei ha avuto una vita difficile. Le va di parlarne?

P: Oh, io sì sempre. Da sempre. Da ragazzina ero sempre insicura, avevo paura a parlare con tutti, quasi muta, poi non parliamo con i ragazzi. Mio marito è il primo e l'ultimo che mi abbia preso. Ringrazio io cielo almeno lui. Mia sorella invece mille ragazzi, una bella vita. Io la invidiavo sa? Sempre in viaggio. Io sempre chiusa in casa. Poi poverina durante un viaggio è morta in un incidente (*piange*). Io non l'ho mai superata. Mia mamma, che poverina era rimasta senza mio padre, è morta di cancro un anno dopo.. Era la sua figlia preferita. Non si è mai ripresa. E nemmeno io. Sa quelle famiglie in cui succede di tutto no? Ed io sono rimasta sola. Io proprio una vita bella no.

I: Però non è del tutto sola. E' vero sono capitate diversi eventi molto tristi e molto forti. Ma lei ha anche suo marito, sui figli. Pensa che suo marito e suo figlio la potranno aiutare una volta che tornerà a casa?

P: Mah, mio marito l'ho dovuto tranquillizzare. Mica gli ho detto la verità sa? Lui adesso è in Germania per lavoro e ho fatto giurare a mio figlio di non dire niente. Mica gli voglio rovinare la vita. Già ce l'ho rovinata io... Non c'è motivo di far preoccupare nessuno

I: Quindi come si comporterà una volta tornata a casa?

P: Per i primi giorni mi riposerò. So bene che dovrei ridurre a fumare qualche sigaretta e non dovrò stressarmi così tanto quando rientrerò al lavoro. Ma non penso che ce la faccio. La mia vita è ormai vuota, rovinata.

I: capisco che lei vede adesso tutto nero. Però ha affrontato altre battaglie nella sua vita. Ma non è sola, stiamo facendo un percorso insieme. Tanto è vero che quando tornerà a casa noi le daremo questo opuscolo, anche se lei è informata, glielo illustro.

L'infermiera illustra il libretto 1 sui fattori di rischio cardiovascolari.

Ci daremo dei piccoli obiettivi per mantenere quelli che vanno bene e per modificare quelli che non vanno.

P: Non capisco...cosa vuol dire prescrizioni terapeutiche, che dovrò prendere dei farmaci anche a casa? Io prendo già degli antidepressivi basta! Non riesco a gestirla questa roba.

I: si dovrà sempre prendere le stesse medicine che prende qua in ospedale

P: Ma io credevo che me li dessero soltanto in ospedale che poi passata questa non fossero più necessari. Se la terapia sarà la stessa di quella che mi danno qua... Io ripeto non mi sento una cardiopatica. Io non ce la faccio. Io sinceramente credo che non ci riuscirei a gestirla e poi oltre a questo la cosa che mi preoccupa di più è che mi limiterebbero molto la mia vita, proprio come mio padre prima che anche si fermasse il cuore, orari e mica orari, confusione. *(piange)*

I: La vedo molto triste e spaventata ... Capisco, suo padre è morto di infarto...cerchiamo di affrontare un problema alla volta, che ne pensa?. Noi le staremo vicina e faremo di tutto per aiutarla. Lei ha rischiato la morte. Ha un figlio signora. Noi siamo qui apposta per aiutarla.

P: Io mi sento bene adesso.

I: Lei si sente bene adesso perché è sotto controllo farmacologico.

P: Ma quindi li devo prendere anche a casa?

I: Li dovrà prendere sempre.

P: Sempre?

I: Onde evitare il rischio di un nuovo evento! Lei ha avuto un infarto, capisce?

P: mi fare sentire una cardiopatica...Io non me la sento di non prendere tutti sti farmaci perché secondo me, ripeto, non è necessaria, o al massimo di ridurla al minimo quei farmaci più importanti come la cardioaspirina che mi danno a mezzogiorno. Devo andare in giro col sacchettino come mio padre?

I: Signora siamo donne, li mettiamo nella borsetta!

P: *(ride)*

I: Lei non è sola..Posso farle vedere questo libretto sui farmaci?

P: Mi faccia pure vedere...

L'infermiera illustra il libretto n 2 sui farmaci

P: Speriamo di farcela, di non fare confusione

I: quali strategie pensa di mettere in atto per.... smettere di fumare?

P: Non lo so, anche adesso ho voglia di fumare sa? Ma la sigaretta no eh? Anche adesso me la fumerei sa? io non ce la farà mai a smettere di fumare lo so già. Non toglietemi quelle se no nella mia vita non rimane più nulla sa? E' l'unica soddisfazione che mi è rimasta nella vita.

L'infermiera da il numero del centro antifumo

P: Va bhè, proviamose ci riescono loro....

I: Le daranno tutte le indicazioni e anche le insegneranno alcune strategie proprio quando avrà voglia di fumare, come adesso.

L'infermiera prende appuntamento col centro antifumo fissando giorno e orario e comunicandolo alla paziente.

Ulteriori dati quantitativi da integrare con quelli qualitativi emersi dal colloquio narrativo:

Scala ansia punteggio 4

Scala depressione punteggio 9

Rabbia/ostilità punteggio 4

Profilo di personalità Tipo A punteggio 1

Profilo di personalità Tipo D punteggio 8

Scala autoefficacia punteggio 3

Scala sostegno sociale punteggio 2

ALLEGATO 8^

**ESERCITAZIONE DI GRUPPO
GRIGLIA DI VALUTAZIONE IN ITINERE**

Caso N. 3: La Sig.ra Melissa

Area SIM	Indicatore clinico e psico/sociale	Rilevato dal gruppo	Scheda SIM compilata	Interventi infermieristici individuati
A	Fumo	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____		
B	Alcool	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Altro (1) Es. Stress cronico (lutti familiari)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Non conoscenza	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Risposta emotiva alla terapia	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Altro (1) Prende antidepressivi	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Evitamento/ negazione	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []

Legenda:

1 inserire altre dimensioni e/o parametri rilevati dal gruppo

2 0= nessun intervento inserito nella SIM; 1= pochi; 2= abbastanza; 3= tutti gli interventi

**PERCORSO STRUTTURATO ASSISTENZIALE
DEL PAZIENTE CON SCA**

Evento Formativo

24-25-26-SETTEMBRE

Sala Maria Luigia

Hotel Palace Maria Luigia

**ESERCITAZIONE IN GRUPPO
COLLOQUIO PRE-DIMISSIONE**

Tutor: Foà Chiara, La Sala Rachele, Marletta Giuseppe, Tonarelli Annalisa

Caso clinico N. 1: Il Sig. Luca

Mandato: i membri del gruppo dovranno:

- evidenziare i fattori di rischio cardiovascolari **classici, additivi, psicosociali e legati all'aderenza terapeutica** presenti nel caso
- compilare la scheda SIM Area **Anagrafica e Area A, B, C, D** individuando i parametri/dimensioni alterati e gli interventi assistenziali clinici - educazionali e utilizzando il libretto pazienti N.1
- osservare nel colloquio pre-dimissione con il paziente l'utilizzo della tecnica della narrazione (**Area E**) utile per indagare ognuna delle precedenti Aree, narrazione e soprattutto le **difficoltà incontrate nell'aderenza** al piano terapeutico e le **strategie di coping** per far fronte alle difficoltà.
- **Simulare un colloquio post-dimissione**

Colloquio narrativo – Caso N.1 Sig. Luca

Ospedale Parma Unità Operativa UTIC, 24 ore dopo l'evento acuto cardiovascolare

I: Buongiorno Sig. Luca, come va? Come si sente oggi?

