

STUDIO OSSERVAZIONALE

Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia? Utilità di un incontro educativo tenuto da infermieri

Raffaella Amodio¹, Anna De Ponti¹, Loredana Sorbara¹, Fausto Avanzini^{1,2}, Paola Di Giulio², Mario De Martini¹

¹U.O.C. di Cardiologia-UTIC, Ospedale di Desio, Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, Desio (MI),

²Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Key words:

Coronary heart disease;
Lifestyles; Nursing;
Patient education.

Background. Most patients discharged after an acute coronary event or a coronary revascularization do not have adequate knowledge of the nature of their disease and of the importance of a correct lifestyle. The aim of this study was to assess the effectiveness of an educational intervention led by nurses for patients admitted to hospital for coronary heart disease (CHD).

Methods. Since May 2003, regular health education meetings for inpatients with CHD and their relatives have been held by the nurses of the Cardiology Division of the Desio hospital. The topics covered are the nature of CHD, its risk factors and the prevention of recurrences. Before and after the meeting, a questionnaire is administered to explore patients' level of knowledge.

Results. From May 2003 to September 2004, 201 patients attended the meetings (151 men and 50 women, aged from 37 to 89 years). The majority (n = 152, 76%) were admitted for an acute coronary syndrome. Attendance at the meeting significantly increased the patients' understanding of atherosclerosis (from 44 to 85%, p < 0.0001), coronary vessel function (from 56 to 92%, p < 0.0001) and the causes of cardiac necrosis or ischemia (from 58 to 88%, p < 0.0001). Their awareness of the importance of correct lifestyles increased, especially the number of patients willing to increase fruit and vegetable consumption (from 56 to 77%, p < 0.0001) or to increase physical activity (from 51 to 69%, p < 0.0001) to avoid a recurrence.

Conclusions. A health education meeting organized by nurses for patients admitted for CHD improves their knowledge of their illness and awareness of the benefits of correct lifestyles to prevent worsening of their disease.

(G Ital Cardiol 2009; 10 (4): 249-255)

© 2009 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 30 giugno 2008; nuova stesura il 21 luglio 2008; accettato il 22 luglio 2008.

Per la corrispondenza:

Dr. Fausto Avanzini

U.O.C. di Cardiologia-UTIC
Ospedale di Desio
Via Mazzini, 1
20033 Desio (MI)

E-mail:
fausto.avanzini@tin.it

Introduzione

Le malattie cardiovascolari rappresentano in Italia come in tutti i paesi industrializzati la più importante causa di morte prematura e una delle principali cause di disabilità. Le ragioni di questa "epidemia" sono da ricondurre soprattutto alle modificazioni nello stile di vita della popolazione, in particolare alla sedentarietà, ad un'alimentazione scorretta e al fumo di sigaretta^{1,2}.

Lo strumento più efficace per diminuire l'impatto delle malattie cardiovascolari a livello di popolazione è quello di favorire l'adozione di uno stile di vita più salutare. Molti studi hanno dimostrato che interventi volti a modificare lo stile di vita, al pari delle terapie farmacologiche, sono in grado di ridurre anche nei pazienti con coronaropatia già manifesta, la progressione e l'instabilizzazione della malattia^{1,3}. Da ciò deriva l'importanza di interventi di tipo educativo nel percorso di cura del paziente con cardiopatia ischemica⁴.

L'aderenza del paziente ad un programma di correzione dei fattori di rischio e, soprattutto, di modifica dello stile di vita non può prescindere da un'esatta comprensione della malattia che lo ha colpito. Affinché i pazienti possano non solo riconoscere i propri fattori di rischio ma anche, e soprattutto, essere convinti dell'importanza di modificare il proprio stile di vita è fondamentale che conoscano la natura e le cause della malattia di cui sono portatori e siano resi consapevoli di quali sono gli interventi che possono attuare per ridurre la probabilità di recidive. Numerose indagini condotte sia in Italia che in altri paesi hanno dimostrato che tali conoscenze sono spesso carenti o inesatte e che molti pazienti ricoverati per diverse manifestazioni di cardiopatia ischemica o per effettuare interventi di rivascolarizzazione coronarica, vengono dimessi senza essere sufficientemente consapevoli della malattia che li ha colpiti e delle possibilità di trattamento⁵⁻¹⁰. Ciò dimostra gli attuali limiti nella gestione dell'aspetto infor-

mativo ed educativo del trattamento fornito durante il ricovero.

