INDICE

INTRODUZIONE…….....2

CAPITOLO 1. LA SINDROME CORONARICA ACUTA ..……3

1.1 Classificazione …….....3
1.2 Eziologia e fattori di rischio …….....4
1.3 Fisiopatologia …….....5
1.4 Sintomatologia …….....6
1.5 Diagnosi: esami di laboratorio ed esami strumentali ..……6
1.5.1 Coronarografia ...……8
1.6 Prognosi e trattamento ……12
1.6.1 Trombolisi farmacologica ...……..13
1.6.2 Angioplastica coronarica ...…….....16

CAPITOLO 2. GESTIONE DELL'ANGINA INSTABILE …….....18

2.1 Uso del neurostimolatore midollare nell'angina pectoris refrattaria ….……20

CAPITOLO 3. PDTA NEL PAZIENTE CON IMA STEMI ….……..23

3.1 Fase preospedaliera ……...23
3.2 Fase ospedaliera …….....26
3.3 Fase di dimissione e follow-up ….……31

CAPITOLO 4. NURSING NELL'IMA NSTEMI ..……34

CAPITOLO 5. LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA ..……38

5.1 Linee guida per gli interventi educativi ……41
5.2 L'importanza della prevenzione secondaria ……...42
5.2.1 Ruolo tecnico ……..42
5.2.2 Counseling infermieristico ...……...42
5.2.3 Il counseling sessuale al paziente cardiologico: modello PLISSIT ….……44
5.2.4 Supporto psicologico ...…….....49

CONCLUSIONE……50

RINGRAZIAMENTI……..53

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA ……...58

INTRODUZIONE

Ho scelto di trattare l'argomento della sindrome coronarica acuta poiché si tratta di un tipo di affezione cardiovascolare di forte impatto psicologico ed emotivo nella vita di un paziente, è molto frequente, estremamente studiata ed è necessario che un professionista sanitario abbia piena padronanza nello stabilire delle priorità durante la fase acuta: egli deve saper identificare i rischi evolutivi di un quadro clinico di SCA e deve riuscire ad intervenire con immediatezza ed appropriatezza.

Un infermiere deve saper prendere parte alla definizione di un piano assistenziale individualizzato, indirizzando l'assistito verso i diversi setting, praticando interventi educativi che motivino l'assistito ad aderire alla terapia, a mettere in atto comportamenti nuovi, si parlerà di "scelte di salute".

Negli ultimi anni si è verificato un aumento del pazienti affetti da coronaropatie: buona parte di esse migliorano, ma è anche vero che certe terapie medico-chirurgiche, pur migliorando le condizioni di vita del paziente, non sono efficaci nel lungo termine. Infatti l'andamento di questo tipo di patologie è evolutivo, recidivante e porta il paziente a controlli ambulatoriali frequenti e ricoveri ospedalieri ripetuti.

L'assistito va dunque accompagnato, stabilendo con lui una relazione d'aiuto fondata sulla fiducia, sul rispetto. Il ruolo dell'infermiere è assistenziale, informativo ed educativo nel suo ambito di competenze. Il paziente ha bisogno di conoscere la sua patologia ed il percorso che dovrà affrontare per tenerla sotto controllo. Si deduce perciò che l'infermiere deve avere una buona preparazione professionale, tecnica e relazionale. Verranno analizzate quindi le varie sfaccettature dell'iter che un paziente percorre, guidato dall'infermiere, dal momento in cui avverte le prime avvisaglie di una sindrome coronarica acuta, sino al suo reinserimento nella propria rete familiare e sociale, ma soprattutto nel riconoscimento di sé stesso come persona autonoma ed indipendente.

CAPITOLO 1. LA SINDROME CORONARICA ACUTA

Definire una sindrome coronarica acuta presuppone la presentazione di un quadro clinico peculiare per la sintomatologia riferita dall'assistito e per i risultati di esami strumentali e laboratoristici.

Questa sindrome deriva dall'ostruzione acuta di un'arteria coronaria, ed ha conseguenze commisurate al grado ed alla localizzazione dell'ostruzione. Essa causa un diminuito afflusso di sangue ai tessuti a valle, e quindi un apporto di ossigeno inferiore al fabbisogno tissutale, che nei casi più infausti provoca una morte cardiaca improvvisa.

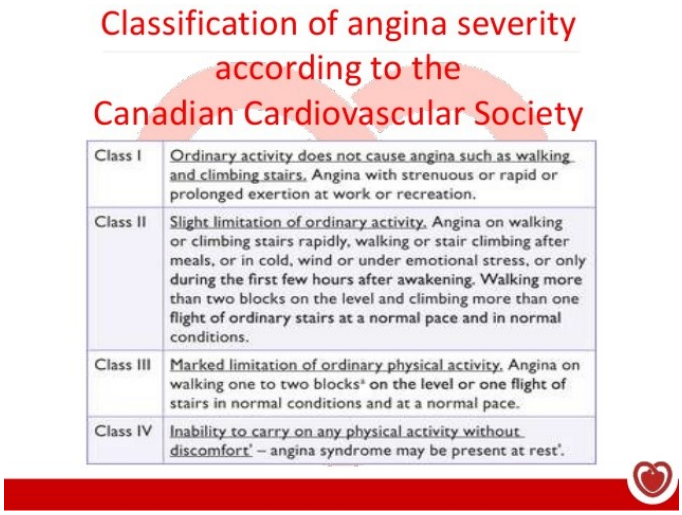
1.1 Classificazione

Va fatta una prima classificazione sulla serie di affezioni che la sindrome coronarica acuta comprende: angina instabile, infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST.

La sintomatologia generale di queste patologie è simile e tutte causano un'ischemia acuta del tessuto cardiaco. La diagnosi differenziale viene fatta attraverso una raccolta dettagliata dei segni e sintomi, l'esecuzione dell'ECG e mediante l'analisi dei marker cardiaci sierologici. Questi ultimi si rilevano attraverso un prelievo ematico poiché vengono rilasciati in circolo se il cuore viene danneggiato o minacciato da un agente stressogeno.

Le varie sindromi sono differenti per prognosi e trattamento, dunque è fondamentale la diagnosi differenziale.

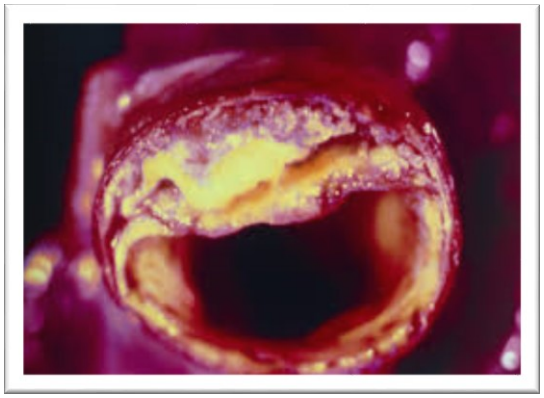
- *L'angina instabile* (insufficienza coronarica acuta, angina preinfartuale, sindrome intermedia) è definita come una o più delle seguenti situazioni in cui i marker sierologici cardiaci non soddisfano i criteri per IMA: angina a riposo per più


Classification of angina severity according to the Canadian Cardiovascular Society

Class I	Ordinary activity does not cause angina such as walking and climbing stairs. Angina with strenuous or rapid or prolonged exertion at work or recreation.
Class II	Slight limitation of ordinary activity. Angina on walking or climbing stairs rapidly, walking or stair climbing after meals, or in cold, wind or under emotional stress, or only during the first few hours after awakening. Walking more than two blocks on the level and climbing more than one flight of ordinary stairs at a normal pace and in normal conditions.
Class III	Marked limitation of ordinary physical activity. Angina on walking one to two blocks[a] on the level or one flight of stairs in normal conditions and at a normal pace.
Class IV	Inability to carry on any physical activity without discomfort[b] – angina syndrome may be present at rest[b].

di 20 minuti, angina di nuova insorgenza di gravità almeno di terza classe sulla scala della Canadian Cardiovascular Society (immagine nella pagina precedente). La terza classe indica: "marcata limitazione dell'ordinaria attività fisica", ovvero un'angina che si manifesta facendo da uno a due scalini oppure una rampa di scale in normali condizioni e a passo normale.

Durante l'angina possono verificarsi l'inversione, il sotto- o sopraslivellamento del tratto ST sul tracciato elettrocardiografico, ma sono solo transitori. L'analisi della creatinchinasi (CCK-MB) rimane a valori di range, la troponina può essere lievemente aumentata. Va comunque posta attenzione a questa condizione, spesso è il preludio di un infarto o di una morte cardiaca improvvisa.



- *Infarto del miocardio senza sopraslivellamento dell'ST (NSTEMI) o infarto subendocardico*: in questa condizione vi è la necrosi del miocardio evidenziata da valori alti di troponina I, troponina T e creatinfosfochinasi; l'ECG è alterato dal sottoslivellamento dell'ST, l'inversione dell'onda T o entrambe.
- *Infarto del miocardio con sopraslivellamento dell'ST (STEMI) o infarto transmurale*: vi è necrosi del miocardio con il sopraslivellamento del tratto ST all'ECG, non rapidamente reversibile con somministrazione di nitroglicerina; oppure compare un blocco di branca sinistra di nuova insorgenza. Troponina I o T e creatinchinasi risultano elevati.

1.2 Eziologia e fattori di rischio

Ci si chiede dunque quale sia l'eziologia di questa condizione ad esordio improvviso. La causa più comune è rappresentata da un trombo che si inserisce in un'arteria coronaria aterosclerotica, e quindi interessata da un processo infiammatorio dovuto al deposito di calcio, cellule infiammatorie, materiale fibrotico e colesterolo a formare ateromi (placche infiammatorie). Le placche aterosclerotiche induriscono le pareti dei vasi rendendoli meno

elastici, e ne riducono il calibro del lume. A volte la placca diviene instabile o si infiamma, rompendosi o frammentandosi, esponendo quindi il trombo. Si attiva così la cascata coagulativa e determina una trombosi acuta, che esita in necrosi tissutale di vario grado.

La formazione delle placche ateromasiche si ha in tutti i soggetti con certi fattori di rischio, che possono essere modificabili o non modificabili. I modificabili riguardano: alimentazione squilibrata e scarsa attività fisica, alti livelli di colesterolo ematico, abitudine tabagica, ipertensione, sovrappeso/obesità ed eventuale presenza di diabete. La "National Heart, Lung and Blood Institute" sostiene inoltre che gli ultimi studi praticati in merito hanno sottolineato l'importanza dei livelli ematici di proteina C reattiva: essa è un indice d'infiammazione, e se risulta tendenzialmente alta in varie misurazioni ripetute nel tempo espone i soggetti a maggior rischio di affezioni cardiovascolari rispetto a chi ha livelli bassi, poiché uno stato infiammatorio generale coinvolge anche i vasi sanguigni. Altri fattori di rischio riguardano lo stress e il consumo di alcol. Vi sono poi fattori di rischio non modificabili che riguardano la propria storia familiare in merito a patologie cardiovascolari, che è riconducibile alla genetica della persona, e il fattore età (si è maggiormente esposti sopra i cinquant'anni).

Ci sono poi delle cause meno frequenti come l'embolia dell'arteria coronarica (dovuta a stenosi valvolare, ad endocardite infettiva o a fibrillazione atriale), lo spasmo coronarico per uso di sostanze stupefacenti quali cocaina che causa infarto del miocardio anche in arterie sane, e la dissezione dell'arteria coronarica non traumatica dovuta a disturbi del tessuto connettivo.

1.3 Fisiopatologia

Le conseguenze dell'ischemia tissutale sono diverse a seconda dell'estensione del danno. Si ha una disfunzione miocardica quando il tessuto ischemico perde l'efficienza contrattile e di rilassamento. Se il tessuto coinvolto è esteso, si verifica un'insufficienza cardiaca accompagnata da una bassa gittata. Ciò porta alla formazione di trombi in quanto la parete si muove in modo disfunzionale. Un'altra conseguenza è l'infarto del miocardio, in cui la disfunzione è permanente, il tessuto è necrotico ed è circondato da un contorno ischemico potenzialmente reversibile. È difficile determinare se la necrosi sia a tutto spessore o soltanto superficiale, è per questo motivo che viene eseguito l'ECG. Quest'esame strumentale

permette di distinguere l'infarto stemi dal nstemi: lo stemi ha il tratto ST sopraslivellato ed è detto infarto "transmurale", il nstemi ha un sottoslivellamento dell'ST, un'inversione della T o entrambe ed è detto "subendocardico". La disfunzione può infine divenire anche elettrica in quanto i miociti colpiti da ischemia diventano incapaci di dettare la ritmicità e di garantire la conduzione dello stimolo elettrico. Ne conseguono aritmie ed anomalie di conduzione.

1.4 Sintomatologia

Il soggetto per cui va sospettata una sindrome coronarica acuta spesso si presenta in pronto soccorso con sintomi tipici: dolore toracico, sudorazione algida e profusa, dispnea, nausea, vomito. Il dolore toracico può essere riferito come retrosternale, oppressivo, sordo, trafittivo, costrittivo; talvolta è indicato come un "fastidio" a livello epigastrico accompagnato da eruttazioni, e viene attribuito dal paziente ad un'indigestione. Può irradiarsi al collo, alla mandibola, alle spalle ed alle braccia; talvolta si manifesta a destra piuttosto che a sinistra. È frequente che, nel descrivere il dolore, il paziente affermi: "E' un dolore mai provato prima".