P: Bhè, Molto meglio grazie, anche se sinceramente non vedo l'ora di uscire di qua. Comincio ad essere un po' impaziente (*sbatte i piedi*)

I: Innanzitutto la voglio ringraziare di avere accettato di partecipare a questo colloquio.

P: prego! Mi dica pure.

I: iniziamo con delle domande di tipo socio-anagrafico. Mi parli un po' di lei.... quanti anni ha?

P: ho 38 anni

I: Dove abita e con chi vive?

P: Non sono sposato, e abito a Soragna con mia madre e mio fratello più piccolo sono io che gli faccio da padre da quando è morto mio padre 7 anni fa.

I: Dunque si occupa lei di sua madre e di suo fratello?

Eh, sì, sono io che porto il pane a casa! Luigi ha 24 anni, a cui tengo molto, perché voglio che studi

I: Lei che titolo di studio ha e che lavoro fa?

P: Eh io ho solo la licenza media e faccio il camionista da una vita, cioè trasporto latte, lavoro circa 15-16 ore al giorno tutti i giorni della settimana, senza un giorno di riposo. Guardi l'ultimo riposo che io ricordi risale a un mese fa e poi un giorno. Io non mi lamento sa? Però le dico che è un lavoro che non augurerei a nessuno

I: Mi spiega meglio?

P: E' molto stressante se ti capita poi un capo come il mio lo è ancora di più, perché ti sfrutta al massimo senza pietà fino, come nel mio caso, a farti avere quello che ho avuto. Ma d'altronde è quello che mi merito perché non avendo potuto studiare non potrei fare che lavori di questo tipo. Ho lavorato anche in un caseificio, ma anche quello non mi piaceva, mi trattavano come l'ultima ruota del carro....è vero che non sono una cima di sapere però ci vuole anche rispetto-insomma mi creda l'unica cosa che mi fa andare avanti in questo lavoro di è l'impegno che ho preso nell'accudire mio fratello, lui almeno sta studiando e spero che questi miei sacrifici possano dargli un lavoro che lo soddisfi di più di questo che ho io

I: Davvero una vita stressante con tante responsabilità. E mi dica, pensando adesso alla sua salute, quando ha avuto inizio il suo problema?

P: Problema? Ma io sono sempre stato bene, in vita mia non ho mai avuto nessun problema, mai niente..

I: quindi prima di sentirsi male non ha mai avuto nessun sintomo pregresso?

P: Da alcuni giorni mi veniva il fiatone, anche se stavo sempre seduto, visto che ero costretto a fare tanti chilometri in una giornata grazie al mio capo, il fatto è che non posso neanche ribellarmi perché il giorno dopo mi ritrovo senza lavoro e di questi tempi è meglio non rischiare!

Ieri mattina mi sono svegliato come sempre alle 4,30 circa e mentre mi lavavo ha avvertito un dolore fortissimo al petto che mi prendeva anche il braccio fi sotto il collo, ho fatto appena in tempo a fermare il camion. Poi ho chiamato subito mio fratello che poverino si è spaventato. Poi lui subito mi ha detto dove sei? E ha subito ha chiamato il 118 che mi ha messo delle etichette sul petto. Poi non mi ricordo come ha chiamato l'esame che mi stava facendo, e subito di corsa in ospedale dove mi hanno operato d'urgenza. Magari se mi controllavo prima me ne sarei accorto che qualcosa non andava. Anche per questo poi non ho mai fatto un controllo di nessun genere tipo esami del sangue, mai ci andavo dal medico..in questo mi sento molto in colpa dare sta preoccupazione a mia madre che povera ha perso mio padre e mica lavora. Ecco arrivare a questa età senza mai fare niente, sono stato proprio un poco di buono e invece è andata così. Ecco pero adesso vado avanti e non ci penso più. Il passato è passato.

I:Sa per caso di preciso quale motivo è stato ricoverato?

P:Mi hanno detto soltanto che ho avuto un infarto, ma non sono proprio un esperto della materia

I: Ha capito il “perché” di tutto ciò che le è stato fatto? Mi riferisco alla coronarografia e all'angioplastica ad esempio

P: No, non ho capito niente (*ride*)

I: Ecco adesso le spiego bene l'infermiera apre il libretto e spiega che cosa sia l'infarto e che cosa siano gli interventi chirurgici effettuati

I: Ha capito bene?

P: si si, adesso ho capito è che sa è successo talmente tutto velocemente, non mi va neanche tanto di pensarci. Adesso il mio pensiero è concentrato su qualcun altro

I: Vuole dire che adesso lei pensa al lavoro?

P. Vedo che ha capito molto bene! ma più che altro il mio datore di lavoro se ce l'avessi qui davanti non so cosa gli farei, ho una rabbia addosso che lei non si immagina!

I: Capisco le sue preoccupazioni, ma in questo momento è molto importante che lei si sforzi di concentrarsi sulla sua salute, per evitare di stare male di nuovo.

I: Quando si tratta di mangiare e di bere lei cosa preferisce?

P:I bhè la pasta salumi e i formaggi sono la cosa che mi piace di più, però mangio anche tanta frutta. Poi quando mi fermo all'autogrill coca cola e caffè e anche la redbull, ha presente? Ecco quelle cose li tengono svegli...

I: La verdura?

P: La verdura invece no. Quella proprio non mi piace

I:Lei fuma un pacchetto di sigarette al giorno...

P: Si, è vero che fumo tanto, ma con dei viaggi così lunghi è l'unico modo per farmi passare un po' il tempo, che stress poi sto lavoro non ci si ferma mai.

Guardando la sua cartella ha i grassi alti nel sangue e col peso non pare vada meglio, siamo ben oltre la normalità (LDL 170, PAS> 150 costantemente prima della terapia, BMI 34)

P: Sono grassottello sì, ho una bella pancia” ma è perché praticamente non mi muovo mai. Il motivo è che sto tutto il giorno seduto a guidare, si può immaginare la tensione, a volte non mi fermo neanche per mangiare, mangio un panino con il salame veloce intanto che guido, e la sera quando rientro alle ore 8 dalle 4,30 del mattino, sono affamato come un lupo, mi abbuffo e vado a dormire. Sono stanco morto, chi ha forza per fare altro? Ma io non mollo. Sono uno tosto io. Mi sono sempre mantenuto da solo. Non ho mai chiesto niente a nessuno nella mia vita. La pressione non sapevo di averla alta, forse anche mio padre ce l’aveva alta..