Consapevoli di queste carenze anche nella nostra U.O. di Cardiologia-UTIC⁸ e incoraggiati dai risultati positivi ottenuti in altri paesi da iniziative di educazione alla salute organizzate da infermieri¹¹⁻¹³, abbiamo deciso di organizzare per i pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica un incontro educativo di gruppo gestito dagli infermieri di reparto e di effettuare a distanza di 3 e 6 mesi dall'incontro due telefonate personalizzate di rinforzo motivazionale. Gli obiettivi principali dell'incontro sono: spiegare gli elementi essenziali della patologia coronarica ed i fattori di rischio cardiovascolare e motivare il paziente a migliorare il proprio stile di vita per minimizzare il rischio cardiovascolare. L'obiettivo delle telefonate a distanza dall'incontro è quello di valutare ed incoraggiare l'adozione degli stili di vita "salvacuore" suggeriti nel corso dell'incontro.

Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'utilità di partecipare all'incontro educativo di gruppo nel migliorare le conoscenze dei pazienti sulla natura della malattia che li ha colpiti, sui fattori che ne hanno favorito la comparsa e sulle variazioni degli stili di vita che possono favorire la prevenzione di una recidiva.

Materiali e metodi

Dal maggio 2003 presso il reparto di Cardiologia dell'Ospedale di Desio si svolge un incontro periodico di educazione alla salute rivolto ai pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica e ai loro familiari. Gli obiettivi dell'incontro, la sua preparazione ed organizzazione sono già stati descritti in dettaglio¹⁴. Vengono qui brevemente riassunti gli aspetti essenziali.

L'incontro viene effettuato con cadenza quindicinale compatibilmente con i turni degli infermieri coinvolti ed è tenuto da due infermiere che si alternano nella presentazione. Vengono invitati a partecipare all'incontro tutti i pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica degenti in quel momento in corsia. La partecipazione agli incontri è estesa anche ai familiari ed ai pazienti eventualmente dimessi prima dell'incontro o trasferiti in altri ospedali, in genere per procedure urgenti di rivascolarizzazione coronarica chirurgica.

L'incontro dura circa 2h e la presentazione è divisa in due parti. Nella prima parte vengono forniti cenni di anatomia del cuore e delle coronarie e sono illustrati i principali fattori di rischio cardiovascolare. Nella seconda parte sono valorizzati i fattori di protezione coronarica, quelli che riducono la probabilità che nelle coronarie si sviluppino o si aggravino l'aterosclerosi: l'astensione dal fumo (non solo elencando i danni provocati dal fumo ma fornendo anche consigli pratici su come interrompere la dipendenza dalla sigaretta), sane abitudini alimentari (valorizzando la dieta mediterranea e suggerendo un'alimentazione varia, equilibrata, ricca di frutta, verdura e pesce), una regolare attività fisica (invitando il paziente a svolgere quotidianamente attività di tipo aerobico, personalizzata dal cardiologo in base alle caratteristiche della malattia). La presentazione è facilitata dall'utilizzo di materiale didattico costruito appositamente, non solo per rendere più chiari alcuni concetti o per esemplificare alcune strutture del corpo o procedure

mediche ma anche per facilitare la memorizzazione dei messaggi più importanti: lucidi da proiezione, poster appesi alle pareti, modellini di cuore, sezioni ingrandite di coronarie, cateteri per angioplastica coronarica e stent.

Nei primi mesi di avvio dell'iniziativa è stato somministrato ai pazienti, prima e dopo l'incontro, un breve questionario a risposte multiple che indagava le conoscenze ritenute essenziali sulla natura della patologia coronarica, sulle sue cause e sulle modalità per prevenire le recidive (il testo completo delle domande e delle possibili risposte è contenuto in Appendice). Il questionario prevedeva cinque domande:

- Sa che cos'è l'aterosclerosi?
- Sa a cosa servono le coronarie?
- Sa che cosa ha provocato problemi al suo cuore?
- Secondo lei cosa ha favorito la comparsa della sua malattia?
- Cosa pensa di poter fare per evitare di ricadere nella stessa malattia?