È importante indagare la natura e la localizzazione del dolore, la sua frequenza e in che occasione si manifesta, se a riposo o sotto sforzo, per delineare un quadro preciso della situazione. Essendo una condizione che va trattata tempestivamente, il paziente alle prime avvisaglie deve recarsi al pronto soccorso più vicino dove il medico potrà stabilirne le cause. In caso di sospetto IMA, il paziente verrà sottoposto ad un elettrocardiogramma e verranno prelevati campioni di sangue per l'esame dei marcatori cardiaci.

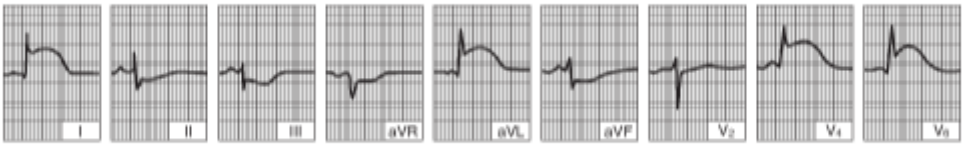
1.5 Diagnosi: esami di laboratorio ed esami strumentali

La diagnosi si espleta ricorrendo all'elettrocardiogramma, ai markers sierici cardiaci ed all'esecuzione di una coronarografia per la conferma diagnostica. La coronarografia va fatta tempestivamente nei riscontri di sopraslivellamento dell'ST o complicanze (dolore toracico persistente, ipotensione, markers molto elevati, aritmie instabili), è posticipabile (24-48 h) nell'angina instabile senza complicanze o negli IMA senza sopraslivellamento dell'ST. Una SCA può essere sospettata nei pazienti maschi di età > 30 anni e nelle donne > 40 anni, l'età

va diminuita nei diabetici. Va fatta diagnosi differenziale con il dolore proveniente da altre condizioni (fratture costali, polmonite, dissezione aortica acuta…ecc).

L'ECG è il fulcro dei processi decisionali in quanto dalla sua visione è possibile capire se si tratti di un infarto transmurale o subendocardico, è utile nella scelta dei fibrinolitici e può porre indicazione al cateterismo cardiaco urgente. Inoltre ogni pronto soccorso, per identificare in breve tempo una sca, va eseguita la misurazione dei parametri vitali completa di pulsossimetria, e va eseguita un RX torace.

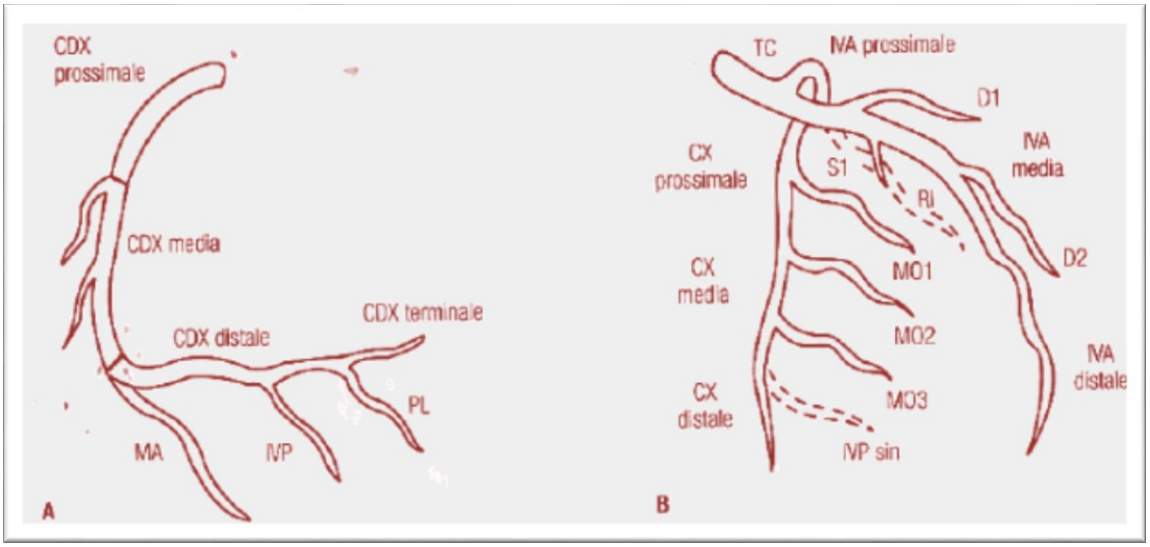
Nell'immagine è visibile un tracciato di un infarto STEMI con sopraslivellamento dell'ST, soprattutto nelle derivazioni I, aVL, V4 e V6.



Per quanto riguarda i marcatori cardiaci, come viene già detto sopra, vengono liberati nel circolo sanguigno in seguito al danno del tessuto miocardico. Si innalzano e diminuiscono i loro livelli ematici in tempi differenti, quindi possono fornire un'importante indicazione sulla tempistica in cui si è instaurato l'infarto. Essi comprendono: la troponina (I o T) che si alza immediatamente quando si instaura il danno e rimane alta per due settimane, la troponina ad alta sensibilità (si utilizza in angina instabile poiché rileva casi positivi a bassissime concentrazioni della proteina), creatinchinasi (CK) e creatinchinasi massa (CK-MB), mioglobina (poco usata poiché si innalza più tardi rispetto agli altri marcatori).

1.5.1 La coronarografia

La coronarografia è una procedura che spesso associa la diagnosi al trattamento percutaneo della SCA, ovvero all'angioplastica con l'inserimento di uno stent. La coronarografia fornisce quindi un utile mezzo clinico per definire la morfologia dell'albero coronarico nell'uomo.



Inoltre permette, attraverso l'inserzione percutanea nel sistema arterioso e/o venoso di un catetere apposito di effettuare: rilievi pressori nelle cavità cardiache, angiografie dinamiche delle cavità cardiache, angiografie selettive dell'albero coronarico destro o sinistro in più proiezioni radiologiche, angiografia digitale dell'albero arterioso periferico.

La procedura si svolge in sala emodinamica. L'equipe coinvolta in una coronarografia è composta da due medici cardiologi emodinamisti, due infermieri specializzati, un tecnico di radiologia medica specializzato. Il materiale necessario è: un kit personalizzato costituito da telo sterile, bacinella contenitore per i materiali utilizzati, pennello per preparazione campo sterile; 3 cateteri diagnostici per coronaro-angiografia 6Fr, un trasduttore per cateterismo cardiaco, un iniettore a siringa per angiografia, una guida metallica tipo J, un kit introduttore vascolare atraumatico 6 Fr-11 cm.

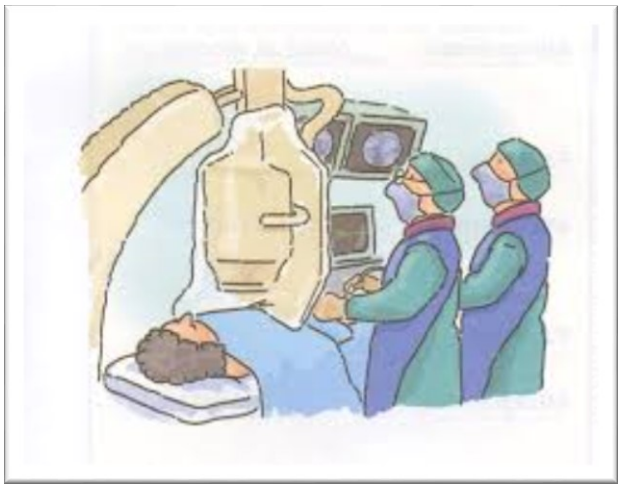
Per l'ammissione alla procedura vanno eseguiti i seguenti esami: screening ematologico, RX torace, ECG con visita cardiologica, ecocardiogramma color-doppler.

L'infermiere di reparto (UTIC, semi intensiva, U.O. Cardiologia) che ha in carico quel dato paziente è responsabile della preparazione all'esame:

a) Esegue un accertamento riguardante l'eventuale allergia del paziente al mezzo di contrasto; se presente, la segnala al medico e nella consegna infermieristica; se il paziente è affetto da insufficienza renale, va attuato il protocollo di nefroprotezione nell'U.O. di provenienza o in emodinamica prima di eseguire una coronarografia con mezzo di contrasto.
b) Esegue la tricotomia inguinale e radiale bilaterale
c) Controlla la presenza e rimuove le eventuali protesi dentarie
d) Somministra la premedicazione con ansiolitici se vi è prescrizione o protocollo, ed eventuali prescrizioni terapeutiche
e) Provvede alle consegne infermieristiche ed assistenziali per il personale di sala.

L'infermiere di emodinamica è invece responsabile della preparazione della sala emodinamica e del materiale d'uso ordinario, dell'inserimento dei dati anagrafici del paziente ed i dati procedurali, del trasporto e dell'accoglienza del paziente in sala, della verifica delle consegne infermieristiche e assistenziali. Il medico di reparto/UTIC è chiamato a:

a) Informare il paziente su indicazione, scopo e rischio di complicanze della procedura e alla verifica della correttezza e completezza del consenso informato all'esecuzione della procedura
b) Verifica l'assunzione della terapia farmacologica prescritta e le particolarità terapeutiche, come l'assunzione di terapia anticoagulante
c) Verifica gli accessi vascolari interessati alla procedura richiesta
d) Prescrive la premedicazione se necessaria
e) Fornisce ai medici di emodinamica le consegne clinico-terapeutiche del caso



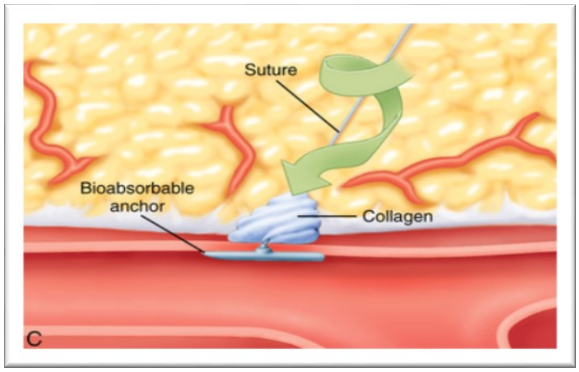
Il medico di emodinamica verifica se il profilo clinico e laboratoristico del paziente è idoneo alla procedura, poi indica le particolarità sulla scelta dei materiali e sull'accesso vascolare prescelto.

Per quanto riguarda la procedura, ha una durata di 40 minuti circa e viene eseguita in anestesia locale (lidocaina o carbocaina) della regione scelta per l'accesso vascolare (femorale, brachiale, radiale). Il primo operatore medico si occupa oltre che dell'anestesia, dell'inserimento dell'introduttore atraumatico con tecnica Seldinger e dei vari rilievi angiografici. Nell'orifizio di ogni arteria coronaria vengono iniettate direttamente piccole dosi multiple di mezzo di contrasto, mentre il paziente viene posto in proiezioni oblique anteriori destra e sinistra.

Infine il medico rimuove l'introduttore ed esegue l'emostasi a compressione digitale per 5-15 min. Il secondo operatore medico si occupa della parte burocratica inserendo i dati anagrafici e procedurali nel sistema di registrazione delle procedure, compila il referto descrittivo e la scheda procedurale.

L'infermiere A in emodinamica accoglie il paziente in sala, lo monitorizza con il sistema di registrazione poligrafico, effettua il campo sterile sulla zona di accesso scelta dal primo operatore. Assiste il primo operatore medico per tutta la procedura. Al termine dell'esame trasferisce il paziente nel lettino apposito ad effettuare la compressione del sito utilizzato. L'infermiere B di emodinamica collabora con A nell'accoglienza e la monitorizzazione del paziente, registra sul sistema di archiviazione le note relative alla procedura e i farmaci somministrati, registra le curve pressorie durante il cateterismo cardiaco di destra e/o di sinistra. Inoltre effettua la documentazione cartacea relativa al cateterismo cardiaco che si compone di: registrazione delle curve pressorie e report automatico dei valori pressori. Coadiuva A in situazioni di necessità. Infine esegue la compressione digitale se si verifica la necessità ed applica una medicazione compressiva sul sito utilizzato ad emostasi avvenuta.

In certe situazioni, come ad esempio una terapia anticoagulante in atto, o in casi in cui c'è la necessità di una somministrazione urgente della stessa, nel paziente sottoposto a CGR l'emostasi della femorale può essere fatta con un sistema meccanico, non con il digitale.



Vi sono due sistemi maggiormente usati di EFD (emostasi femorale diretta):

- Sistema *ANGIO-SEAL*: viene fissata un'ancoretta di materiale riassorbibile all'interno del lume del vaso e un tampone di materiale collagene compresso alla superficie esterna dello stesso. Lo posiziona il cardiologo emodinamista a fine procedura, e viene rimosso dopo 15 minuti. La mobilizzazione completa del paziente è possibile a due ore dall'emostasi.
- Sistema *VASO-SEAL*: appena viene rimosso l'introduttore, all'esterno del lume femorale è posizionato un tappo di collagene, associato ad una compressione digitale di 2 minuti. La mobilizzazione completa del paziente è possibile a due ore dall'emostasi.

Entrambi riducono i tempi di immobilità del paziente post-procedura e riducono i rischi di emorragia vascolare nel caso il paziente debba assumere terapia anticoagulante.