I: Suo padre quindi soffriva di pressione alta?

P: Sì, aveva il diabete molto alto. E’ morto presto per via del cuore ed anche per questo non ci voglio pensare. Quello che ci ha lasciato. Una madre sola e un fratello piccolo. Ma io mi sono sempre rimboccato le maniche sa? Mica ho avuto tempo di piangere!

I: Immagino. Tra qualche giorno lei tornerà a casa. Cosa pensa che cambierà?

P:E spero niente. Ossia di riuscire a tornare al lavoro il prima possibile perché economicamente non siamo messi bene, questa è la cosa che mi preoccupa di più.

I: e circa i cambiamenti che le sono stati consigliati e la terapia farmacologica che le è stata prescritta come si immagina che si comporterà?

P: come poi certo dovrò darmi una regolata in tutto, nel ridurre un po’ il fumare, che secondo me potevo riuscirci anche se un tentativo l’avevo già fatto ma è durato 3 giorni, poi la cosa più difficile sarà quella di mangiare meno e perdere un po’ di peso e soprattutto avere meno stress

I: Quali sono in particolare le difficoltà maggiori che lei pensa di incontrare in merito ai cambiamenti nelle abitudini di vita e ai farmaci che dovrà prendere?

P: Ripeto la cosa più difficile sarà resistere al mangiare, invece, ecco mi spieghi a quanto ho capito dovrò prendere dei farmaci anche a casa vero?

I: Sì, gli stessi farmaci che sta prendendo qui in reparto. Pensa che ci riuscirò?

P: Sì, ma per quanto li dovrò prendere?

I: Diciamo che è meglio che ci faccia presto l’abitudine sig, Luca!

P: Questo lo vedo un problema perché a parte il fatto che dovrò girare con i farmaci e vabbè tanto chi mi vede?.. Però poi questi farmaci me li passano? Perché se me li dovrò pagare è una spesa che le dico subito io non posso permettermi, magari potevo prendere soltanto quelli a non pagamento..Però viviamo proprio in un paese che fa schifo ...è possibile che un poveraccio deve essere costretto a pagarsi le medicine con tutte le tasse che paghiamo A me fan tutti arrabbiare, davvero, da destra a sinistra.

I: capisco che lei è arrabbiato, ma lasci che le spiego meglio, guardiamo insieme il libretto che porterà a casa con se e che dovrà consultare appena le viene qualche dubbio (*l’infermiera illustra le pagine del libretti pazienti*)

I: Bene, adesso, per essere sicura che mi sono spiegata bene, le dispiacerebbe ripetermi come dovrà comportarsi una volta tornato a casa e quando e quali farmaci dovrà prendere?

P: *il paziente ripete correttamente orari e prescrizioni di farmaci e cambiamenti di vita consigliati.*

I: come pensa che farà fronte alle difficoltà nel cambiare il suo modo di mangiare o smettere di fumare e ridurre lo stress?

P: per ora preferisco non pensarci. Se devo riprendere sti farmaci li prenderò certo. Le sigarette ci proverà ma sul resto vedremo adesso devo solo pensare a tornare a lavoro che se no qui mi lasciano a piedi ... altro che infarto!

(indagare la strategia di coping prevalentemente utilizzata fra le 5 indicate: *(orientamento attivo, attitudine positiva, orientamento religioso trascendente, ricerca di supporto sociale o negazione/evitamento del problema)*)

Ulteriori dati quantitativi emersi dal questionario da integrare con quelli qualitativi emersi dal colloquio narrativo:

Scala rabbia/ostilità punteggio 11

Scala autoefficacia punteggio 5

Scala ansia punteggio 8

Profilo di personalità A punteggio 7

**ESERCITAZIONE DI GRUPPO
GRIGLIA DI VALUTAZIONE IN ITINERE**

CASO 1: Sig. Luca

Area SIM	Indicatore clinico e psico/sociale	Rilevato dal gruppo	Scheda SIM compilata	Interventi infermieristici individuati
A	Ipertensione	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Dislipidemia	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Obesità	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
A	Altro (1) Es. Familiarità	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Attività fisica	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Alimentazione	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
B	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Non conoscenza della malattia	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Socio-economico basso	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
C	Altro (1) Es. difficoltà alimentazione e fumo	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Evitamento del problema	Si [] No []	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []
D	Altro (1) Es. stress lavorativo	Si [] No [] Specificare _____	Si [] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 []

Legenda:

1: inserire altre dimensioni e/o parametri rilevati dal gruppo

2: 0= nessun intervento inserito nella SIM; 1= pochi; 2= alcuni; 3= tutti gli interventi

Corso di Formazione
Sessione I – Parma - 24-25-26 settembre 2012
ESERCITAZIONE DI GRUPPO
GRIGLIA DI VALUTAZIONE IN ITINERE

Caso N. 1: La sig. Melissa

Gruppo:

Area SIM	Indicatore	A1^ Rilevato dal gruppo	A2^ Scheda SIM compilata	A3^ Interventi infermieristici individuati
A	Fumo	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 [X]
A	Altro (1)	Si [X] No [] Specificare _Familiarità_	/	/
Area SIM	Indicatore	B1^ Rilevato dal gruppo	B2^ Scheda SIM compilata	B3^ Interventi infermieristici individuati
B	Alcool	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [X] 3 []
B	Attività fisica	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 [X]
B	Altro (1)	Si [] No [] Specificare _____	/	/
Area SIM	Indicatore	C1^ Rilevato dal gruppo	C2^ Scheda SIM compilata	C3^ Interventi infermieristici individuati
C	Non conoscenza	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [] 3 [X]
C	Risposta emotiva alla terapia	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [X] 3 []
C	Alterazione dell'umore	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [X] 3 []
C	Altro (1)	Si [X] No [] Specificare: ostilità	/	/
Area SIM	Indicatore	D1^ Rilevato dal gruppo	D2^ Scheda SIM compilata	D3^ Interventi infermieristici individuati
D	Evitamento/negazione	Si [X] No []	Si [X] No []	0 [] 1 [] 2 [X] 3 []
D	Altro (1)	Si [X] No [] Specificare __Rabbia__	/	/

Legende:

1 inserire altre dimensioni e/o parametri rilevati dal gruppo

2 0= nessun intervento previsto nella SIM; 1= pochi; 2= abbastanza; 3= tutti gli interventi

A cura dei valutatori

Valutazione:

Area A – A1^ 1/1 A2^ 1/3 A3^ p.3/3 Area B – B1^ 2/2 B2^ 2/2 B3^ p.3
 Area C - C1^ 3/3 C2^ 3/3 C3^ p.7/9 Area D - D1^ 1/1 D2^ 1/1 D3^ p.2

E.C.M.
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Alleanza per la Prevenzione Cardiovascolare in
Regione Emilia Romagna

Data: 25 – 25 – 26 settembre 2012

Barrare con una crocetta le voci di interesse.