Il questionario somministrato prima dell'incontro indagava anche alcune abitudini del paziente riguardo alla sua alimentazione, all'attività fisica usualmente svolta nell'arco di una settimana e all'abitudine di fumare prima del ricovero.

Analisi dei dati

Per le variabili di tipo continuo sono presentati i valori medi $\pm$ DS e per le variabili categoriche il valore percentuale sia nell'intera popolazione dei pazienti studiati, sia nei due principali sottogruppi di età (<65 e $\geq$ 65 anni) e di pregresso ricovero per una qualsiasi manifestazione di cardiopatia ischemica (primo ricovero o storia di pregresso ricovero per cardiopatia ischemica).

Per il confronto delle risposte al questionario date prima e dopo l'incontro (risposta corretta vs risposta non corretta), si è utilizzato il test di McNemar. Sono state considerate significative differenze con $p < 0.05$.

Risultati

Il campione è costituito da 201 soggetti, tutti i pazienti che hanno partecipato agli incontri organizzati dal maggio 2003 al settembre 2004. Le principali caratteristiche dei pazienti sono illustrate nella Tabella 1. La diagnosi di dimis-

Tabella 1. Principali caratteristiche della popolazione studiata.

Età (anni)	66 $\pm$ 10 (range 37-89)
Sesso maschile	151 (75%)
Familiarità per cardiopatia ischemica precoce	52 (26%)
Storia di ipertensione arteriosa	125 (62%)
Storia di ipercolesterolemia	108 (54%)
Storia di diabete mellito	52 (26%)
Obesità (indice di massa corporea ≥ 30 kg/m ²)	34 (17%)
Sedentarietà	99 (49%)
Fumo di sigaretta	55 (27%)
Precedente ricovero per cardiopatia ischemica	75 (37%)
Pregressa rivascolarizzazione coronarica	39 (19%)

sione per 111 pazienti (55%) è stata infarto miocardico acuto, per 41 pazienti (21%) angina instabile e per 49 pazienti (24%) altre forme di cardiopatia ischemica in genere richiedenti interventi di rivascolarizzazione coronarica percutanea.

Conoscenza dei pazienti sulla malattia coronarica

L'analisi dei questionari somministrati prima dell'incontro ha dimostrato che più della metà dei pazienti non ha idea di cosa sia l'aterosclerosi e che quasi la metà non sa né a cosa servano le coronarie né in cosa consista la malattia che li ha colpiti.

Dopo l'incontro tali conoscenze aumentano significativamente: quasi la totalità dei pazienti conosce il significato del termine "aterosclerosi" (85 vs 44% prima dell'incontro, $p < 0.0001$), sa cosa sono le coronarie (92 vs 56%, $p < 0.0001$) e indica che la malattia che lo ha colpito è stata causata da un restringimento o da una chiusura di una coronaria (88 vs 58%, $p < 0.0001$) (Figura 1).

Conoscenza dei pazienti sui fattori di rischio coronarico

Tra i pazienti con fattori di rischio cardiovascolare, la consapevolezza che questi abbiano favorito la comparsa della malattia non è alta prima dell'incontro: ad esempio, meno della metà dei pazienti sedentari ritengono l'assenza di attività fisica un fattore di rischio e solo la metà degli obesi considera il peso eccessivo uno dei fattori predisponenti la malattia coronarica. Il fattore di rischio su cui esiste maggior consapevolezza risulta il fumo di sigaretta: tre fumatori su quattro ritengono il fumo uno dei fattori che ha contribuito alla comparsa della loro malattia.

Dopo l'incontro la percezione della responsabilità dei fattori di rischio nella genesi della malattia cresce per tutti i fattori di rischio, tranne che per la familiarità, anche se in modo statisticamente significativo solo per il fumo (Figura 2).

Consapevolezza dei pazienti dell'importanza dello stile di vita

Prima dell'incontro pochi pazienti sono consapevoli che, al di là della scrupolosa assunzione delle medicine che verranno prescritte, anche una modifica dello stile di vita potrà loro giovare. Solo poco più della metà dei pazienti si propone di fare più attività fisica o di aumentare il consumo di frutta e verdura. Al contrario, quasi tutti i fumatori sono concordi nell'esprimere il proposito di smettere di fumare.