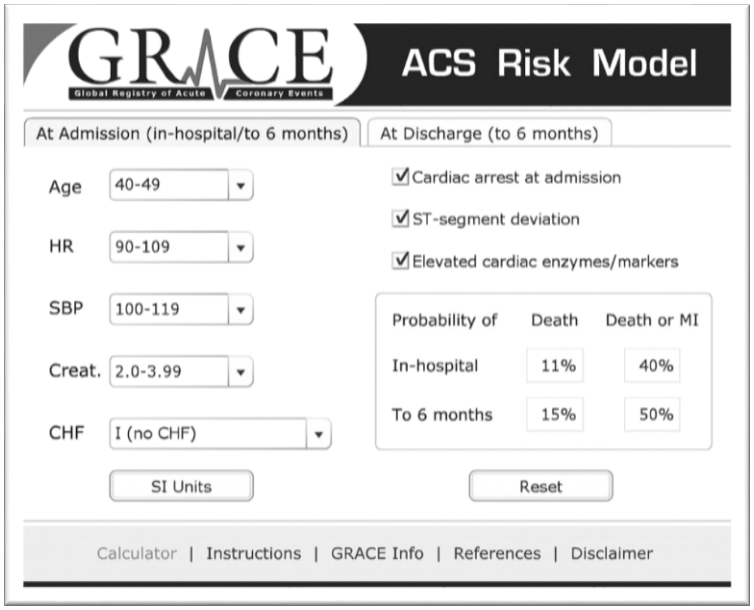
Dopo la coronarografia il paziente viene trasferito al reparto di provenienza o al servizio inviante se la procedura è stata eseguita in regime ambulatoriale. Nel caso durante la procedura siano comparse complicanze cliniche o meccaniche, o il paziente presenti particolari condizioni cliniche, l'indicazione è quella di trasferire il paziente in UTIC o in una U.O. di Cardiochirurgia.

Una volta che il paziente ritorna nel reparto di provenienza o viene trasferito in UTIC, vengono applicati i protocolli dell'unità operativa. In particolare, in UTIC vengono eseguiti: un ECG a 12 derivazioni, controllo della medicazione compressiva frequente (15-30-60 minuti), controllo e monitoraggio della pressione arteriosa, se richiesto vanno monitorati gli enzimi cardiospecifici, se prescritta va controllata e somministrata la terapia farmacologica aggiuntiva, se prescritto va fatto un monitoraggio dell'ECG telemetrico, se presente

un'Angio-Seal va controllata ogni 5-10-15 min. Inoltre il paziente va mobilizzato il prima possibile: per gli accessi femorali con emostasi digitale la mobilizzazione completa può essere effettuata dopo 12 ore dall'emostasi; per la femorale con EFD, brachiale digitale e radiale digitale è possibile dopo 2 ore dall'emostasi.

Se durante la procedura di CGR si verificano complicanze cliniche o meccaniche, può rendersi necessario il trasferimento del paziente in area intensiva o cardiochirurgica.

1.6 Prognosi e Trattamento



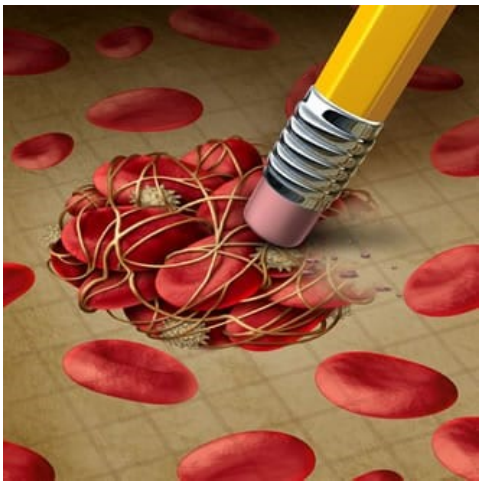
Per quanto riguarda la prognosi, il rischio globale viene stimato attraverso score clinici formali, come ad esempio l'indice di GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events).

Prende in esame l'età del paziente e l'anamnesi di interventi cardiochirurgici (24 punti) o di infarto miocardico (12 punti), la frequenza cardiaca e la pressione sistolica a riposo (il punteggio aumenta al diminuire della PA sistolica), la depressione dell'ST (11 punti), la creatinina sierica iniziale, gli enzimi cardiaci elevati e se non è stato fatto nessun intervento percutaneo coronarico in ospedale. All'aumentare del punteggio, aumenta la mortalità a 6 mesi dall'evento. La prognosi può essere anche definita con la combinazione di fattori ad alto rischio come: insufficienza cardiaca, angina/ischemia a riposo o durante attività di basso livello, diabete mellito, tachicardia ventricolare sostenuta.

Il trattamento preospedaliero prevede la somministrazione di morfina, aspirina, nitrati e ossigeno (acronimo MANO), ed immediato triage nel centro medicalizzato più vicino. I farmaci che vengono somministrati sono poi i seguenti: antiaggreganti piastrinici,

antianginosi, anticoagulanti. Dopodiché si esegue una coronarografia per valutare lo stato delle coronarie, la terapia di riperfusione con la somministrazione di fibrinolitici, l'intervento coronarico percutaneo o il bypass aortocoronarico chirurgico. Infine viene elaborata una terapia di supporto, il paziente verrà e seguirà la gestione cronica della malattia coronarica da parte del MMG.

L'obiettivo del trattamento è diminuire il disagio del paziente, eliminare l'ischemia diminuendo l'area necrotica.



1.6.1 Trombolisi farmacologica

I farmaci somministrati per la trombolisi dipendono dal tipo di sindrome coronarica acuta che si ha di fronte. Essi comprendono:

- Aspirina, clopidogrel o entrambi (il plasugrel o il ticagrelor sono delle valide alternative al clopidogrel se non è stata effettuata ancora alcuna terapia fibrinolitica): sono antiaggreganti piastrinici e vengono somministrati inizialmente ad una dose di carico equivalente a 160-325 mg (se non controindicata ad esempio per il rischio di un'emorragia pericolosa per la vita del paziente), poi ad una dose giornaliera di 81 mg a tempo indeterminato. La masticazione della compressa durante l'assunzione della prima dose ne aumenta l'assorbimento, perciò è consigliata questa modalità. Se l'aspirina non può essere assunta, si somministra clopidogrel alla dose di 75 mg/die o ticlopidina 250 mg. La ticlopidina è meno utilizzata per la cura routinaria poiché causa neutropenia e dunque sottopone il paziente a conta leucocitaria frequenti, oltre al problema dell'immunodepressione. I pazienti non sottoposti a rivascolarizzazione assumono acido acetilsalicilico associato a clopidogrel per 12 mesi; i soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invece devono assumere una dose carico di clopidogrel (300-600 mg 1 volta) al rientro in degenza, per migliore i risultati della procedura. Chi ha posizionato uno stent, deve assumere acido acetilsalicilico a tempo indeterminato.

- Betabloccanti: riducono la frequenza cardiaca, la contrattilità miocardica e la pressione arteriosa, riducendo il lavoro del cuore e il fabbisogno di ossigeno. La loro somministrazione in breve tempo dall'insorgenza dei sintomi significa limitare l'area di necrosi e migliorare la prognosi. Se compaiono bradicardia ed ipotensione va bloccata l'infusione e va somministrato l'isopreterenolo, che ha azione antagonista verso la suddetta categoria di farmaci.
- Eparina non frazionata ed eparina a basso peso molecolare, o bivalirudina nei pazienti con IMA STEMI ad alto rischio di sanguinamento: sono anticoagulanti e spesso fanno parte della terapia routinaria a lungo termine dei pazienti ad alto rischio di emboli sistemici (ad es. chi è affetto da fibrillazione atriale). L'embricamento con anticoagulanti orali deve iniziare 48h post intervento percutaneo o dalla risoluzione dei sintomi. L'eparina non frazionata è complicata da utilizzare poiché ogni 6h vanno modificati i dosaggi per ottenere un PTT adeguato, se si sviluppa un sanguinamento è di breve durata e si risolve interrompendo l'infusione di eparina e iniziandone una di solfato di protamina. Le eparine a basso peso molecolare son più semplici da gestire poiché la dose è calcolata sul peso del paziente e non richiede il controllo frequente del PTT.

- Nitroglicerina EV o morfina: i nitrati sono vasodilatatori che riducono il precarico ed il postcarico del ventricolo sinistro, in modo da ridurre anche il fabbisogno di ossigeno tissutale e ridurre l'ischemia; vengono somministrati durante le prime 24-48 h nei pazienti con insufficienza cardiaca, infarto miocardico anteriore esteso, ipertensione, dolore toracico persistente. La pressione sistolica dei pazienti a cui viene somministrata non deve essere portata sotto i 110-120 mmHg, è piuttosto preferita l'angioplastica percutanea d'emergenza senza somministrazione di ulteriori nitrati. La nitroglicerina è preferita alla morfina, quest'ultima va somministrata con cautela se la prima non è indicata o non risulta essere efficace. La nitroglicerina è indicata per il dolore toracico e la via sublinguale è quella che inizialmente si preferisce. In contemporanea

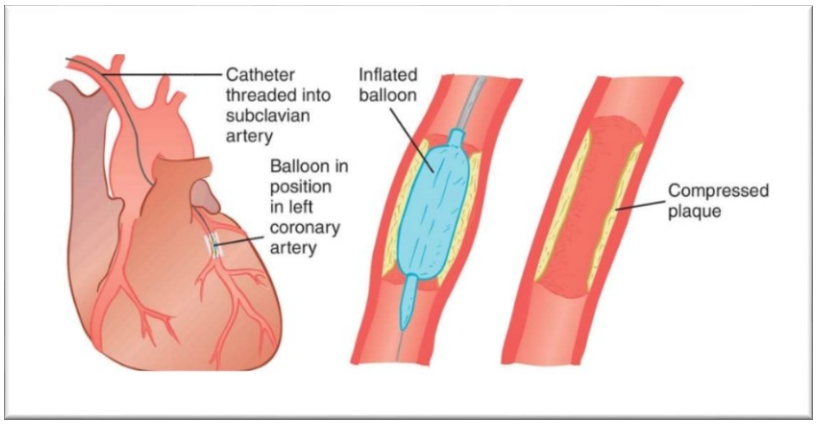
viene istituita una somministrazione continua EV a goccia lenta. La morfina è somministrata a dosi di 2-4 mg ripetute ogni 15 minuti previo accertamento e monitoraggio dei livelli di dolore. La morfina ad alto dosaggio causa depressione respiratoria, diminuisce la contrattilità miocardica e provoca forte vasodilatazione venosa. All'ipotensione e bradicardia legate alla morfina si può ovviare sollevando gli arti inferiori del paziente. Va tenuto presente che tenere sotto controllo il dolore può comunque migliorare l'efficienza di ventilazione del paziente. La nitroglicerina endovena è utile per diminuire l'ipertensione con cui il paziente arriva in PS: essa riduce il lavoro cardiaco. Se la situazione si capovolge e il paziente manifesta un'ipotensione grave, vanno somministrati liquidi e farmaci vasopressori secondo il grado di ipotensione.

- Fibrinolitici: si attua per determinati pazienti per cui un intervento percutaneo coronarico non è disponibile nell'immediato; si tratta di streptochinasi, alteplase, tenecteplase, anistreplase e reteplase, tutti attivatori del plasminogeno che avrà il compito di lisare la fibrina del trombo. Devono essere prescritti e somministrati solo se non controindicati, esclusivamente nell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento dell'ST se l'esecuzione di una angioplastica coronarica non possibile in tempi brevi: questo perché peggiorano la prognosi nell'angina instabile e nell'IMA senza sopraslivellamento dell'ST.
- ACE-inibitori: possono essere somministrati a lungo termine per i loro effetti positivi
- Statine: oltre agli effetti a lungo termine, posseggono effetti a breve termine: stabilizzano la placca, ripristinano la funzione endoteliale, riducono l'infiammazione e la trombogenicità.

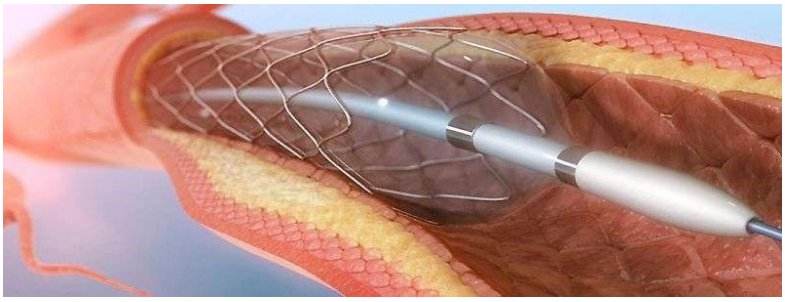
1.6.2 Angioplastica coronarica

L'angioplastica coronarica o PTCA è una tecnica di rivascolarizzazione miocardica per via percutanea, con cui si ristabilisce il circolo coronarico che era stato ostacolato o interrotto da una stenosi. L'accesso che si utilizza è l'arterioso femorale in genere, ma avviene anche per le vie brachiale e radiale.

Si posiziona un catetere dilatatore munito di un palloncino gonfiabile all'estremità, che si porta all'interno della porzione ristretta dell'arteria coronaria, servendosi di una guida. Quest'ultima oltrepassa il tratto stenotico, il catetere si ferma all'interno del tratto suddetto. Il gonfiaggio ad alta pressione del palloncino, lo spinge contro il restringimento e la parete dell'arteria, così da ripristinare il flusso, poi viene sgonfiato e rimosso.