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alle sue necessità di aggiornamento

Non rilevante 1 2 3 4 Molto rilevante

2. Come valuta la **qualità** formativa di questo programma ECM?

Non rilevante 1 2 3 4 Molto rilevante

3. Come valuta le **modalità didattiche** utilizzate in questo evento formativo (es. lavori di gruppo su casi clinici/assistenziali, tecniche multimediali come filmati ...)

Non rilevante 1 2 3 4 Molto rilevante

4. Come valuta l'**utilità** di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?

Non rilevante 1 2 3 4 Molto rilevante

Suggerimenti, commenti e proposte

Test di valutazione finale

Percorso strutturato assistenziale del paziente con SCA**QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA**

N. B.: PER EVENTUALI CORREZIONI UTILIZZARE LA COLONNA POSTA A DESTRA DELLE RISPOSTE
LA CORREZIONE ESEGUITA SULLA STESSA COLONNA RENDERA' NULLA LA RISPOSTA.

1	Nei pazienti con sindrome coronarica acuta che smettono di fumare (indicare l'affermazione corretta)	A	Il rischio relativo di mortalità si dimezza in cinque anni	A
		B	Il rischio relativo di mortalità si dimezza in due anni	B
		C	Il rischio relativo di mortalità si azzerà in due anni	C
2	Il target terapeutico dell'intervento sul fumo, in prevenzione secondaria è	A	Cessazione completa ed immediata dell'abitudine al fumo	A
		B	Riduzione di almeno il 70% delle sigarette fumate, in tre mesi	B
		C	Cessazione completa in un anno oppure riduzione del 70% in tre mesi dell'abitudine al fumo	C
3	Il target di pressione arteriosa nei pazienti con pregresso infarto miocardico è:	A	< 140/90 mmHg	A
		B	< 130/90 mmHg	B
		C	< 130/80 mmHg	C
4	La misurazione domiciliare della pressione arteriosa si è dimostrata clinicamente utile e dovrebbe essere incoraggiata con la finalità di:	A	verificare i valori pressori quando è dubbia l'attendibilità dei dati rilevati al monitoraggio pressorio	A
		B	Fornire maggiori informazioni sull'efficacia della terapia	B
		C	Tutte le precedenti	C
5	Secondo quanto affermato dalle linee guida internazionali sulla prevenzione cardiovascolare secondaria, l'obiettivo da raggiungere nel controllo glicemico dei pazienti che hanno avuto un infarto è	A	Glicemia postprandiale < 100 mg/dl	A
		B	Glicemia a digiuno < 60 mg/dl	B
		C	HbA1c < 6,5%	C

6	Quali tra questi alimenti ha l'indice glicemico più basso	A	Riso integrale	A
		B	Carne	B
		C	Saccarosio	C
7	Obesità e sovrappeso sono legate ad un eccesso di peso corporeo in genere legato ad un incremento di tessuto adiposo. I due parametri di misurazione dell'eccesso di peso corporeo sono	A	Circonferenza vita (cm)	A
		B	Body mass index (kg/m ²)	B
		C	A+B	C
	Qual è il target di BMI da raggiungere nel paziente obeso e con pregresso infarto miocardico?	A	BMI 18,5-24,9 kg/m ²	A
		B	BMI 25 kg/m ²	B
		C	Non esiste un valore target.	C
9	La dieta cardio-protettiva per eccellenza è rappresentata da:	A	Dieta ad alto contenuto di carboidrati.	A
		B	Dieta Mediterranea	B
		C	Dieta ad alto contenuto di acidi grassi saturi.	C
10	Il primo piano della Piramide Alimentare è caratterizzato dalla prevalenza di:	A	Frutta e verdura.	A
		B	Cibi ad elevato contenuto di grassi.	B
		C	Cibi a prevalente contenuto proteico.	C
11	Una dieta a basso contenuto di grassi è caratterizzata da:	A	Un contenuto di grassi di circa il 30-35%.	A
		B	Una quantità di acidi grassi saturi inferiore al 7%.	B
		C	Tutte le precedenti.	C
12	La sindrome metabolica è sindrome clinica caratterizzata da almeno 3 delle seguenti condizioni	A	Obesità addominale, elevati valori di colesterolo totale, ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica	A
		B	Obesità addominale, elevati valori di trigliceridi, ridotti valori di HDL, ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica	B
		C	Elevati valori di BMI, elevati valori di trigliceridi, ridotti valori di HDL, ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica	C

13		A	Modificare lo stile di vita, correggendo le abitudini comportamentali sbagliate	A
----	--	---	---	---

	Gli obiettivi del trattamento della sindrome metabolica sono	B	Trattare con i farmaci i fattori di rischio (ipertensione, diabete, dislipidemia)	B
		C	A+B	C
14	L'esercizio fisico svolto in modo regolare è in grado di:	A	Aumentare i livelli di LDL	A
		B	Ridurre la pressione sistolica e aumentare la pressione diastolica	B
		C	Aumentare la sensibilità all'insulina	C
15	E' una controindicazione allo svolgimento di un normale programma di training fisico	A	Blocco atrioventricolare di primo grado	A
		B	Angina instabile	B
		C	L'obesità	C
16	La correzione dell'iperomocisteinemia determina:	A	Una riduzione del rischio cardiovascolare	A
		B	Un incremento del rischio cardiovascolare	B
		C	Nessun effetto sul rischio cardiovascolare	C
17	Quale di questi comportamenti è riconducibile ad un pattern comportamentale <i>di tipo D</i> ?	A	Inibizione sociale, affettività negativa, bassa autostima	A
		B	Aggressività, irascibilità, ostilità, senso di "urgenza" del tempo	B
		C	Pazienza, serenità, alta autostima e tolleranza alle frustrazioni	C
18	Quale fra queste <i>strategie di coping</i> è a lungo termine particolarmente disfunzionale?	A	Accettazione e rassegnazione	A
		B	Evitamento del problema	B
		C	Ricerca di sostegno sociale	C
19	Quale è la causa principale di trombosi intrastent?	A	Tipo di stent impiantato	A
		B	Interruzione precoce antiaggreganti	B
		C	Diabete	C
20	Dopo quanto tempo è possibile interrompere la duplice terapia antiaggregante in seguito a STEMI?	A	Auspicabile dopo un anno	A
		B	1 mese dopo impianto stent metallico e 6 mesi dopo impianto stent medicato	B
		C	A+B	C