Dopo l'incontro la percentuale di pazienti che intendono migliorare il proprio stile di vita aumenta in modo statisticamente significativo sia rispetto alla dieta sia rispetto all'attività fisica: la proporzione di soggetti che si propone di aumentare il consumo di frutta e verdura sale dal 56 al 77% ($p < 0.0001$) e quella dei soggetti che si propone di fare più attività fisica sale dal 51 al 69% ($p < 0.0001$) (Figura 3).

Analisi per sottogruppi

I pazienti più anziani mostrano in media, prima dell'incontro, una minore conoscenza della propria malattia e dei fattori di rischio responsabili ed una minore consapevolezza delle possibilità di prevenzione con l'adozione di stili di vita più corretti. La partecipazione all'incontro aumenta significativamente, nei giovani così come negli anziani, sia le

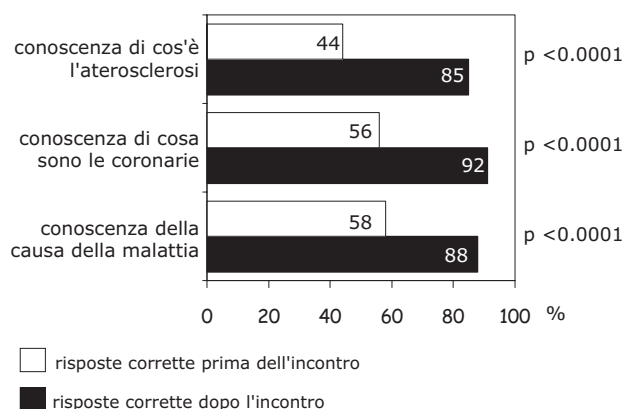


Figura 1. Conoscenza della propria malattia prima e dopo la partecipazione all'incontro.

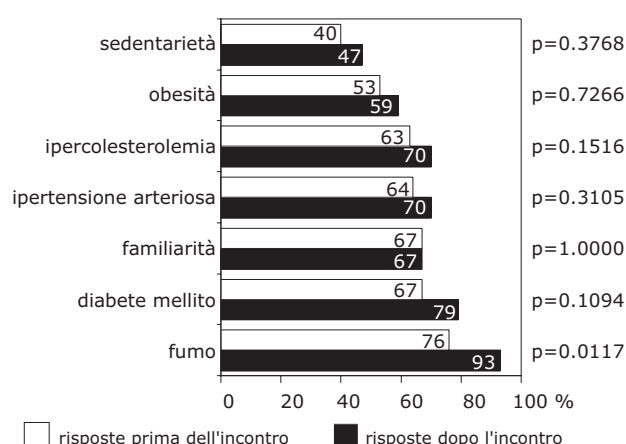


Figura 2. Nei pazienti portatori dei singoli fattori di rischio percezione che questi abbiano favorito la comparsa della malattia prima e dopo l'incontro.

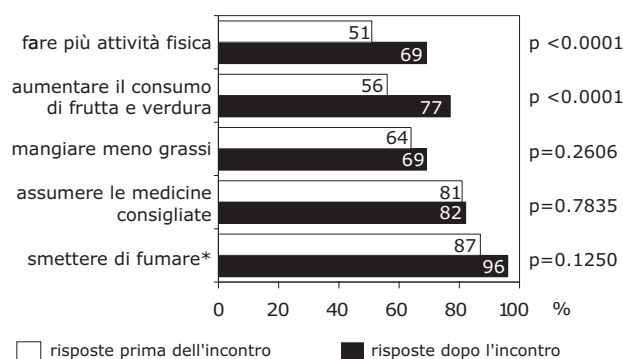


Figura 3. Propositi di comportamento espressi dai pazienti prima e dopo l'incontro per prevenire una recidiva di malattia coronarica. *percentuale calcolata sui fumatori.

conoscenze sulla natura della malattia che li ha colpiti, sia la consapevolezza che una maggior attenzione alla dieta ed un incremento dell'attività fisica quotidiana sono efficaci strumenti preventivi.