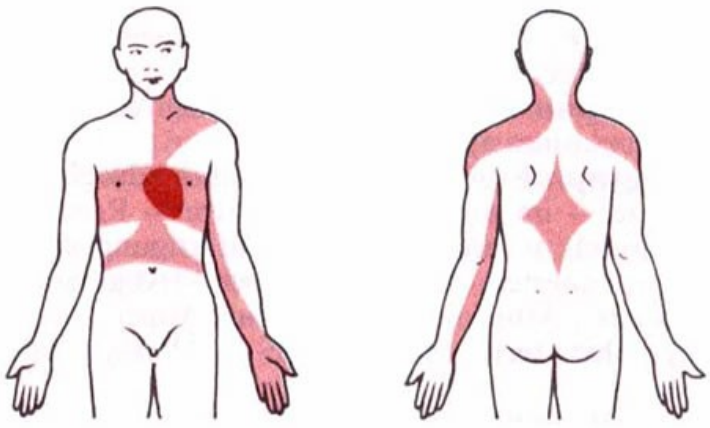
La stessa procedura viene effettuata anche quando deve essere posizionato uno stent: esso è una endoprotesi vascolare costituita da una retina di metallo che viene introdotta nel vaso sanguigno montata sul catetere a palloncino. Il medico manovra il catetere nell'arteria bloccata e gonfia il palloncino, che va a premere lo stent contro la parete vasale. Quando il palloncino viene sgonfiato e rimosso, lo stent resta permanentemente in loco, mantenendo il vaso pervio e migliorando il flusso sanguigno. Il posizionamento di uno stent consente di ottenere un risultato migliore in termini di mantenimento della pervietà del vaso dilatato sia a breve che a lungo termine di oltre il 50% rispetto alla semplice PTCA.



La procedura viene eseguita in U.O. di Emodinamica. L'equipe è composta da: due medici cardiologi emodinamisti, due infermieri specializzati ed un tecnico di radiologia medica specializzato. Per l'ammissione alla procedura sono necessari i seguenti esami: screening ematologico, RX torace, ECG e visita cardiologica, ecocardiogramma Color-Doppler. Il management infermieristico pre-procedura, durante la procedura e nel post-procedura è complessivamente identico a quello che si mette in atto per la coronarografia. Tutti i pazienti sottoposti a procedura di rivascolarizzazione coronarica percutanea (PTCA) con o senza inserzione di stent endovascolare effettuano un follow-up clinico-strumentale che consiste in: un test provocativo (ECG da sforzo o Ecostress) entro un mese dalla procedura effettuato in wash-out farmacologico con sospensione della terapia farmacologica almeno due giorni prima del test; visita cardiologica ad un mese/sei mesi/ un anno dalla procedura.

CAPITOLO 2. GESTIONE DELL'ANGINA INSTABILE

L'angina instabile è un complesso sintomatologico che si pone a metà tra l'infarto e l'angina stabile, come manifestazione clinica della sindrome coronarica acuta. Esprime uno stato di sofferenza cardiaca, primitiva o secondaria, frequentemente ma non esclusivamente di tipo ischemico. La sua principale caratteristica è l'insorgenza parossistica di una particolare sensazione dolorosa o costrittiva precordiale con ampie e varie irradiazioni, scatenata dallo sforzo o da altri fattori, che cede alla trinitrina o al riposo, evolve in modo vario e può concludersi con la morte improvvisa. La sede dell'angor è il torace, spesso in alto e a sinistra, in sede interscapolare sinistra, alla spalla, al braccio sinistro lungo il lato ulnare, alle dita della mano, al collo, alla mandibola, a volte all'orecchio e alla nuca. Il dolore non interessa solo la cute, ma anche i muscoli, le ossa, le articolazioni. È frequente che dopo la crisi il paziente riferisca una sensazione di stanchezza ed intorpidimento del braccio colpito. Il discorso seguente sarà incentrato sull'angina provocata da una sindrome coronarica acuta.



Per la diagnosi si ricorre ai cinque punti caratteristici di Riseman: inizio brusco, localizzazione dolorosa, difficoltà a definire la sensazione dolorosa, scatenamento da sforzo, breve durata. Questi punti vanno indagati quando il paziente riferisce una sintomatologia che fa sospettare l'insorgenza di una sofferenza cardiaca: è importante che l'infermiere faccia una dettagliata raccolta di dati ponendo domande precise, sia esso un infermiere di triage o di una qualsiasi unità operativa. La terapia deve far cessare l'attacco anginoso il più presto possibile e combattere i fattori che lo scatenano o lo favoriscono. Si interviene quindi sulla cessazione degli sforzi, invitando il paziente a mantenere l'immobilità a letto. Si somministra trinitroglicerina o trinitrina per via orale. Il trattamento inoltre deve prevedere misure che combattano il fattore eziopatogenetico, come ad esempio una coronaropatia aterosclerotica:

in questo caso è di fondamentale importanza stabilire nuove abitudini di vita, quindi adottare "comportamenti di salute" che comprendano l'attività fisica, un'alimentazione equilibrata, il benessere psicologico.

Il paziente ed i suoi familiari debbono essere informati della probabile diagnosi cui si è pervenuti, del prevedibile decorso della malattia, delle possibilità di recupero e di reinserimento nel tessuto sociale, dei presupposti razionali che giustificano di volta in volta le scelte terapeutiche. Un buon livello di comunicazione attenua lo stato d'ansia che colpisce quasi sempre un paziente con un problema cardiaco acuto e che spesso è accentuato dal fatto che il paziente non conosce l'equipe a cui è affidata la sua salute ed il percorso che dovrà seguire. L'infermiere pone al centro delle cure la persona con un approccio il più possibile olistico, quindi si adopererà affinché il paziente conosca la sua situazione e conosca le scelte che potrebbe fare in prima persona per migliorare la propria salute, ma prima di ciò ha un ruolo educativo nel mettere il paziente nelle condizioni di aderire e scegliere con consapevolezza nuove linee di comportamento. Il paziente, dopo la messa in atto degli interventi infermieristici, dovrà dimostrare di conoscere e mettere in atto le strategie per ridurre lo stato ansioso, e riferirà il diminuito presentarsi di episodi ansiosi.

La scelta del trattamento da praticare, i tempi d'intervento, la sede in cui iniziare il trattamento variano a seconda della presentazione clinica e del profilo prognostico del paziente.

I pazienti con probabilità alta d'angina instabile e rischio basso, che saranno seguiti ambulatorialmente, dovrebbero ricevere terapia antianginosa per via orale ed aspirina, a meno che non vi sia una chiara controindicazione quale un'emorragia maggiore in atto, una condizione fortemente predisponente ad un'emorragia maggiore (per esempio un'ulcera peptica con emorragia recente), o ipersensibilità all'aspirina. In questi casi si può somministrare ticlopidina.

I pazienti con probabilità alta d'angina instabile ed a rischio alto oltre all'aspirina dovrebbero ricevere infusione endovenosa di nitrati e d'eparina ed essere trasferiti immediatamente in unità di terapia intensiva coronarica (UTIC). La somministrazione d'ossigeno è indicata solo nei pazienti con cianosi e ipossiemia documentata.
I pazienti con probabilità alta d'angina instabile e rischio intermedio potrebbero ricevere, oltre all'aspirina, un'infusione di nitrati endovena e/o d'eparina sulla base delle caratteristiche individuali, ed essere trasferiti immediatamente in una corsia cardiologica.

Nella maggior parte dei pazienti con angina instabile i sintomi ed i segni d'ischemia regrediscono o si riducono sensibilmente con il trattamento medico intensivo nell'arco di 20-30 minuti. Se la sintomatologia persiste per periodi maggiori di 30 minuti dopo aver iniziato trattamento medico intensivo deve essere rivalutata la possibilità d'alternative diagnostiche all'angina instabile: l'infarto acuto del miocardio, in presenza di persistenti segni elettrocardiograficianomali, altre gravi patologie (dissecazione aortica, embolia polmonare, pneumotorace, tamponamento cardiaco, rottura o ischemia d'organi intra-addominali, etc.), in assenza di segni elettrocardiografici d'ischemia.

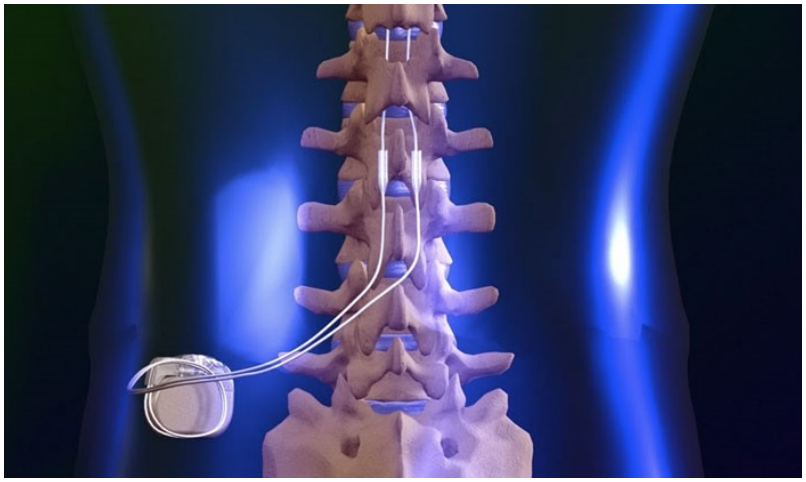
2.1 Uso del neurostimolatore midollare nell'angina pectoris refrattaria

L'angina è definita refrattaria quando persiste e non risponde ai trattamenti farmacologici convenzionali messi in atto. I pazienti con questo tipo di angina, che non possono essere inclusi nei programmi di bypass coronarico e di angioplastica coronarica (PTCA), vengono sottoposti ad una nuova alternativa, il neurostimolatore midollare o Spinal Cord Stimolation (SCS). È un ausilio impiegato nel controllo del dolore cronico e persistente. Consiste in un generatore quadripolare di impulsi impiantabile, il cui funzionamento è supportato da un programmatore console, da un programmatore del paziente e da un dispositivo magnetico di controllo di un elettrocatetere. Esso funziona attraverso una stimolazione elettrica ad impulsi verso i plessi nervosi dorsali del midollo spinale, inducendo una inibizione dei livelli anomali di dolore.

È controindicato il dispositivo nei pazienti con esiti di screening chiaramente non positivi o pazienti che non saprebbero far funzionare adeguatamente il dispositivo. Dunque è un dispositivo che verrà posizionato in pazienti selezionati, aventi i requisiti per sopportare un

intervento chirurgico. È raccomandato sottoporre i pazienti ad una disintossicazione da narcotici prima di impiantare l'SCS per evitare falsi negativi.

L'elettrocatetere è posizionato in anestesia locale, con tecnica fluoroscopica per valutare il corretto posizionamento: si pratica un'incisione alla profondità del sottocute, si inserisce l'ago epidurale nello spazio epidurale con angolo uguale o inferiore ai 45° (ad angolazioni maggiori si alza il rischio di danneggiare l'elettrocatetere al momento dell'inserzione e manipolazione). Si inserisce la guida attraverso l'ago e si localizza il percorso adatto all'elettrocatetere. Viene ritirata la guida ed inserito l'elettrocatetere attraverso l'ago.



L'inserzione è aiutata da un mandrino con manico in plastica prossimalmente ed incurvato distalmente: ciò aiuta anche a fare il test intraoperativo di stimolazione. Sotto controllo fluoroscopico si fa avanzare il catetere a livello vertebrale. Una volta fatto il test intraoperativo di stimolazione (per valutarne la sensibilità e l'efficacia), si ancora il manicotto dell'elettrocatetere con una sutura. Vi sono due fasi per l'elettrocatetere: una fase provvisoria ed una definitiva.

I compiti dell'infermiere dopo l'impianto del sistema provvisorio di stimolazione sono il controllo e la medicazione della ferita chirurgica, unitamente all'informazione del paziente riguardo al funzionamento del SCS e le regole alle quali dovrà attenersi. Inoltre dovrà documentare la data di impianto e monitorare il paziente.

L'infermiere dovrà mettere in pratica un piano assistenziale che miri soprattutto a promuovere e valutare l'autonomia del paziente nella gestione del dispositivo, definendo degli obiettivi, le modalità ed i tempi, concordandoli con il paziente, entro i quali egli sarà

in grado di utilizzare il dispositivo da solo. Il paziente deve quindi riuscire a passare da una situazione di dipendenza totale dai sanitari nella gestione del sistema, ad una gestione completamente autonoma del dispositivo e del dolore anginoso.

You can do it.

CAPITOLO 3. PDTA NEL PAZIENTE CON IMA STEMI

Il percorso clinico-assistenziale del paziente con IMA STEMI è condizionato fortemente dall'immediatezza del riconoscimento dei sintomi e dal tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e la ricezione di un'adeguata assistenza. Come modello si prenderà il PDTA stilato e adottato dalla regione Friuli Venezia Giulia da gennaio 2019.