21	Quale tra le seguenti affermazioni circa gli ACE-inibitori è FALSA	A	Sono utilizzati nel trattamento dell'ipertensione arteriosa	A
		B	Hanno un effetto sul rimodellamento cardiaco dopo l'infarto	B
		C	Rallentano la frequenza cardiaca	C
22	Quale tra questi è un possibile effetto indesiderato degli ACE-inibitori	A	Riduzione della pressione arteriosa	A
		B	Tosse stizzosa	B
		C	Riduzione dell'insufficienza ventricolare sinistra	C
23	Dopo un infarto miocardico le linee guida raccomandano	A	Inizio della terapia con beta bloccanti in tutti i pazienti con che non presentano controindicazioni	A
		B	Inizio della terapia con beta bloccanti solo nei pazienti con scompenso cardiaco	B
		C	Inizio della terapia con beta bloccante solo nei pazienti con normale frazione di eiezione	C
24	Quale di queste situazioni riguarda una forma di aderenza terapeutica <i>non</i> intenzionale?	A	Una bassa cultura della salute	A
		B	La convinzione soggettiva che i medicinali non siano efficaci	B
		C	L'insufficiente informazione sulla terapia	C
25	Quale di questi interventi si configura come un <i>intervento educativo</i> per migliorare l'aderenza terapeutica?	A	Riduzione del numero delle dosi e dei farmaci	A
		B	Contrattazione del comportamento	B
		C	Istruzioni chiare accompagnate da opuscoli informativi	C
26	La dislipidemia è una condizione nella quale sono presenti nel sangue elevate concentrazioni di lipidi. Quale di questi è il bersaglio principale della prevenzione secondaria?	A	Coleterolo Totale	A
		B	Colesterolo LDL	B
		C	Trigliceridi	C
27	Tra le misure dietetiche le linee guida raccomandano	A	Aumento dell'introito di acidi grassi mono- insaturi e poli-insaturi	A
		B	Riduzione dell'introito di acidi grassi saturi	B
		C	A+B	C

28		A	< 70 mg/dl, in tutti i pazienti	A
----	--	---	---------------------------------	---

	Dopo un infarto miocardio le linee guida raccomandano il raggiungimento di un target di LDL ?	B	< 90mg/dl	B
		C	Dipende dai valori di Colesterolo totale	C
29	Nel modello assistenziale "narrative nursing integrato":	A	L'accertamento infermieristico si basa sui segni e sintomi della persona oggettivabili e misurabili mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimico	A
		B	l'accertamento infermieristico si basa su parametri bio-clinici, sui vissuti di malattia e sui significati ad essa attribuiti dalla persona	B
		C	Entrambe le affermazioni precedenti sono errate	C

30	Nel modello assistenziale "narrative nursing integrato":	A	La salute è intesa come dimensione bio-clinica	A
		B	La salute è intesa come dimensione psico-socio-relazionale	B
		C	La salute è intesa come dimensione bio-clinica e psico-socio-relazionale	C

Data: 26 settembre 2012

Firma del/la Partecipante

Votazione finale:

ALLEGATO 14^

Prot. Nr.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Facoltà di Psicologia

UN'INDAGINE SULLA SALUTE IN CARDIOLOGIA

Per ogni domanda, risponda mettendo una crocetta o riempiendo la casella appositamente predisposta.

Non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte che rispecchiano (o che si avvicinano) alla sua personale opinione ed esperienza.

A tal fine Le chiediamo di rispondere con assoluta SINCERITÀ.

Garantendole il più assoluto ANONIMATO, la ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

Ai sensi dell'art. 12 della legge 31-12-'96 n. 675 e delle successive modificazioni (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), la raccolta dei Suoi dati personali é finalizzata unicamente a scopi di ricerca scientifica ed il trattamento avverrà in forma anonima. Responsabile del trattamento dei dati è la prof.ssa Tiziana Mancini del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma (tiziana.mancini@unipr.it)

Le domande che seguono sono finalizzate a raccogliere alcune **informazioni socio-anagrafiche**.
Le chiediamo di leggere con cura e di rispondere **a tutte le domande** riportate qui di seguito.

1.1 Lei è...

(dia una sola risposta barrando il numero)

- 1) Maschio
- 2) Femmina

1.2 In quale anno è nato/a?

1.3 Quale è il suo titolo di studio?

(dia una sola risposta barrando il numero)

- 1) Fino alla licenza elementare
- 2) Diploma di scuola media
- 3) Diploma di scuola superiore
- 4) Diploma universitario o laurea breve
- 5) Laurea o specializzazione post-laurea

1.4 Qual è il suo stato civile?

(dia una sola risposta barrando il numero)

- 1) Celibe/nubile
- 2) Sposato/a o convivente
- 3) Separato/a o divorziato/a
- 4) Vedovo/a

1.5 Con chi vive attualmente?

(può dare più risposte barrando i numeri)

- 1) Da solo/a
- 2) Moglie/Marito/Partner
- 3) Figlio/Figli
- 4) Genitori
- 5) Fratelli/Sorelle
- 6) Amici/ Coinquilini
- 7) Badante
- 8) Case appartamento, case di cura, casa per anziani o altre forme di alloggio comunitario
- 9) Altro *Specificare*) _____

1.6 Al momento Lei è....

(dia una sola risposta barrando il numero)

- 1. Lavoratore/trice dipendente
- 2. Lavoratore/trice autonomo/a
- 3. Pensionato/a,
- 4. Casalinga
- 5. Studente/ssa
- 6. Disoccupato
- 7. Disoccupato/a in cassa integrazione

8. Altro (Specificare) _____

1.7 Ha mai avuto un infarto?

(dia una sola risposta barrando il numero)

1. No
2. Mai
3. Si una volta
4. Si più di una volta

1.8 In passato lei è stato/a già ricoverato/a?

(dia una sola risposta barrando il numero)

1. Sì, per infarto
2. Sì per angina instabile
3. Sì, per altri motivi *Quali?* _____
4. No, era la prima volta che venivo ricoverato/a

1.9 Qual'è stato il motivo del suo ultimo ricovero nel reparto di Cardiologia?

(dia una sola risposta barrando il numero)

Per rispondere faccia riferimento al suo ultimo ricovero presso il reparto di Cardiologia

1. Infarto con ST sopraslivellato (STEMI)
2. Infarto con ST non sopraslivellato (NSTEMI)
3. Angina Instabile
4. Aritmie
5. Edema polmonare
6. Non ricordo
7. Altro

1.10 Quando è stato/a dimesso/a?

Indicare: mese/anno

_____/____

1.11 Oltre ai suoi attuali problemi di cuore, quali altri dei seguenti problemi di salute ha in questo momento e come valuta il loro livello di gravità?

(dia una risposta per ogni riga)

	Assente	Lieve	Moderato	Grave
--	---------	-------	----------	-------

Diabete				
Obesità				
Pressione alta				
Colesterolo alto				
Altre patologie (<i>Specificare</i>)_____				

Le domande che seguono riguardano il modo in cui Lei valuta la sua **qualità di vita, la sua salute o altri aspetti della sua vita. La preghiamo di scegliere la risposta che le sembra più appropriata.** Se è incerto/a sulla risposta da dare a una domanda, consideri che la prima risposta a cui si pensa è spesso la migliore.

