

Introduzione

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono fra le cause più frequenti di disabilità. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie da essa indotte (in particolare riferimento alla spesa farmaceutica, alle ospedalizzazioni e al ricorso di prestazioni presso servizi ambulatoriali) ne fa la principale fonte di spesa sanitaria del nostro Paese, senza per'altro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa.

Si pone il problema di come affrontare tale questione.

Da numerosi studi fatti in materia, si evince che uno degli strumenti più efficaci risulta l'adozione di uno stile di vita corretto e salutare.

Accanto alle terapie farmacologiche, gli interventi di tipo educativo acquistano sempre maggiore rilevanza, ed oggi come oggi, vengono considerati complementari nella terapia "riabilitativa" per ridurre nei pazienti con coronaropatia già manifesta, la progressione e l'instabilità evitando complicanze ed eventi avversi.

Meccanismo chiave per la buona riuscita di tali programmi educativi, e di conseguenza, l'aderenza del paziente nel modificare il proprio stile di vita, è la consapevolezza della malattia che lo ha colpito.

Il paziente dovrà non solo conoscere la patologia che lo ha portato a "stare male", ma anche riconoscere i propri fattori di rischio ed essere convinto che la modifica del suo comportamento possa condurlo ad un effettivo miglioramento del suo stato di salute.

I programmi di educazione terapeutica hanno proprio lo scopo di accompagnare l'utente in questo suo percorso di adattamento alla malattia, ma non solo, con essi si prefigge anche l'obiettivo di una corretta individuazione delle risorse da cui il paziente possa attingere per migliorare.

Numerose indagini condotte sia in Italia che all'estero hanno dimostrato che tali conoscenze sono spesso carenti o inesatte e che molti pazienti vengono dimessi senza essere sufficientemente consapevoli della malattia che li ha colpiti e delle possibilità di trattamento.

L'obiettivo di questo mio elaborato era valutare se questo enunciato risultasse valido anche nella nostra realtà.

Ho quindi proposto, anche grazie al supporto e consiglio degli infermieri che operano nella realtà cardiologica, un questionario che valutasse l'apporto educativo fornito all'utente dopo infarto N-STEMI, a cui veniva sottoposto a distanza di 48/72 h dalla dimissione.

Accanto a tale valutazione si offriva un servizio di counselling telefonico infermieristico, allo scopo di supportare l'utente nel lasso di tempo che va dalla dimissione al contatto con servizi ambulatoriali o medico di base.

La prima parte descrive il contesto in cui tale elaborato si sviluppa.

Il primo paragrafo vuole puntare i riflettori sull'aspetto educativo che la professione infermieristica è chiamata a svolgere e che spesso viene trascurata poiché considerata marginale o ad appannaggio di altre figure.

La trattazione continua spostando il focus in ambito cardiovascolare, poiché sarà quello il setting principale dell'indagine statistica.

Dall'analisi dei principali fattori di rischio causa di coronaropatie, si passa ad una breve presentazione delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), per poi soffermarsi maggiormente su una tipologia di infarto rientrante in tale categoria: l'IMA N-STEMI, infatti, questa sarà la caratteristica comune del campione analizzato.

La prevenzione secondaria in ambito cardiovascolare rappresenta l'ultimo paragrafo di questa prima sezione. In particolare vengono presi in analisi gli aspetti essenziali per la costruzione di un progetto educativo efficace. Le difficoltà riscontrate nell'aderenza dei pazienti al programma riabilitativo, mi ha permesso

di approfondire il metodo del counselling telefonico per la costruzione di un ponte tra ospedale e domicilio.

La seconda parte invece, prevede l'analisi dei dati statistici ottenuti, attraverso il metodo prescelto, che nel mio caso è costituito da un questionario somministrato a distanza pre-stabilita dalla dimissione del paziente a domicilio, a cui si accompagna un intervento di counselling telefonico breve a sostegno dell'educazione terapeutica fornita dall'èquipe curante nel periodo della degenza.

L'ultima parte, la terza, "tira le fila" del lavoro effettuato comprendendo le conclusioni ed osservazioni, esprimibili dall'analisi dell'indagine svolta.