3.1 Fase preospedaliera

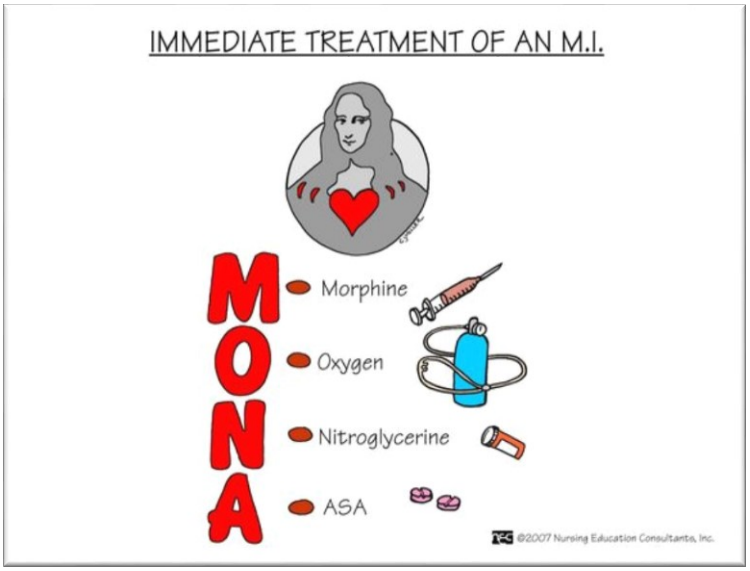
Va dal momento in cui iniziano i sintomi all'arrivo in ospedale. L'accesso alle cure nella fase preospedaliera è garantito dall'attivazione del sistema di Emergenza-Urgenza che sulla base di una chiamata eseguita dal paziente stesso o da un astante, invia sul posto un mezzo di soccorso. In presenza di paziente con dolore toracico il mezzo di soccorso garantisce la maggior sicurezza (intercetta una quota significativa di arresti cardiaci preospedalieri) e la massima rapidità nell'erogazione delle cure mediante esecuzione preospedaliera dell'ECG e la centralizzazione diretta all'ospedale Hub.

In un primo momento c'è la ricezione e gestione della chiamata di soccorso: va eseguito il DISPATCH (codifica del soccorso e definizione del mezzo o i mezzi di soccorso più idoneo/i: ALS, automedica, BLS), vanno raccolte le informazioni (dal paziente, parente, chiamante). È importante mantenere la comunicazione con il paziente/parente/chiamante, precisando che chi gestisce la chiamata non è la stessa persona che partirà con il mezzo di soccorso, e che quest'ultimo è stato già attivato. Vanno fornite inoltre indicazioni operative o IPA (istruzioni pre arrivo) fino all'arrivo del mezzo sul target. Questa fase è gestita dall'infermiere della Centrale Operativa 118 adeguatamente formato, e deve risolversi entro 5 minuti dalla chiamata.

Una volta arrivato il mezzo di soccorso sul territorio, l'infermiere del mezzo di soccorso mette in pratica l'ALS (Advanced Life Support) praticando la valutazione primaria e stabilizzando il paziente all'arrivo sulla scena, entro 10 minuti dall'arrivo. L'infermiere identifica il paziente (se possibile), valuta e gestisce, secondo metodologia abituale, pervietà

delle vie aeree, respiro, emodinamica (protocollo ACLS); valuta la presenza ed l'entità del dolore toracico, rileva i parametri vitali. Dopodiché reperisce un accesso venoso, esegue un ECG completo a 12 derivazioni a tutti i pazienti con dolore toracico in atto o riferito o equivalente ischemico registrando l'identità del paziente sullo strumento (iniziali di Cognome e Nome e data di nascita gg/mm/aa). Trasmette immediatamente, appena eseguito, l'ECG al Case Manager. In assenza di copertura di rete il monitor effettuerà in maniera automatica per almeno 3 volte l'invio del tracciato ECG nei successivi minuti. Se i tentativi automatici falliscono, va ripetuta la trasmissione quando ricompare il segnale di rete. Va ripetuto e ritrasmesso l'ECG, in qualunque momento del soccorso, se intervengono modifiche cliniche o elettrocardiografiche. Vanno sempre documentati i parametri rilevati sul modulo in uso.

Il personale di PS/UTIC una volta ricevuto l'ECG, formula la diagnosi e la prescrizione terapeutica. È possibile contattare il personale infermieristico e medico del mezzo di soccorso per ottenere le informazioni cliniche utili a definire il percorso del paziente (orario di inizio sintomi, dati anagrafici, parametri vitali e sintetiche note anamnestiche). Dopo la formulazione della diagnosi va valutata l'indicazione alla terapia riperfusiva sulla base di criteri clinici (es. insorgenza dei sintomi) o criteri ECG. Il personale PS/UTIC deve comunicare all'infermiere sul mezzo: la diagnosi elettrocardiografica, la prescrizione terapeutica del caso e la prescrizione dell'applicazione del protocollo "terapia ancillare" (MANO + Eparina e.v. + Ticagrelor) e la destinazione del paziente. Il protocollo MANO è l'acronimo della somministrazione di morfina e.v., acido acetilsalicilico, nitrati ed ossigeno. Se per quel dato paziente c'è indicazione ad angioplastica coronarica primaria: va attivata la sala di Emodinamica, direttamente (se il Case Manager è in un centro Hub), oppure Contattare il Case Manager dell'Unità Coronarica del centro Hub (se il Case Manager è in una struttura Spoke).



In caso di impossibilità imprevista ad accogliere il paziente al Centro Hub e ritardo maggiore a 140 minuti dalla diagnosi alla previsione di riperfusione con PTCA primaria: trasportare il paziente verso l'ospedale di riferimento (più vicino) per effettuare la terapia fibrinolitica, valutare il paziente per l'eventuale trasferimento presso una struttura Hub di riferimento per completamento del percorso di cura (coronarografia entro 2-24 h).

Se NON è indicata una PTCA primaria: il Case Manager del PS/UTIC darà indicazioni all'infermiere del mezzo di soccorso per il trasporto del paziente al PS di riferimento o UTIC-Centro Hub, con eventuale medicalizzazione del trasporto, sulla base di criteri di gravità, tramite rendez-vous con un'automedica. Somministrazione terapia e gestione del paziente.

L'infermiere del mezzo di soccorso deve garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche conformemente al suo profilo professionale. Su indicazione del Case Manager somministrerà la terapia come da protocollo (MANO + Eparina e.v. + Ticagrelor), garantendo: la somministrazione di ciascun farmaco previsti previa valutazione dell'assenza di controindicazioni specifiche, la registrazione delle indicazioni ricevute sulla scheda 112 in uso ed effettuare la procedura di read-back, il monitoraggio continuo degli effetti terapeutici valutando il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e/o della dose massima prevista per ciascun farmaco. Il Case Manager stabilisce l'ordine dei farmaci, in relazione alle condizioni cliniche rilevate e valutate.

Solo in caso di conferma di diagnosi di STEMI da parte del Case Manager vanno applicate le placche esterne monouso del DAE. Durante e dopo la somministrazione dei farmaci il paziente va controllato e monitorato continuamente, ed eventuali variazioni di rilievo dello stato clinico del paziente vanno comunicate telefonicamente al Case manager.

È importante comunicare all'infermiere di Centrale Operativa 118 la destinazione del paziente (come da indicazioni ricevute dal Case Manager): codice e tempi di rientro, Ospedale e Struttura Operativa di destinazione (Pronto Soccorso/Accettazione d'Emergenza, UTIC, Emodinamica). Procedere al trasporto del paziente. Vanno documentari i dati raccolti e comunicati, nonché le prescrizioni terapeutiche ed il read-back su modulistica specifica. Infine affidare il paziente al personale della struttura operativa di destinazione, trasferire le informazioni clinico-assistenziali del caso all'equipe ricevente e

mettere a disposizione la documentazione (documenti personali paziente, scheda di soccorso).

3.2 Fase Ospedaliera

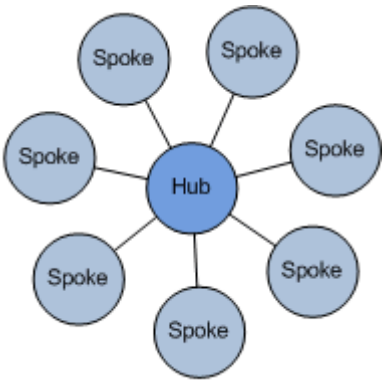
Il paziente può giungere in ospedale in diversi modi.

1. *Paziente con dolore toracico che giunge con mezzi propri in PS*: rientrano in questa categoria i pazienti che provengono dal proprio domicilio e dagli ambulatori intraospedalieri. Per questo sottogruppo di persone la riperfusione tende a ritardare poiché non c'è l'attivazione preospedaliera delle cure. Se il PS appartiene ad un Centro Hub, sarà previsto un protocollo per il rapido trasferimento in unità di emodinamica. Se invece il Centro è Spoke, il paziente va centralizzato con un'ambulanza ALS al centro Hub di riferimento con diagnosi di STEMI. Se il paziente è emodinamicamente instabile, il Case Manager provvederà alla medicalizzazione del trasporto.
2. *Paziente con dolore toracico che giunge in PS con ambulanza BLS senza diagnosi di STEMI*: nonostante il largo impiego dell'ECG preospedaliero, vi possono essere situazioni in cui non viene eseguito come ad esempio per sintomi non riconducibili ad infarto miocardico, impossibilità ad effettuarlo (non si hanno le competenze o non si posseggono le attrezzature), vi è un guasto tecnico dell'elettrocardiografo o problemi nella trasmissione. In questi casi il percorso è sovrapponibile ad un paziente che si reca in PS con mezzi propri.
3. *Paziente con diagnosi di STEMI centralizzato con ambulanza ALS*: il paziente va direttamente in emodinamica senza passare per il PS o l'UTIC, tranne se la sala emodinamica è temporaneamente non disponibile. In questa categoria rientrano anche i pazienti provenienti da un centro Spoke o Hub che hanno sviluppato un IMA STEMI in corso di degenza.

Per quanto riguarda i pazienti che giungono in PS con ambulanza di soccorso o mezzi propri senza diagnosi di STEMI, l'infermiere di triage si occupa dell'accoglienza e dell'assegnazione del codice colore giallo o il codice numerico corrispondente. Poi raccoglie e documenta informazioni generali del paziente (dati identificativi), le informazioni cliniche (anamnesi clinica saliente: presenza di dolore, terapia in corso, malattie pregresse o in atto)

e recupera la documentazione clinica disponibile. Rileva lo stato di coscienza ed i parametri vitali (PA, FC, SpO2, TC, FR e dolore). Esegue un ECG a 12 derivazioni e lo sottopone prontamente alla valutazione del medico di PS. Reperisce un accesso venoso ed effettua i prelievi previsti dal protocollo di U.O. per dolore toracico. Una volta che il medico ha definito la diagnosi, se è quella di IMA STEMI si procede in modo diverso in relazione alla struttura in cui il paziente si trova:

- *Centro Spoke*: il Case Manager contatta telefonicamente il Case Manager del centro Hub di riferimento per attivare la centralizzazione diretta del paziente in sala emodinamica. Lo si valuta clinicamente, ed eventualmente si prescrive e si somministra la terapia ancillare (protocollo MANO + eparina e.v. + Ticagrelor). In condivisione con la C.O. 118 si organizza il trasporto del paziente al centro Hub con ambulanza ALS. Nel contempo il paziente va tranquillizzato ed informato riguardo il percorso che farà, e si può già raccogliere il consenso alla procedura di riperfusione.



- *Centro Hub*: va contattato il Case Manager, che in questo caso è il cardiologo di guardia dell'UTIC, per la valutazione del paziente e la prescrizione della terapia del caso, che poi verrà somministrata. Il Case Manager attiva la sala di Emodinamica in cui il paziente dovrà giungere il più presto possibile. È importante anche in questo caso informare e moderare l'ansia del paziente.

Nel caso invece di un paziente con dolore toracico che giunge al centro Hub con mezzo di soccorso e diagnosi preospedaliera di STEMI si procede nel modo esposto di seguito. Se la sala Emodinamica è occupata da una precedente procedura o in allestimento, il paziente va mantenuto nel reparto più sicuro per le sue condizioni, quindi un PS o un UTIC. In questo momento di attesa vanno garantite tutte le attività di preparazione all'angioplastica coronarica.

All'arrivo del paziente in sala emodinamica vanno trasferite le informazioni clinico assistenziali dal personale di soccorso al personale di emodinamica. L'equipe di

emodinamica identifica il paziente: i suoi dati vanno registrati sui sistemi informatici per l'apertura del caso e sul sistema utilizzato dalla radiologia.

Il medico emodinamista e/o il Cardiologo UTIC proseguono informando l'assistito riguardo la sua condizione clinica e sulla procedura che dovrà affrontare (PTCA), in modo da ottenere il consenso; prendono visione del tracciato elettrocardiografico che ha permesso la diagnosi di STEMI nella fase preospedaliera; completano la somministrazione della terapia ancillare. Va fatto un accertamento riguardo le allergie, in particolare verso il mezzo di contrasto, e nel caso il paziente sia allergico va attuato il protocollo del caso; si raccolgono informazioni riguardo la diagnosi, i tempi e la terapia effettuata dal paziente. Gli infermieri di emodinamica si occupano del mantenimento del monitoraggio continuo ECG, parametri vitali e stato di coscienza. A questo punto il paziente deve essere preparato alla procedura. Gli infermieri controllano e verificano il funzionamento dell'accesso venoso posizionato al paziente nel preospedaliero, ed eventualmente ne va posizionato un secondo; effettuano la tricotomia sulla sede della procedura; preparano il campo sterile per la predisposizione dell'accesso arterioso; eseguono ed inviano al Laboratorio Analisi/CT appena possibile i prelievi per gli esami ematochimici urgenti (screening coagulativo, emogruppo e prova crociata).