Nel rispondere alla seguente domanda tenga presente che
1 = Mai; 6 = Sempre e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie
 Per favore tenga presente i suoi standard, le sue soddisfazioni e preoccupazioni.

	Mai					Sempre
2.1	Come valuterebbe la qualità della sua vita ?					
	1	2	3	4	5	6
2.2	Quanto è soddisfatto della sua salute?					
	1	2	3	4	5	6

Le domande che seguono le chiedono in che misura si è trovato a fare certe esperienze.

	Mai					Sempre
2.3	In quale misura sente che il dolore fisico la ostacola nel fare ciò che ritiene necessario fare?					
	1	2	3	4	5	6
2.4	Quanto spesso ha bisogno di ricorrere a un qualche trattamento medico per funzionare nella sua vita quotidiana?					
	1	2	3	4	5	6
2.5	Quanto si gode la vita?					
	1	2	3	4	5	6
2.6	In quale misura sente che la sua vita ha un significato?					
	1	2	3	4	5	6
2.7	Quanto riesce bene a concentrarsi?					
	1	2	3	4	5	6
2.8	Quanto si sente sicuro nella sua vita quotidiana?					
	1	2	3	4	5	6
2.9	Quanto è salubre il suo ambiente fisico?					
	1	2	3	4	5	6

Le domande che seguono le chiedono quanto ha sopportato o è stato capace di fare certe cose.

	Mai					Sempre
2.10	Ha energia sufficiente per far fronte alla vita quotidiana?					
	1	2	3	4	5	6
2.11	E' in grado di accettare la sua apparenza fisica?					
	1	2	3	4	5	6
2.12	Ha soldi sufficienti a soddisfare i suoi bisogni?					
	1	2	3	4	5	6
2.13	Quanto le sono accessibili le informazioni che le sono necessarie giorno per giorno?					
	1	2	3	4	5	6
2.14	In che misura lei ha l'opportunità di praticare attività del tempo libero?					
	1	2	3	4	5	6
2.15	Quanto bene riesce a muoversi?					
	1	2	3	4	5	6

Le domande che seguono le chiedono di dire quanto valuta buoni o soddisfacenti questi vari aspetti della sua vita.

	Mai					Sempre
2.16	Quanto è soddisfatto della sua capacità di svolgere le sue attività quotidiane di sussistenza?					
	1	2	3	4	5	6
2.17	Quanto è soddisfatto delle sue capacità lavorative?					
	1	2	3	4	5	6
2.18	Quanto è soddisfatto di se stesso?					
	1	2	3	4	5	6
2.19	Quanto è soddisfatto delle sue relazioni personali?					
	1	2	3	4	5	6
2.20	Quanto è soddisfatto della sua vita sessuale?					
	1	2	3	4	5	6
2.21	Quanto è soddisfatto del supporto che riceve dai suoi amici?					
	1	2	3	4	5	6
2.22	Quanto è soddisfatto delle condizioni del posto in cui vive?					
	1	2	3	4	5	6
2.23	Quanto è soddisfatto del suo accesso ai servizi per la salute?					
	1	2	3	4	5	6
2.24	Quanto è soddisfatto del suo mezzo di trasporto?					
	1	2	3	4	5	6

La domanda che segue le chiede quanto spesso ha avuto certe esperienze

2.25	Quanto spesso lei prova sentimenti negativi come umore nero, disperazione, ansia, depressione?					
	1	2	3	4	5	6

Qual è oggi il suo stato d'animo nei confronti del suo stato di salute?

Se Lei è stato/a recentemente ricoverato per **un infarto** o per **un'angina instabile** risponda pensando a quell'esperienza in particolare.

Per rispondere alle domande che seguono metta una crocetta tra lo **0** che indica il minimo grado della caratteristica descritta e il **10** che indica il massimo grado della caratteristica descritta; gli altri numeri esprimono posizioni

3.1 Si sente nervoso/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.2 Ha paura

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.3 Si sente giù di morale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.4 E' sereno/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.5 Pensa che riuscirà facilmente a risolvere il suo problema di salute (infarto o angina)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.6 Ha fiducia di poter affrontare al meglio il suo problema di salute (infarto o angina)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.7 E' demoralizzato/a per il tempo che la soluzione del suo problema di salute (infarto o angina) richiederà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.8 E' preoccupato/a per i cambiamenti che il suo problema di salute (infarto o angina) porterà nel suo stile di vita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.9 Ha paura che il suo problema di salute (infarto o angina) possa modificare la sua autonomia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sempre pensando al **suo attuale stato di salute** le chiediamo di esprimere un'opinione in merito a ciascuna delle affermazioni presentate di seguito.

Se Lei è stato/a recentemente ricoverato per **un infarto** o per **un'angina instabile** risponda pensando a quell'esperienza in particolare.

Nel rispondere alle seguenti domande tenga presente che
1 = assolutamente falso per me e **6 = assolutamente vero per me**
e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

		Assolutamente falso per me					Assolutamente vero per me
4.1	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile sento che mi piaccio di più come persona	1	2	3	4	5	6
4.2	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile sento di avere più controllo sulla mia vita	1	2	3	4	5	6
4.3	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile sento di non essere più la stessa persona che ero prima della malattia	1	2	3	4	5	6
4.4	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile mi sento diverso dagli altri	1	2	3	4	5	6
4.5	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile pensare al mio futuro mi sembra qualcosa di distante e irrealistico	1	2	3	4	5	6
4.6	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile non sono più contento/a di come sono	1	2	3	4	5	6
4.7	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile non mi sento in grado di fare ciò che vorrei fare	1	2	3	4	5	6
4.8	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile gli altri mi trattano in modo diverso	1	2	3	4	5	6
4.9	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile sono incerto su chi sono	1	2	3	4	5	6
4.10	Da quando ho avuto questo infarto/angina instabile ho trovato il senso della mia vita	1	2	3	4	5	6

Le domande che seguono riguardano la presenza di alcuni **sintomi** che Lei può aver o non aver avvertito nelle ultime quattro settimane.