I pazienti con pregresso ricovero per una qualsiasi manifestazione di cardiopatia ischemica mostrano una mag-

giore conoscenza della natura della loro malattia rispetto ai pazienti al loro primo ricovero, ma non una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio coronarico o dei fattori di protezione legati allo stile di vita. La partecipazione all'incontro aumenta in modo statisticamente significativo sia le conoscenze sulla natura della malattia sia il proposito di ottimizzare lo stile di vita non solo nei pazienti ricoverati per la prima volta per una manifestazione di cardiopatia ischemica, ma anche in quelli con precedenti ricoveri (Tabelle 2 e 3).

Discussione

Conoscere la natura della patologia che li ha colpiti ed essere consapevoli degli strumenti disponibili per curarla al meglio è la premessa indispensabile perché si ottenga da parte dei pazienti ricoverati per una sindrome coronarica acuta o per eseguire un intervento di rivascolarizzazione coronarica lo sforzo necessario per modificare radicate abitudini di vita che rappresentano importanti fattori di rischio¹⁵. Nonostante durante la degenza in unità di terapia intensiva cardiologica e in corsia cardiologica i medici spieghino ai pazienti ricoverati per malattia coronarica in cosa consista la loro patologia, quali ne siano state le cause e in cosa consistano i rimedi, i risultati del nostro studio confermano quelli di altri studi ed indicano come la maggior parte dei pazienti rimanga senza una percezione adeguata della malattia che li ha colpiti⁵⁻¹⁰. In particolare risulta poco chiaro ai pazienti quanto rilevante sia stato il ruolo svolto dal loro stile di vita e, soprattutto, quanto sia importante modificare abitudini scorrette per evitare che il processo di aterosclerosi coronarica si aggravi e possa causare in futuro recidive di infarto o fasi di instabilizzazione dell'angina. In questo contesto, la creazione di uno spazio

nel corso del ricovero, appositamente riservato all'educazione-informazione del paziente e dei suoi familiari, gestito in modo autonomo dagli infermieri del nostro reparto, ha avuto risultati molto positivi. Il confronto tra le risposte al questionario compilato dai pazienti prima e dopo l'incontro nei primi mesi di attivazione dell'iniziativa dimostra come:

- aumenti in maniera significativa la comprensione da parte dei pazienti della natura della patologia che li ha colpiti;
- tenda ad aumentare la conoscenza sui fattori responsabili della malattia anche se in maniera statisticamente significativa solo per il fumo;
- aumenti la consapevolezza che l'adozione di alcuni stili di vita (in particolare, il mangiare più frutta e verdura e l'effettuare più attività fisica) possa essere di grande utilità per evitare recidive.

Da tempo iniziative di tipo educativo per pazienti affetti da cardiopatia ischemica gestite dal personale infermieristico sono svolte con risultati assai positivi in altri paesi dove tradizionalmente il ruolo dell'infermiere non si limita alla pura assistenza del malato^{11-13,16-20}. A livello europeo la recente iniziativa del progetto EUROACTION ha documentato la necessità e le potenzialità di iniziative di educazione del paziente cardiopatico ischemico, estese anche a livello familiare, fatte in collaborazione tra diverse figure sanitarie, ma con il preminente contributo degli infermieri²¹. Da qualche tempo anche in Italia iniziano a crescere esperienze di infermieri impegnati in attività di tipo educativo con risultati assai promettenti.

L'originalità del nostro intervento rispetto a quelli adottati nelle altre iniziative sta nella sua semplicità e nel limitato impiego di risorse umane e di tempo, richiedendo l'impegno di due infermieri per un paio d'ore ogni 2 settimane per l'incontro di gruppo ed 1-2h settimanali per le

Tabella 2. Conoscenza della propria malattia prima e dopo l'incontro in rapporto all'età e alla storia di precedente ricovero per cardiopatia ischemica: percentuale delle risposte corrette prima e dopo l'incontro educativo.