Durante la procedura il paziente viene monitorato in maniera continua (stato generale, parametri vitali, ECG). Al termine, l'equipe emodinamica valuta l'esito della procedura, le condizioni cliniche del paziente e l'emodinamista deciderà il setting più idoneo al ricovero e alla prosecuzione delle cure (UTIC, Terapia Intensiva, Cardiochirurgia in Hub o Ospedale Spoke). Il paziente durante tutta la procedura dovrà poter contare su una comunicazione efficace da e verso gli operatori. L'equipe dovrà occuparsi della preparazione del paziente e della sua documentazione per il trasferimento alla struttura che lo prenderà in carico. Se deve essere trasferito all'Ospedale Spoke, il centro Hub organizza il trasferimento e decide l'equipe di trasporto in base alla clinica dell'assistito (contropulsatore, ventilatore, pompe infusionali), che dovrà essere trasportato SEMPRE collegato al monitor ECG e dovrà essere valutata la necessità di ossigenoterapia. Deve essere garantita una trasmissione efficace e dettagliata delle informazioni clinico-assistenziali da un setting ad un altro, in quanto necessarie per la nuova presa in carico.

Una volta terminata la procedura, il paziente sarà accolto in UTIC/terapia intensiva/CCH dove resterà nelle successive 24 h post-procedura, e dove verrà garantita la continuità assistenziale.

L'infermiere che prende in carico il paziente lo accoglie, lo identifica e lo valuta. Viene istaurato un monitoraggio continuo di ECG (minimo 24 h), parametri vitali e diuresi, stato di coscienza. Si esegue un primo ECG a 12 derivazioni all'arrivo in reparto. Vanno valutati gli accessi venosi, arteriosi e garantiti i sistemi di emostasi. Si somministrano i farmaci prescritti nella SUT. Viene compilata la documentazione in uso e la documentazione assistenziale peculiare dell'UO: scala sul rischio di cadute, scala per il rischio lesioni da pressione… ecc

Va invitato il paziente ad un assoluto riposo di almeno 12 h, facendogli mantenere la postura obbligata a letto e mettendo in atto tutti gli interventi di prevenzione delle lesioni da pressione. Il post-PTCA è un momento delicato in cui il paziente va tenuto in osservazione costante per la rilevazione di eventuali complicanze: aritmie ipo- o ipercinetiche, ischemie locali e/o generali, complicanze vascolari (emorragia, ematoma, ictus,..ecc), nefropatie e/o reazioni allergiche al mezzo di contrasto, complicanze meccaniche. Vanno quindi attivati piani assistenziali di alimentazione, di mobilizzazione ed eliminazione.

Se il paziente deve essere trasferito ad un setting di minor complessità assistenziale va fornita la seguente documentazione all'equipe che lo prenderà in carico: stratificazione del rischio a breve termine e valutazione della presenza di indicatori di alto rischio (es. aritmie ventricolari,…), valutazione dell'estensione del danno miocardico, ecocardiografia entro 24 dal ricovero (anche per ricerca di complicanze meccaniche), marcatori di danno miocardico (curva della troponina), esami ematochimici con particolare riferimento al controllo glicemico, ECG, valutazione del sito di accesso arterioso e degli accessi venosi, RX torace, possibilmente a paziente seduto.

Quando il paziente viene trasferito all'unità di degenza di cardiologia dopo le 24 h in reparto intensivo, il medico e l'infermiere del nuovo reparto si occuperanno di: valutare la clinica del paziente, il compenso emodinamico e la terapia per un eventuale scompenso cardiaco, valutare se proseguire o meno il monitoraggio continuo dell'ECG per altre 48 h. Verranno eseguite l'ecocardiografia, il dosaggio sierico dei farmaci, il monitoraggio dei livelli lipidici ematici (colesterolo totale, HDL, trigliceridi) e l'eventuale completamento della rivascolarizzazione coronarica. Il paziente potrà andare incontro ad un decorso complicato con l'attivazione di un'equipe multidisciplinare adatta alla sua situazione, oppure ad un decorso clinico non complicato. In quest'ultimo caso vi sono varie possibilità. È preferibile effettuare una dimissione precoce (entro 72 h) nei pazienti a basso rischio (età < 70 anni, FE >45%, PTCA efficace, assenza di aritmia) garantendo un percorso riabilitativo e di follow-up ottimale. Vi è la possibilità di rientro nell'ospedale Spoke inviante o nell'ospedale di riferimento del paziente entro 24 h. Oppure viene trasferito il paziente nel setting più adeguato ad un recupero funzionale, per essere poi dimesso. In tutti e tre i casi va contattata la struttura o il reparto riceventi ed accordato il trasferimento, si deve preparare la documentazione clinica-assistenziale del paziente e va organizzato il trasferimento interno o esterno richiedendo un mezzo BLS.

Il paziente stabilizzato emodinamicamente ha risolto il problema clinico, ma ciò non basta ad un recupero completo. Per questo motivo è opportuno attivare un programma riabilitativo adeguato al rischio cardiovascolare dell'assistito, ed è proprio qui che l'infermiere è fondamentale nel mettere in atto strategie comunicative per rendere il paziente il case manager di sé stesso nel partecipare ai vari programmi che possono essere attivati. Si parla di riabilitazione motoria per persone di età avanzata o per coloro che sono affetti da disfunzione ventricolare sinistra, di programmi antifumo e di educazione alimentare.

La dimissione è un momento che va programmato e richiede i tempi definiti dalla regione di appartenenza per le dimissioni protette. In merito si adoperano il medico e l'infermiere di reparto.

Deve essere garantita la terapia del caso e predisposta la documentazione clinica in caso di dimissione protetta. Il medico dovrà stilare una lettera di dimissione e stabilire la data del controllo per il follow-up fissando l'appuntamento con l'ambulatorio.

Nella lettera di dimissione devono essere riportate le seguenti cose: l'anamnesi del paziente precedenti all'evento che ha provocato il ricovero, il decorso clinico in fase acuta, la sintesi delle procedure eseguite, gli elementi prognostici relativi alla cardiopatia ed al paziente per definire il rischio residuo, esami di laboratorio rilevanti, eventuali indagini o interventi da portare a termine, terapie di rilievo somministrate durante il ricovero, terapia da effettuare post-dimissione e momenti di titolazione dei livelli sierici della stessa, percorso di follow-up comprensivo di date e luoghi per gli appuntamenti alle visite ambulatoriali ed esami di controllo.

3.3 Fase di dimissione e follow-up

La dimissione ha come obiettivo la presa in carico del paziente da parte del territorio e deve essere un momento strutturato accompagnato da un flusso di informazioni efficiente. Per territorio s'intendono il MMG, cardiologi ambulatoriali e personale dei contri riabilitativi. Dopo una sindrome coronarica acuta, il paziente deve avere un'ottimizzazione della terapia, sottoporsi ad esami ematochimici cadenzati, possedere un calendario di follow-up clinico e strumentale, partecipare alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione secondaria. In questo momento è fondamentale la presenza di un infermiere per la partecipazione ad un percorso di counseling infermieristico strutturato ed integrato a quello clinico.

Quando viene definito il rischio clinico del paziente alla dimissione, è possibile includere un paziente in una delle tre classi che verranno riportate di seguito in base a dei criteri clinici ed in base agli outcome del paziente:

- PAZIENTI A BASSO RISCHIO CLINICO: sono stati ricoverati precocemente all'esordio dei sintomi, gli enzimi cardiaci indicanti la necrosi hanno avuto un rialzo modesto, la funzione ventricolare sinistra è rimasta conservata e normale, la malattia coronarica è stata monovasale, la PTCA ha avuto successo;
- PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CLINICO: hanno una frazione di eiezione (FE) inferiore al 40%, oppure hanno una FE del 40-45% con associato un predittore di rimodellamento, notevole variazione del BNP, impiego di diuretici dell'ansa durante il ricovero;

  Questi pazienti dovrebbero essere presi in carico dalle strutture di Cardiologia riabilitativa o ambulatoriale entro 15-20 giorni dalla dimissione. La riabilitazione

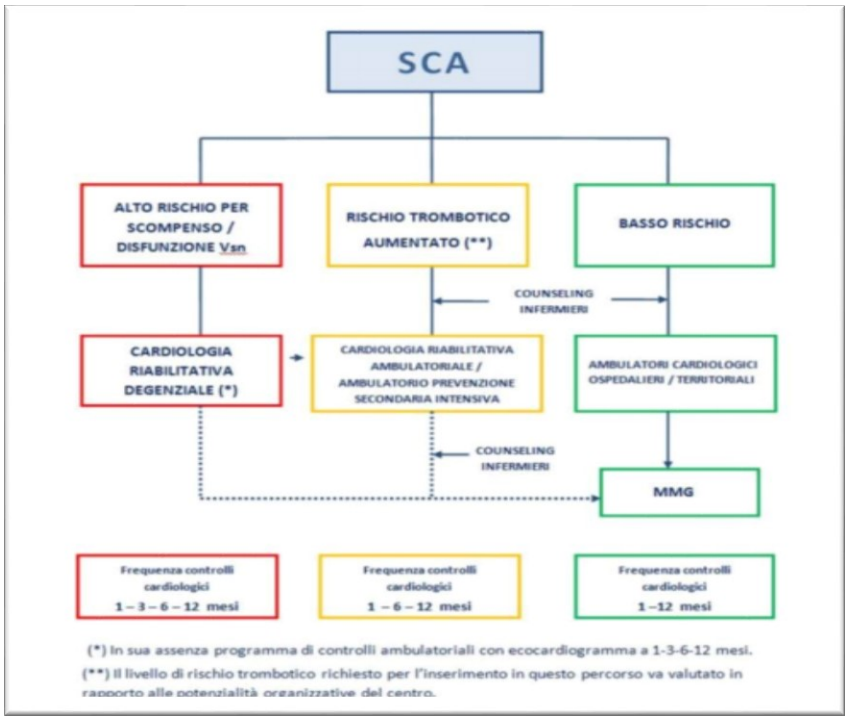
interviene sul contrastare la tendenza al rimodellamento ventricolare sinistro e a migliorare la funzione cardiaca attraverso l'esercizio fisico. Inoltre si valutano i livelli ematici della terapia farmacologica, si eseguono ecocardiogrammi per monitorizzare la funzione ventricolare sinistra e si valutano altre soluzioni terapeutiche, come ad esempio posizionare un defibrillatore automatico impiantabile. Il personale infermieristico sarà inoltre impiegato nella gestione della reazione psicologica all'evento coronarico recente e a favorire il reinserimento del paziente nella propria vita. Il follow-up deve essere piuttosto ravvicinato, con controlli ad 1, 3, 6 e 12 mesi dall'evento.

- PAZIENTI AD ALTO RISCHIO TROMBOTICO: hanno un elevato indice di GRACE, arteriopatia periferica, anamnesi remota di angina o di IMA, malattia multivasale, rivascolarizzazione incompleta, mancata rivascolarizzazione/riperfusione, diabete mellito, insufficienza renale. Per questo tipo di pazienti deve essere valutato un programma di prevenzione secondaria intensiva in un contesto riabilitativo ambulatoriale entro 15-20 giorni dalla dimissione ed organizzati controlli a 6 e 12 mesi dall'evento.

Il follow-up coinvolge diverse figure complementari e strutture adibite alla prevenzione secondaria ed alla continuità assistenziale post-sca. Tra le strutture troviamo ambulatori cardiologici, ambulatori infermieristici di counseling ed i MMG.

In ogni centro le attività devono essere organizzate in base al percorso del paziente, istituendo agende dedicate per la programmazione dei controlli periodici. Attraverso questo sistema si garantisce anche una presa in carico precoce del paziente in caso di riacutizzazione. Per i pazienti a basso rischio asintomatici, in presenza di conservazione della funzione cardiaca, rivascolarizzazione completa e controllo soddisfacente dei fattori di rischio o non ulteriormente migliorabili, in assenza di valvulopatia maggiore, è previsto il riaffidamento al MMG che provvederà al mantenimento degli obiettivi di prevenzione, senza il ricorso a controlli cardiologici periodici (se il quadro clinico si mantiene immutato).

I pazienti ad alto rischio clinico e ad alto rischio trombotico saranno sottoposti ad un follow-up adeguato alla propria condizione. Il paziente anziano con comorbilità verrà riaffidato al MMG che è il Case Manager della cronicità: egli deve garantire disponibilità a consulenze, anche telefoniche, e consulenze specialistiche. La figura mostra una proposta di follow-up strutturato dopo SCA in base alla classe di rischio del paziente, realizzato dall'ANMCO e tratto da "Giornale Italiano di Cardiologia 2014".