Nel rispondere pensi alle sue ultime **QUATTRO SETTIMANE**

	4 o più volte al giorno	Da 1 a 3 volte al giorno	3 o più volte la settimana	1 o 2 volte alla settimana	Meno di una volta alla settimana	Mai nelle ultime 4 settimane
5.1	Le è mancato il fiato quando camminava di fretta in una strada in pianura o leggermente in salita?					
	1	2	3	4	5	6
5.2	Le è mancato il fiato quando camminava su una strada in pianura con persone a Lei coetanee?					
	1	2	3	4	5	6
5.3	Le è mancato il fiato quando camminava all'andatura più comoda per Lei?					
	1	2	3	4	5	6
5.4	Le è mancato il fiato quando si stava vestendo o lavando?					
	1	2	3	4	5	6

	4 o più volte al giorno	Da 1 a 3 volte al giorno	3 o più volte la settimana	1 o 2 volte alla settimana	Meno di una volta alla settimana	Mai nelle ultime 4 settimane
6.1	Ha avvertito dolori al petto, senso di oppressione al petto e/o attacchi di angina, quando svolgeva attività che richiedono il massimo sforzo?					
	1	2	3	4	5	6
6.2	Quante volte, in media, ha percepito dolori al petto, senso di oppressione al petto o attacchi di angina durante le sue attività quotidiane?					
	1	2	3	4	5	6
6.3	Quanto spesso i medici le hanno prescritto di prendere farmaci a base di Trinitrina (comprese o spray) per questi sintomi?					
	1	2	3	4	5	6
6.4	Quanto spesso ha preso tali farmaci nelle ultime settimane?					
	1	2	3	4	5	6

Nel rispondere alle domande successive tenga presente che
1 = per nulla limitato; 6 = moltissimo limitato/a
e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	Per nulla Limitato	1	2	3	4	5	6	Del tutto Limitato
7.1	Quanto in generale i sintomi hanno limitato il suo piacere di vivere?							
		1	2	3	4	5	6	
7.2	Quanto in generale i sintomi hanno limitato le sue attività quotidiane in famiglia?							
		1	2	3	4	5	6	
7.3	Quanto in generale i sintomi hanno limitato le relazioni sociali con gli amici e il suo tempo libero?							
		1	2	3	4	5	6	
7.4	Quanto in generale i sintomi hanno limitato le sue attività lavorative?							
		1	2	3	4	5	6	

Le chiediamo ora di rispondere alle seguenti domande **indicando per ciascuna affermazione SI oppure NO.**

Nel rispondere pensi sempre alle sue ultime **QUATTRO SETTIMANE**

8.1	Nelle ultime quattro settimane si è dimenticato/a di prendere i farmaci che le sono stati prescritti per il suo problema cardiaco?	SI	NO
8.2	Nelle ultime quattro settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso i farmaci che le sono stati prescritti per il suo problema cardiaco?	SI	NO
8.3	Nelle ultime quattro settimane ha mai ridotto o smesso di prendere i farmaci senza dirlo al suo medico perché si sentiva male quando le prendeva?	SI	NO
8.4	Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	SI	NO
8.5	Ha preso ieri i farmaci per il suo problema cardiaco?	SI	NO
8.6	Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per il suo problema cardiaco?	SI	NO
8.7	Quando sente che i suoi sintomi sono sotto controllo, a volte smette di prendere i farmaci?	SI	NO
8.8	L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento farmacologico?	SI	NO
8.9	Assume i farmaci prescritti regolarmente solo se qualcuno glielo ricorda?	SI	NO
8.10	Rinuncia ad acquistare alcuni farmaci prescritti per il suo problema cardiaco perché troppo costosi?	SI	NO

Sempre pensando alle sue ultime **QUATTRO SETTIMANE** quanto spesso le è capitato di

	Non mi è capitato	Meno spesso di prima del ricovero	Come prima del ricovero	Più spesso di prima del ricovero	
9.1	Fumare	1	2	3	4
9.2	Mangiare cibi salati	1	2	3	4
9.3	Mangiare cibi grassi	1	2	3	4
9.4	Condurre una vita sedentaria	1	2	3	4
9.5	Assumere alcolici	1	2	3	4
9.6	Assumere sostanze stupefacenti (es. cocaina, ecstasy, ketamina)	1	2	3	4

Sempre nelle ultime **QUATTRO SETTIMANE**, quanto spesso le è capitato di pensare a ciascuna delle seguenti affermazioni qui sotto riportate?

Nel rispondere alla seguente domanda tenga presente che

1 = Mai e 6 = Sempre

e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	Mi è capitato di pensare che ...	Mai					Sempre
10.1	Il trattamento terapeutico può fare poco per migliorare il mio <i>attuale</i> stato di salute	1	2	3	4	5	6
10.2	La terapia che seguo sarà efficace nel curare il mio <i>attuale</i> stato di salute	1	2	3	4	5	6
10.3	Gli effetti negativi del mio <i>attuale</i> stato di salute possono essere evitati o prevenuti con la terapia che seguo	1	2	3	4	5	6
10.4	La terapia che seguo può tenere sotto controllo il mio <i>attuale</i> stato di salute	1	2	3	4	5	6
10.5	Non c'è nessuna terapia che possa aiutare il mio <i>attuale</i> stato di salute	1	2	3	4	5	6

*Siamo molto interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita, come può essere il ricovero per un **infarto** o un'**angina instabile**.*

*Se Lei ha avuto un **infarto** o un'**angina instabile** risponda pensando a quella esperienza in particolare. Nel rispondere pensi anche in questo caso alle sue ultime **QUATTRO SETTIMANE***

Nel rispondere alla seguente domanda tenga presente che
1 = Mai e 6 = Sempre e gli altri numeri esprimono delle posizioni intermedie

	Mai					Sempre	
11.1	Mi sono preso/a del tempo libero e ho cercato di allontanarmi dalla situazione	1	2	3	4	5	6
11.2	Mi sono concentrato/a sul problema per vedere come potevo risolverlo	1	2	3	4	5	6
11.3	Mi sono rimproverato/a di essermi messo in questa situazione	1	2	3	4	5	6
11.4	Mi sono concentrato/a sul mio piatto o spuntino preferito	1	2	3	4	5	6
11.5	Mi sono sentito/a ansioso/a per la mia incapacità di affrontare la situazione	1	2	3	4	5	6
11.6	Ho pensato a come ho risolto problemi simili	1	2	3	4	5	6
11.7	Sono andato/a a trovare una persona amica	1	2	3	4	5	6
11.8	Ho deciso una linea di azione e l'ho seguita	1	2	3	4	5	6
11.9	Mi sono comprato/a qualcosa	1	2	3	4	5	6
11.10	Mi sono rimproverato/a perché me la prendo troppo	1	2	3	4	5	6
11.11	Mi sono organizzato/a in modo da dominare la situazione	1	2	3	4	5	6
11.12	Sono diventata molto agitato/a	1	2	3	4	5	6
11.13	Ho cercato di prendere subito provvedimenti	1	2	3	4	5	6
11.14	Mi sono rimproverato/a perché non sapevo cosa fare	1	2	3	4	5	6
11.15	Ho cercato di passare il tempo con una persona in particolare	1	2	3	4	5	6
11.16	Ho riflettuto su ciò che è accaduto e ho imparato dai miei sbagli	1	2	3	4	5	6
11.17	Vorrei poter cambiare quello che è successo e come mi sono sentito	1	2	3	4	5	6
11.18	Sono uscito/a per mangiare qualcosa o andare al bar	1	2	3	4	5	6
11.19	Ho analizzato il problema prima di reagire	1	2	3	4	5	6
11.20	Mi sono soffermato/a a pensare quanto sono inadeguato/a	1	2	3	4	5	6
11.21	Ho telefonato ad una persona amica	1	2	3	4	5	6

Per favore ci dica **come si è sentito/a NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE**.
Indichi per ciascuna affermazione **SI oppure NO**. Non pensi troppo prima di rispondere.