Conoscenza della propria malattia	Età <65 anni (n=93)	Età ≥65 anni (n=108)	Primo ricovero (n=126)	Precedente ricovero (n=75)
Conoscenza di cos'è l'aterosclerosi	51 vs 91% (p <0.0001)	38 vs 79% (p <0.0001)	40 vs 85% (p <0.0001)	51 vs 84% (p <0.0001)
Conoscenza di cosa sono le coronarie	66 vs 98% (p <0.0001)	48 vs 86% (p <0.0001)	51 vs 93% (p <0.0001)	65 vs 89% (p <0.0001)
Conoscenza della causa della malattia	67 vs 93% (p >0.0001)	50 vs 84% (p <0.0001)	56 vs 91% (p <0.0001)	61 vs 84% (p=0.0009)

Tabella 3. Propositi di comportamento per prevenire una recidiva di malattia coronarica in rapporto all'età e alla storia di precedente ricovero per cardiopatia ischemica: percentuale delle risposte prima e dopo l'incontro.

Propositi	Età <65 anni (n=93)	Età ≥65 anni (n=108)	Primo ricovero (n=126)	Precedente ricovero (n=75)
Aumentare il consumo di frutta e verdura	59 vs 81% (p=0.0003)	54 vs 73% (p=0.0023)	60 vs 79% (p=0.0002)	51 vs 72% (p=0.0062)
Fare più attività fisica	58 vs 76% (p=0.0021)	44 vs 62% (p=0.0031)	50 vs 71% (p=0.0002)	52 vs 65% (p=0.0414)

telefonate personalizzate di rinforzo dopo 3 e 6 mesi dal ricovero.

Riteniamo che diversi fattori abbiano giocato un ruolo importante nel favorire l'elevata comprensione dei principali messaggi proposti durante l'incontro ad una popolazione di pazienti assai eterogenea sia per età sia per formazione culturale:

- la presenza di una figura più familiare per il paziente quale è l'infermiere rispetto al medico;
- l'adozione di un linguaggio semplice con molte metafore;
- l'uso di sussidi didattici rappresentati da materiale illustrato sotto forma di lucidi da proiettare con l'ausilio di una lavagna luminosa o di plastici fatti per illustrare strutture o procedure complesse come una sezione di arteria coronaria o la simulazione di un'angioplastica;
- la struttura dell'incontro con spazi riservati alle domande dei pazienti;
- l'invito a partecipare all'incontro di un familiare così da coinvolgerlo nel favorire l'adozione da parte del paziente di adeguati stili di vita (preparazione di cibi adeguati, vigilanza su astensione dal fumo, stimolo a praticare un'attività fisica regolare, ecc.);
- la scelta di coinvolgere in ogni incontro diversi pazienti, ciascuno con la propria storia, talora con precedenti ricoveri, così da facilitare la discussione o l'esemplificazione di problemi con casi personali;
- la presenza a ciascun incontro di un numero non eccessivo di persone (in genere una decina) così da favorire il coinvolgimento personale e l'interazione reciproca;
- la scelta di uno spazio temporale e di un ambiente specificamente riservato per l'incontro così da favorire la predisposizione dei pazienti ad una maggiore attenzione e ricettività dei messaggi;
- la preparazione di grandi poster che rimangono sempre appesi nella sala soggiorno riguardanti i principali temi affrontati così da stimolare prima dell'incontro la riflessione personale su alcuni punti cruciali e favorire dopo l'incontro il consolidamento dei messaggi più importanti;
- la progressiva opera di aggiustamento/limatura della presentazione in base alle osservazioni o alle domande di chiarimento effettuate dai pazienti nel corso dei primi mesi di avvio dell'iniziativa.

Gli interventi educativi rivolti ai pazienti rispondono ad una sentita esigenza: i pazienti vogliono ricevere più informazioni dal personale sanitario ed avere un ruolo più attivo nelle scelte per la propria salute^{5,8,9}.

Questi interventi educativi possono dare risultati importanti solo se la conoscenza acquisita rimane nel tempo. Il limite principale del nostro studio sta nel fatto che la verifica dell'efficacia dell'incontro nel far comprendere i principali messaggi trasmessi è avvenuta subito al termine della riunione. Questo ha verosimilmente comportato una sovrastima delle conoscenze che rimarranno nel lungo periodo, perché inevitabilmente a distanza di tempo il ricordo delle informazioni fornite si riduce. Un secondo potenziale limite del nostro studio risiede nella brevità dell'intervento, limitato ad un solo incontro di gruppo di un paio d'ore e a due telefonate nei mesi successivi. Anche se altri interventi educativi di breve durata si sono dimostrati in grado di aumentare le conoscenze dei pazienti¹¹, in genere gli studi che hanno documentato l'efficacia di questi interventi nel modificare a lungo termine gli stili di