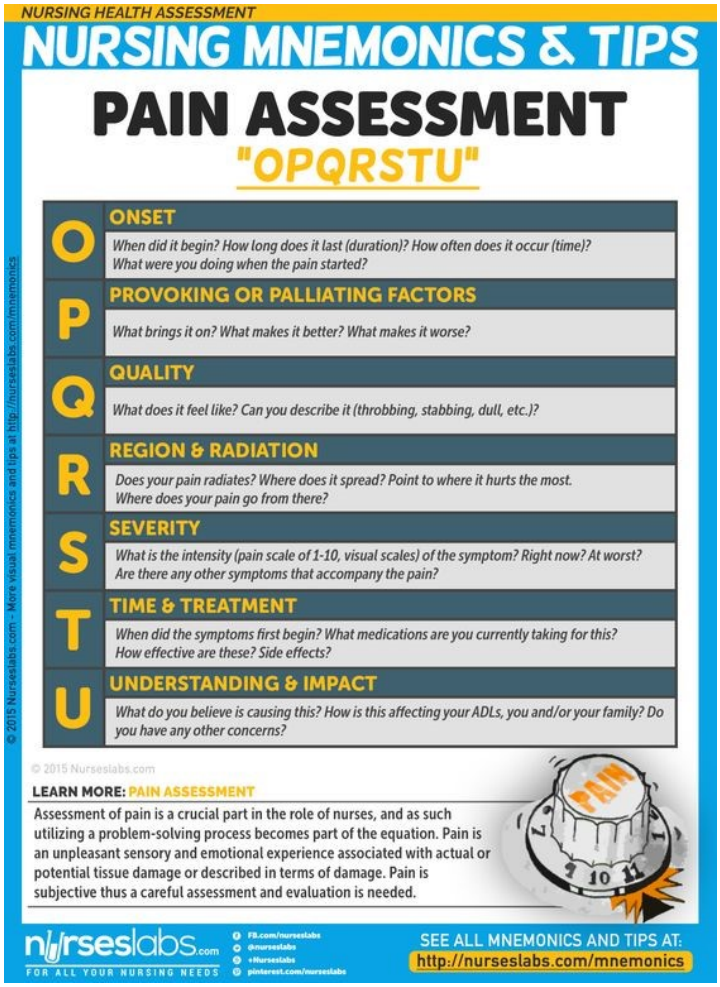


CAPITOLO 4. NURSING NELL'IMA NSTEMI

La diagnosi di IMA NSTEMI si svolge attraverso lo stesso iter con cui viene diagnosticato uno STEMI. Verrà eseguito dall'infermiere un accertamento in cui il paziente viene intervistato rispetto ai suoi dati oggettivi e soggettivi, ai sintomi, all'anamnesi prossima e remota, alle farmaco-allergie. Verrà quindi valutato e una volta inquadrata la casistica verranno rilevati i parametri vitali, si eseguirà un ECG iniziale a 12 derivazioni in triage (non è diagnostico, potrebbe non essere evidente ancora l'alterazione), un prelievo ematico per la rilevazione dei livelli dei marcatori cardiaci con posizionamento di due accessi venosi. Al paziente viene applicato il monitor per avere una visione continua dell'andamento dei parametri e dell'elettrocardiogramma. Verrà ripetuto l'ECG completo a distanza da quello iniziale, ed in base a questo verrà definita dal medico la diagnosi ed assegnato un risk score o stratificazione del rischio. In base a ciò viene definito il trattamento farmacologico ed il percorso assistenziale. L'IMA NSTEMI può presentare sintomi atipici, un'alta mortalità a lungo termine e si presenta spesso in anziani con comorbilità, mettendoli a rischio di eventi ischemici intra-ospedalieri. Il management di questa situazione si diparte in una diagnosi medica che descrive la malattia e cercherà di correggerla o prevenirla, diagnosi infermieristiche che descrivono la risposta umana reale o potenziale a un problema di salute per cui l'infermiere in base alle sue competenze ha autonomia ed indipendenza di gestione, e problemi collaborativi in cui il ruolo medico ed infermieristico si intersecano e si completano in quanto si tratta di un problema identificato dall'infermiere, che ha bisogno di prescrizioni mediche ed azioni infermieristiche per essere risolto. L'assistenza si realizza attraverso protocolli, procedure, linee guida evidence based e l'applicazione del proprio profilo professionale in accordo col codice deontologico. Va posta attenzione durante la valutazione a tempo 0, che corrisponde al alla presa in carico preospedaliera o al triage intraospedaliero, a sintomi atipici quali: epigastralgia, sindrome da indigestione, dispnea isolata, astenia e dolore di tipo pleuritico. Il dolore è un'esperienza molto intima e personale, e la sua descrizione dipende da vari fattori: soglia soggettiva,

vissuto personale, stato socio economico, cultura e livello d'istruzione. Per standardizzare il più possibile e rendere oggettiva la registrazione dell'esperienza del dolore è imperativo l'utilizzo di scale di valutazione validate ed appropriate al sistema di comunicazione del paziente, in modo da quantificare e qualificare il dolore come assente, moderato o lancinante ed ottenendo il risultato di utilizzo di un linguaggio comune per definire una sensazione di per sé molto complessa da definire. Non è etico interpretare o giudicare la percezione del dolore che ha un paziente. Un approccio sistematico per la valutazione del dolore è dato dal sistema PQRST (o OPQRSTU) che indaga:

- *Posizione*: retrosternale, interscapolare, addominale sovraombelicale;
- *Qualità*: oppressivo e non modificato dalla digitopressione, movimento e respiro;
- *Irradiazione*: arto sx, spalla dx, entrambe le braccia, mandibola, giugulo;
- *Sintomi associati*: diaforesi, dispnea, astenia, stordimento, sincope;
- *Tempo*: > 20 minuti, o ingravescente nelle ultime 48 h.



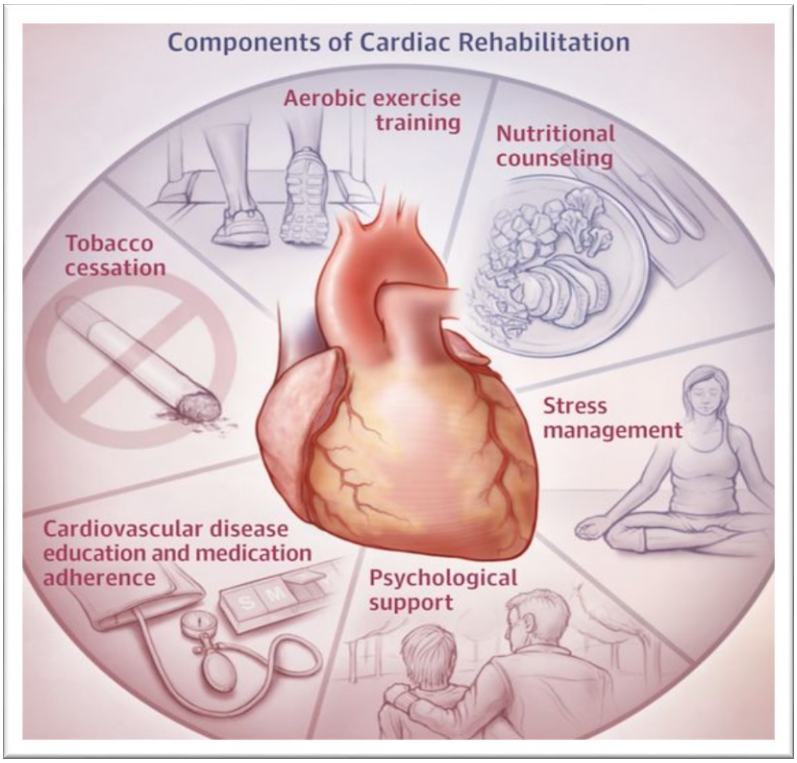
Nel caso delle SCA, è utile servirsi della scala “Chest Pain Score”, il punteggio che se ne trae è detto HEART SCORE. Questo punteggio si trae prendendo in esame: storia, elettrocardiogramma, età, fattori di rischio e troponina. È stato fatto uno studio per accertarsi dell’efficacia di questo score nella definizione di pazienti a basso rischio e ad alto rischio, analizzando una popolazione dell’Asia-Pacifico. I dati sono stati raccolti su 2906 pazienti presentatisi al pronto soccorso per dolore toracico, in 14 ospedali. Si è analizzato il rischio di avere a 30 giorni un evento coronarico acuto, confrontandolo con il punteggio ricavato dalla scala. I risultati dello studio hanno certificato che l’HEART score è un potente mezzo clinico per la definizione sia dell’alto rischio di eventi coronarici acuti a 30 giorni, sia nell’identificare i pazienti a basso rischio.

Il paziente con una diagnosi di IMA NSTEMI riceverà assistenza infermieristica mirata che consiste nella restrizione della mobilizzazione (per limitare il lavoro del cuore), nell'educazione dello stesso a riferire qualsiasi episodio di dolore nel momento in cui ha il suo esordio. L'infermiere controllerà l'andamento del dolore toracico eseguendo un accertamento ad intervalli ed utilizzando le scale sopra riportate. Ad ogni episodio di dolore verrà eseguito un ECG a 12 derivazioni. Inoltre verrà istituito un monitoraggio continuo delle condizioni del paziente per intervenire qualora si presentino situazioni critiche: aritmie o alterazioni dell'ST, distress respiratorio, tachicardia, ipotensione, segni di scompenso, eventi ischemici silenti. È fondamentale poi l'osservazione da parte dell'infermiere della clinica del paziente: il suo stato di coscienza, se è presente sudorazione algida e profusa, pallore, cianosi cutanea, ansia ed agitazione. L'infermiere deve saper identificare gli eventi precipitanti, somministrare i farmaci e controllare la risposta del paziente, monitorare accuratamente la diuresi. Il paziente deve essere inoltre educato a fare attenzione ai segni/sintomi di sanguinamento in modo da riferirli precocemente: ematuria, rettorraggia, ematemesi, epistassi, ecchimosi, ematomi, cefalea ed alterazione della coscienza. L'infermiere oltre a monitorare il paziente, deve prendere visione dei valori degli esami ematici con particolare attenzione ad emocromo, assetto coagulativo e funzionalità renale. Agli anziani va posta più attenzione perché i loro meccanismi di compenso sono meno efficienti di quelli di un giovane.

Per l'IMA NSTEMI può essere prevista la coronarografia, dunque il paziente verrà preparato dall'infermiere, il quale controllerà anche la presenza di tutta la documentazione ed il consenso informato firmato, e trasportato con defibrillatore attaccato in sala emodinamica.

CAPITOLO 5. LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

La riabilitazione cardiologica è un modello standard con cui viene assicurato un trattamento globale al paziente in fase post acuta o cronica, ed è il modello più efficace per realizzare una prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine. Sono state fatte analisi economiche sulla realizzazione dei progetti riabilitativi cardiologici, e sono stati definiti "costo-efficaci": riducono le spese dell'ospedalizzazione (talvolta impropria), delle terapie farmacologiche e degli interventi ambulatoriali. La coscienza generale rispetto alla sintomatologia della fase acuta ed il precoce intervento sanitario, accanto agli interventi di prevenzione secondaria, hanno condotto ad un incremento della sopravvivenza dei pazienti. L'OMS ha definito il processo riabilitativo cardiologico un "*processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare al mantenimento e alla ripresa di un ruolo attivo nella società con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza*".



Attualmente, rispetto ad anni addietro in cui riabilitare significava soltanto fare esercizio fisico, la riabilitazione cardiologica è stata ampliata in quanto è nata la necessità di programmi strutturati da attuare sia a livello degenziale sia a livello ambulatoriale, rispettando così la migrazione dell'assistenza dall'ospedale al territorio. La combinazione di

un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educazionali e psico-comportamentali rappresentano la forma ottimale di riabilitazione. È quindi basilare formulare un piano di trattamento individuale che comprenda vari aspetti: interventi terapeutici per ridurre il rischio di affezioni cardiovascolari, progetti educazionali finalizzati ad un mutamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, dell'ansia e della depressione). Il programma di esercizio fisico va concordato con il paziente, e mira a ridurre la disabilità, mantenere e migliorare le proprie capacità funzionali, reinserirlo socialmente e lavorativamente.
Prima di iniziare a mettere in pratica il progetto riabilitativo, vanno definiti con il paziente gli obiettivi ed i tempi entro i quali egli si propone di raggiungerli. L'infermiere valuterà i risultati conseguiti e l'efficacia dell'intervento.
Gli obiettivi che possono essere raggiunti nel breve termine possono essere ad esempio: mantenere una clinica stabile, contenere le conseguenze psicologiche della malattia, migliorare il proprio grado di autonomia ed indipendenza. Nel medio-lungo termine potrebbero essere: ridurre i fattori di rischio cardiovascolari in modo da ridurre il rischio globale di sviluppare cardiopatie, rallentare il deterioramento clinico, ridurre la mortalità.

La riabilitazione cardiologica può essere scandita in tre fasi:

1. Fase 1: si attua durante la fase acuta. L'infermiere valuta la clinica del paziente, e contemporaneamente rassicura il paziente e i suoi familiari, coinvolgendoli durante il processo; dovrà inoltre informare in maniera scientifica, correggere i pregiudizi sulla malattia e sulle sue conseguenze, valutare i fattori di rischio propri del soggetto, mobilizzarlo precocemente e pianificare la sua dimissione. Se l'infermiere ha ricevuto un addestramento in tecniche di counseling sarà fondamentale il suo ruolo nella riduzione dell'ansia e della depressione nel paziente ospedalizzato.
2. Fase 2: in questa fase il paziente viene valutato globalmente rispetto ai suoi fattori di rischio. Una volta definiti questi ultimi, viene attuato un intervento complessivo che mira a far praticare al paziente attività fisica durante la degenza e a fornire un supporto educazionale e psicologico per intervenire sulla modificazione dei fattori di rischio. Ogni assistito dovrebbe aver diritto ad un intervento di questo tipo.

È indispensabile per attuarlo un'equipe multidisciplinare che comprenda: cardiologo, infermiere, psicologo, dietologo, fisioterapista.

3. Fase 3: consiste nel mantenimento del cambio di stile di vita nel lungo termine, per mantenerne i benefici nel tempo. Può risultare utile partecipare ad un gruppo locale di supporto cardiaco o di autosostegno, dove il gruppo diviene lo stimolo a mantenere le abitudini "di salute".