12.1	Nervoso	SI	NO
12.2	Teso, tirato	SI	NO
12.3	Spaventato	SI	NO
12.4	Inquieto	SI	NO
12.5	Timoroso	SI	NO
12.6	Impaurito	SI	NO
12.7	Preoccupato	SI	NO
12.8	Ho impiegato molto tempo per prendere sonno	SI	NO
12.9	Incapace di rilassarmi	SI	NO
12.10	In preda al panico o al terrore	SI	NO
12.11	Ho avuto la sensazione che potesse succedere qualcosa di brutto	SI	NO
12.12	Stanco	SI	NO
12.13	Triste	SI	NO
12.14	Inferiore agli altri	SI	NO
12.15	Incapace di divertirmi	SI	NO
12.16	Ho provato sensi di colpa	SI	NO
12.17	Disperato	SI	NO
12.18	Ho avuto pensieri di morte	SI	NO
12.19	Non ho provato interesse per le cose	SI	NO
12.20	Ho avuto la sensazione che la vita è brutta	SI	NO
12.21	Ho avuto la sensazione d'essere un fallimento	SI	NO
12.22	Inutile	SI	NO

Alcune **persone ci possono essere di particolare aiuto** quando ci si trova a dovere affrontare un problema di salute. Se Lei ha avuto **un infarto** o **un'angina instabile** risponda pensando a quell'esperienza in particolare.

Nel rispondere pensi sempre alle sue ultime **QUATTRO SETTIMANE**

Nel rispondere alla seguente domanda tenga presente che

1 = per nulla vero; 6 = del tutto vero

e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

		Per nulla vero					Del tutto vero	
		1	2	3	4	5	6	
13.1	C'è una particolare persona che mi è stata vicina quando ho avuto bisogno	1	2	3	4	5	6	
13.2	La mia famiglia ha cercato davvero di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	
13.3	I miei amici hanno cercato davvero di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	
13.4	Ho ricevuto dalla mia famiglia l'aiuto morale e il sostegno di cui ho avuto bisogno	1	2	3	4	5	6	
13.5	Gli infermieri che mi hanno assistito hanno davvero cercato di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	
13.6	C'è una particolare persona che è stata un'autentica fonte di conforto per me	1	2	3	4	5	6	
13.7	C'è una particolare persona con cui ho potuto condividere le mie gioie e i miei dispiaceri	1	2	3	4	5	6	
13.8	Gli infermieri che mi hanno assistito mi sono stati vicini nel momento del bisogno	1	2	3	4	5	6	
13.9	Ho potuto contare sui miei amici quando le cose andavano male	1	2	3	4	5	6	
13.10	Ho potuto parlare dei miei problemi nella mia famiglia	1	2	3	4	5	6	
13.11	Ho amici con i quali ho potuto condividere le mie gioie e i miei dispiaceri	1	2	3	4	5	6	
13.12	C'è una particolare persona che si è mostrata interessata ai miei sentimenti	1	2	3	4	5	6	
13.13	La mia famiglia è stata disponibile ad aiutarmi nel prendere decisioni	1	2	3	4	5	6	
13.14	Ho potuto condividere le mie gioie e i miei dispiaceri con gli infermieri che mi hanno assistito	1	2	3	4	5	6	
13.15	Ho potuto parlare dei miei problemi con i miei amici	1	2	3	4	5	6	
13.16	Ho ricevuto dagli infermieri che mi hanno assistito l'aiuto morale e il sostegno di cui avevo bisogno	1	2	3	4	5	6	

Siamo infine interessati a conoscere il suo livello di soddisfazione/insoddisfazione in merito alle cure ricevute dal personale infermieristico a seguito del suo problema cardiaco DURANTE IL SUO RICOVERO IN OSPEDALE. Se Lei ha avuto **un infarto o un'angina instabile** risponda pensando a quella esperienza in particolare.

Nel rispondere alla seguente domanda tenga presente che

1 = del tutto insoddisfatto; 6 = del tutto soddisfatto

e gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

		Del tutto insoddisfatto					Del tutto soddisfatto	
14.1	La quantità di tempo che gli infermieri le hanno dedicato	1	2	3	4	5	6	
14.2	La competenza degli infermieri nel loro lavoro	1	2	3	4	5	6	
14.3	La presenza di un infermiere vicino quando ne aveva bisogno	1	2	3	4	5	6	
14.4	Le conoscenze degli infermieri sul suo caso	1	2	3	4	5	6	
14.5	La prontezza con cui gli infermieri sono arrivati quando li ha chiamati	1	2	3	4	5	6	
14.6	Il modo in cui gli infermieri l'hanno fatta sentire a suo agio	1	2	3	4	5	6	
14.7	La quantità di informazioni che gli infermieri le hanno dato sulle sue condizioni di salute e sulla terapia	1	2	3	4	5	6	
14.8	La frequenza con cui gli infermieri controllavano che lei stesse bene	1	2	3	4	5	6	
14.9	L'aiuto ricevuto dagli infermieri	1	2	3	4	5	6	
14.10	Il modo in cui gli infermieri le hanno spiegato le cose	1	2	3	4	5	6	
14.11	Il modo in cui gli infermieri hanno rassicurato parenti e amici	1	2	3	4	5	6	
14.12	Il modo con cui gli infermieri svolgevano il loro lavoro	1	2	3	4	5	6	
14.13	Il tipo di informazioni che gli infermieri le hanno fornito sulle sue condizioni di salute e sul suo trattamento	1	2	3	4	5	6	
14.14	L'essere trattato come persona dagli infermieri	1	2	3	4	5	6	
14.15	Come gli infermieri hanno ascoltato le sue preoccupazioni e ansie	1	2	3	4	5	6	
14.16	La libertà che le è stata concessa in reparto	1	2	3	4	5	6	
14.17	La disponibilità degli infermieri a rispondere alle sue richieste	1	2	3	4	5	6	
14.18	La riservatezza e il pudore che gli infermieri le hanno garantito	1	2	3	4	5	6	
14.19	La consapevolezza dei suoi bisogni da parte degli infermieri	1	2	3	4	5	6	

Se desidera lasciare dei **commenti** utilizzi lo spazio sottostante

Se è interessato ai **risultati della ricerca** lasci il suo recapito, saremo lieti di informarlo/a alla fine della ricerca

Il questionario è terminato. Grazie per la sua preziosa collaborazione!