vita dei pazienti hanno utilizzato strategie più complesse rispetto a quelle adottate nella nostra esperienza^{12,13,16-20}. È chiaro comunque come questo limite del nostro approccio potrebbe trasformarsi in vantaggio nel momento in cui se ne documentasse l'efficacia nell'indurre un significativo cambiamento degli stili di vita dei pazienti. Per questo abbiamo avviato un'indagine telefonica sull'adozione di stili di vita "salvacuore" ad 1 anno di distanza da un ricovero per sindrome coronarica acuta su un campione di pazienti venuti agli incontri e su un campione di pazienti della stessa età e sesso, ricoverati nello stesso periodo e per la stessa patologia in altri reparti di cardiologia della nostra Azienda Ospedaliera. Ad un'analisi preliminare delle risposte fornite dai pazienti si rileva tra coloro che hanno partecipato all'iniziativa di educazione alla salute una maggior proporzione di soggetti che adotta sane abitudini alimentari (consumando frutta e verdura più di 1 volta al giorno e pesce più di 1 volta alla settimana), che pratica regolare attività fisica (mezz'ora o più al giorno) e che ha smesso di fumare²². Questi risultati sono stati di grande stimolo per proseguire con questa iniziativa infermieristica educativa che, avviata nel 2003, ancora prosegue nonostante le tante difficoltà organizzative incontrate¹⁴.

In conclusione, questo studio dimostra la fattibilità e l'efficacia di interventi sistematici di informazione dei pazienti, con il coinvolgimento dei familiari, anche in contesti, quali l'unità di terapia intensiva cardiologica e il reparto di degenza cardiologica, generalmente considerati ambienti chiusi. Dare più informazioni al paziente non rappresenta solo una risposta ad un diritto ma anche un mezzo importante per stimolare una variazione di comportamenti con potenziali rilevanti conseguenze cliniche.

Riassunto

Razionale. Molti pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica non acquisiscono una percezione adeguata della natura della loro malattia e ignorano quanto sia importante adottare un corretto stile di vita. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di un incontro di educazione alla salute tenuto da infermieri.

Materiali e metodi. Dal maggio 2003 gli infermieri della Divisione di Cardiologia-UTIC dell'Ospedale di Desio organizzano periodici incontri con i pazienti ed i loro parenti in cui illustrano i principali aspetti della malattia coronarica, i suoi fattori di rischio e le possibilità di prevenirla le recidive. Per valutare la comprensione dei principali messaggi è stato somministrato un questionario ai pazienti prima e dopo la riunione.

Risultati. Dal maggio 2003 al settembre 2004 hanno partecipato agli incontri 201 pazienti (151 maschi e 50 femmine di età compresa tra 37 e 89 anni) ricoverati prevalentemente per una sindrome coronarica acuta (152 pazienti, 76%). La partecipazione all'incontro aumenta significativamente il numero di pazienti che sanno cosa sia l'aterosclerosi (dal 44 all'85%, $p < 0.0001$), cosa siano le coronarie (dal 56 al 92%, $p < 0.0001$) e quale sia la causa della necrosi o dell'ischemia miocardica (dal 58 all'88%, $p < 0.0001$). Aumenta anche la consapevolezza dell'importanza di adottare stili di vita corretti, in particolare la proporzione di pazienti che si propone, per evitare una ricaduta della malattia, di incrementare il consumo di frutta e verdura (dal 56 al 77%, $p < 0.0001$) e di effettuare più attività fisica (dal 51 al 69%, $p < 0.0001$).

Conclusioni. Un incontro di educazione alla salute organizzato da infermieri per i pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica

migliora la conoscenza della malattia che li ha colpiti e la consapevolezza che stili di vita adeguati possano rappresentare strumenti importanti per evitarne l'aggravamento e prevenirne le diverse manifestazioni cliniche.

Parole chiave: Cardiopatia ischemica; Educazione del paziente; Nursing; Stili di vita.

Appendice

Questionario sulle conoscenze sulla natura e le cause della propria malattia e sulle possibilità di prevenire una ricaduta

Sa che cos'è l'aterosclerosi?

- ☐ è una malattia in cui si perde la memoria
- ☐ è la presenza di "incrostazioni" sulla parete delle arterie
- ☐ è una malattia che colpisce i nervi e i muscoli
- ☐ non so

Sa a cosa servono le coronarie?

- ☐ portano sangue ossigenato al cuore
- ☐ portano sangue ai polmoni
- ☐ sono le valvole del cuore
- ☐ non so

Sa che cosa ha provocato problemi al suo cuore?

- ☐ un'infezione
- ☐ una rottura del muscolo cardiaco
- ☐ un restringimento o una chiusura delle coronarie
- ☐ non so

Secondo lei cosa ha favorito la comparsa della sua malattia?

- ☐ la cattiva sorte
- ☐ il colesterolo alto
- ☐ il diabete
- ☐ una predisposizione familiare
- ☐ le eccessive preoccupazioni
- ☐ una scarsa attività fisica
- ☐ un virus
- ☐ il fumo
- ☐ la pressione alta
- ☐ il peso eccessivo

Cosa pensa di poter fare per evitare di ricadere nella stessa malattia?

- ☐ dimenticare in fretta questo ricovero e sperare nella buona sorte
- ☐ aumentare il consumo di frutta e verdura
- ☐ smettere di lavorare e condurre una vita rilassata
- ☐ assumere le medicine che mi consiglieranno
- ☐ bere più acqua
- ☐ mangiare meno grassi
- ☐ fare più attività fisica
- ☐ smettere di fumare

Bibliografia

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al, for the Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur Heart J 2007; 28: 2375-414.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al, for the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
3. Ketola E, Sipilä R, Mäkelä M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. Ann Med 2000; 32: 239-51.
4. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group. Circulation 2000; 102: 1069-73.
5. Scott JT, Thompson DR. Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. Patient Educ Couns 2003; 50: 167-77.
6. Steffenino G, Galliaso M, Gastaldi C, Ricca N, Mangiacotti B. Nurses' observational study on the practice of secondary prevention in a cardiovascular department. Ital Heart J 2003; 4: 473-8.
7. Celentano A, Palmieri V, Arezzi E, et al. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The "Help Your Heart Stay Young" study. Italian Heart J 2004; 5: 767-73.
8. De Ponti A, Sorbara L, Amodeo R, et al. Le conoscenze e gli stili di vita dei pazienti: indagine sui pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta nell'Unità Coronarica dell'Ospedale di Desio. Assist Inferm Ric 2006; 25: 163-9.
9. Rushford N, Murphy BM, Worcester MU, et al. Recall of information received in hospital by female cardiac patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14: 463-9.
10. Smith J, Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. J Clin Nurs 2007; 16: 662-71.
11. Plach S, Wierenga ME, Heidrich SM. Effect of a postdischarge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health-promoting behaviors. Heart Lung 1996; 25: 367-72.
12. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. BMJ 2001; 323: 957-62.
13. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. BMJ 2003; 326: 84.
14. Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L, et al. Organizzazione di un incontro di educazione alla salute dedicato ai pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta: l'esperienza degli infermieri dell'ospedale di Desio. Assist Inferm Ric 2006; 25: 170-5.
15. Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Nurs 2004; 3: 321-30.
16. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, et al, for the COACH Study Group. Coaching Patients on Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. Arch Intern Med 2003; 163: 2775-83.
17. Vestfold Heartcare Study Group. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003; 10: 429-37.
18. Young W, Rewa G, Goodman SG, et al. Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial. CMAJ 2003; 169: 905-10.
19. Cobb SL, Brown DJ, Davis LL. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. J Am Acad Nurse Pract 2006; 18: 31-9.
20. Jiang X, Sit JW, Wong TK. A nurse-led cardiac rehabilitation

- programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1886-97.
21. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al, for the EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 1999-2012.
22. Marigliani C. Esperienze post IMA. *Atti Cardionursing* 2006. <http://www.anmco.it/aree/elenco/nursing/presentazioni/presentazioni2006/presentazione.html?ID=12> [accesso 4 marzo 2009].