La riabilitazione cardiologica può essere espletata in un setting ospedaliero o ambulatoriale, con metodiche differenti a seconda del livello di rischio del paziente. L'OMS ha classificato tre livelli di intervento riabilitativo in relazione alla qualifica del personale, alle dotazioni strumentali, alla complessità e alla specializzazione dell'intervento:

1) Livello avanzato: si svolge in un ospedale in cui c'è disponibilità di servizi e prestazioni di alta specialità, è riservato ai pazienti in fase post-acuta e a quelli ad elevato rischio clinico o trombotico;

2) Livello intermedio: si esegue in un ospedale per acuti, per pazienti in fase post-acuta ed a rischio intermedio;

3) Livello base: si esegue a livello ambulatoriale, per pazienti a basso rischio, cronici, clinicamente stabili; gli interventi sono finalizzati a mantenere l'indipendenza e l'autonomia, a promuovere la prevenzione secondaria; sono previsti anche interventi nell'ambito della comunità (palestre, club…ecc).

Inoltre, alla luce delle linee guida internazionali, la riabilitazione cardiologica può dirsi "intensiva in regime di degenza" se rivolta a pazienti a medio-alto rischio, disabili e pazienti complessi. È previsto un nursing dedicato e sono erogate prestazioni ad elevata intensità riabilitativa. Un intervento di questo tipo ha una durata di 2-6 settimane nel ricovero ordinario, 4-8 settimane se eseguito in day-hospital. La durata è definita in relazione alla complessità assistenziale del paziente e ai tempi di miglioramento.
Vi è poi la riabilitazione cardiologica "intensiva in regime ambulatoriale" per i pazienti a basso rischio, dove l'attività infermieristica non è necessaria nelle 24h consecutivamente. L'intervento dura circa dalle 8 alle 12 settimane. Al termine del percorso riabilitativo in queste strutture, esse dovrebbero confrontarsi adeguatamente con i MMG attraverso protocolli condivisi per una presa in carico adeguata. Vi è poi una riabilitazione "estensiva"

che prevede la messa in atto di interventi più semplici mano a mano che il paziente si allontana dalla fase acuta, a completamento dei programmi intensivi.

5.1 Linee guida per gli interventi educativi

Di seguito sono riportate alcune delle linee guida e la loro forza, riguardanti la riabilitazione cardiologica, a sostegno di ciò che viene detto sopra.

Riguardo l'attività fisica viene detto che:

- L'esercizio fisico costituisce un elemento centrale dei programmi di cardiologia riabilitativa. (I - A)
- Per la maggior parte dei pazienti è raccomandato l'esercizio fisico di tipo aerobico, di intensità bassa o moderata, adattato al diverso livello di capacità fisica di ciascuno (I - B)

Riguardo la sfera psicologica ed educazionale viene detto ciò:

- I programmi di CR dovrebbero includere interventi sia di tipo psicologico che di tipo educazionale come parte di una CR omnicomprensiva. (I - A)
- Interventi di tipo psicologico e comportamentale dovrebbero essere mirati ai bisogni dei singoli pazienti. (I - B)

- In base alle evidenze sul ruolo prognostico di ansia e depressione, tutti i pazienti con malattia coronarica dovrebbero essere sottoposti a screening utilizzando uno strumento di misura validato. Lo screening per l'ansia e la depressione dovrebbe avvenire all'inizio della riabilitazione e a 6-12 mesi dall'evento acuto. (II - B)
- Lo staff di CR dovrebbe aiutare i pazienti con malattia coronarica ad identificare e correggere le conoscenze e le false credenze. (I - B)
- Gli interventi mirati alla modificazione dello stile di vita del paziente in CR dovrebbero utilizzare principi stabiliti dai modelli di cambiamento comportamentale.

Nel caso di pazienti con problemi psicologici lievi, il cambiamento dello stile di vita può essere realizzato dallo staff della CR, nel caso si presentino problematiche più complesse è consigliabile rivolgersi a psicologi/psichiatri con formazione specialistica ed esperienza in tecniche di psicologia della salute. (I - A)

5.2 L' importanza della prevenzione secondaria

"*Put prevention in your daily practice*" è uno degli obiettivi da perseguire per ottenere la riduzione della mortalità e morbosità per malattie cardiovascolari.

Il professionista infermiere ha le conoscenze e le competenze per intervenire in tutte le strategie di prevenzione identificate dall'OMS: può modificare gli stili di vita ed i fattori ambientali responsabili dell'incidenza delle patologie cardiovascolari, può intervenire sui pazienti ad alto rischio e fare prevenzione secondaria. Il suo ruolo può essere tecnico, di counseling o di supporto psicologico.

5.2.1 Ruolo tecnico

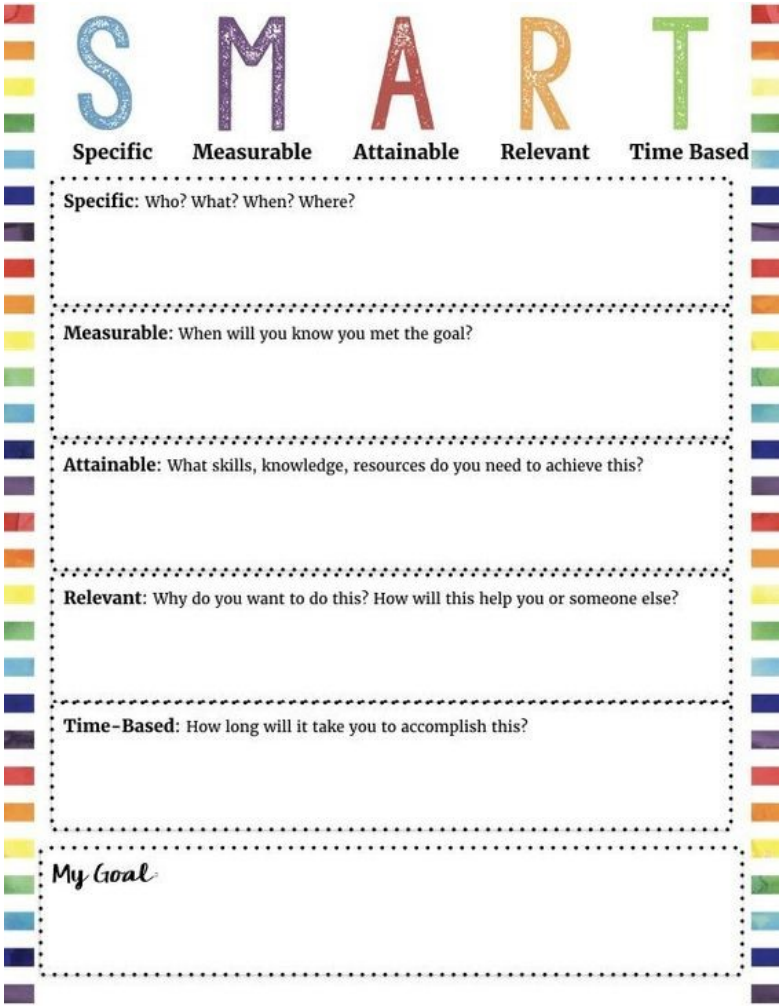
Il ruolo tecnico si ritrova nella collaborazione dell'infermiere con il medico nell'esecuzione di indagini strumentali per identificare il rischio cardiovascolare del singolo paziente. La stratificazione del rischio è un passo fondamentale e basilare nella definizione della metodica di prevenzione secondaria. L'infermiere ha ruolo tecnico ad esempio durante l'esecuzione di un test ergometrico.

5.2.2 Counseling infermieristico

L'infermiere possiede, secondo il DM 739/94, il ruolo di educatore alla salute. Lo strumento utilizzato è il counseling, che può essere definito come "*un intervento volontario e consapevole del personale sociosanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute*", ed è dunque condotto da un professionista attento alla relazione.
La professione in questo senso si fa meno prescrittiva, e più attenta agli aspetti dell'ascolto e dello scambio, al rispetto del paziente e delle sue esigenze, soprattutto a quelle che il paziente può far fatica ad esprimere. È giusto quindi distinguere la pratica terapeutica di counseling (competenza degli psicologi) e la capacità di counseling che è richiesta ai

professionisti in ambito sanitario e sociale. Il counseling parte dal presupposto che aiutare una persona in difficoltà non significa dirle che cosa deve fare, ma aiutarla a conoscere la sua situazione e a gestirne le problematiche, rendendo sé stessa la prima responsabile delle scelte che opera. Il lavoro dell'infermiere consiste nel riattivare e riorganizzare le energie emotive, cognitive e strategiche della persona, sfruttane le potenzialità peculiari che la contraddistinguono. L'aiuto ricevuto deve diventare una risorsa. Il counseling si pone vari obiettivi: supporto nei momenti di crisi, aiuto nel ricercare informazioni sulla malattia, ad assimilarle ed agire conformemente ad esse, incoraggiare a cambiare il proprio stile di vita se necessario, sviluppare nel paziente l'autodeterminazione e la capacità di scegliere autonomamente, aiutare il paziente ad anticipare, prevenire o impedire l'instaurarsi di situazioni critiche.

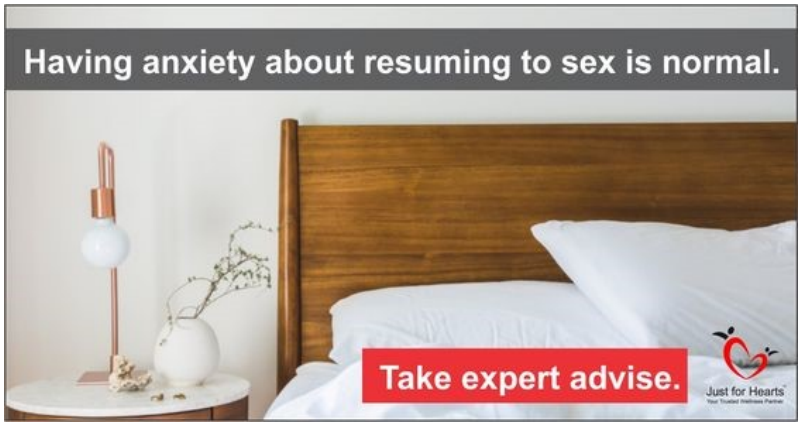
Il counseling infermieristico in ambito preventivo deve aiutare il paziente a smettere di fumare, a controllare l'alimentazione e a renderlo autonomo nella gestione della terapia farmacologica, ad aderire alle prescrizioni terapeutiche, a fare esercizio fisico, a ritornare a lavoro e alla ripresa delle attività relazionali, tornando consapevole del suo ruolo in famiglia ed in altri ambienti da lui frequentati. La base da cui partire per un intervento di counseling è l'aspetto motivazionale: bisogna valutare se il paziente è pronto a cambiare, quanto crede di poter cambiare e quanto sente forte lo stimolo di cambiare. Un colloquio motivazionale iniziale è capace



di creare il coinvolgimento terapeutico necessario per iniziare un percorso di cambiamento e decidere di cambiare.

5.2.3 Il counseling sessuale al paziente cardiologico: modello PLISSIT

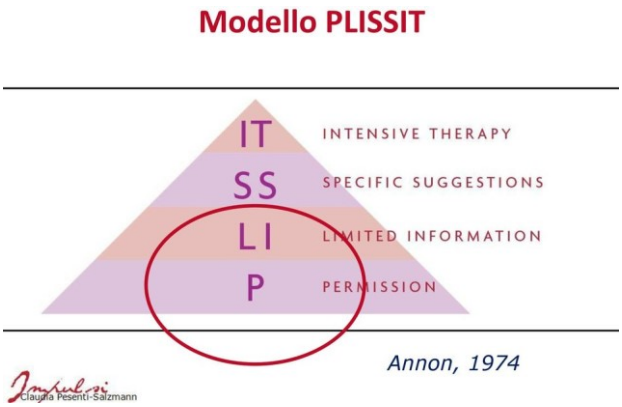
Spesso i pazienti colpiti da una sindrome coronarica acuta sviluppano delle paure che si ripercuotono anche sulla loro sessualità. Attraverso la riabilitazione, l'equipe dedicata deve fornire informazioni, aiutare il paziente a sfatare miti e ad affrontare le sue preoccupazioni.



Parlare di questo aspetto, spesso trascurato in primis dai professionisti, è un'occasione per approfondire quest'argomento e divenire abile ad affrontarlo con il paziente. Affrontare questa tematica esige una premessa, che viene riassunta nell'affascinante teoria infermieristica di Silvia Käppeli, in cui vengono messi in relazione gli aspetti bio-medici delle cure con gli aspetti psicosociali e spirituali. Questa teoria stimola i curanti a non orientare la loro cura solo in relazione alle diagnosi mediche, ma ad includere nelle cure anche il vissuto della persona e dei loro familiari, quindi la dimensione dell'esperienza. La teoria trova un ostacolo rappresentato dal punto di vista degli operatori sanitari, la soggettività che spesso non permette agli stessi di vedere ciò che vede il paziente e di non sentire ciò che sente il paziente. Vi sono dunque anche qua delle aree grigie. Einstein sosteneva che la teoria determina ciò che siamo in grado di percepire: non avendo quindi una conoscenza teorica sulla sfera sessuale, si è poco in grado di percepire le preoccupazioni del paziente. E se poi la teoria prevede che l'argomento venga tralasciato, che non venga menzionato, il professionista non saprà considerare realmente le richieste del paziente. Un'infermiera svizzera, Maja Keller-Gysi, ha condotto una ricerca molto interessante in merito, poi pubblicata in lingua tedesca sulla rivista scientifica "Cure infermieristiche". È partita chiedendosi innanzitutto perché spesso i pazienti cardiologici vanno incontro ad una disfunzione sessuale, come si possa aiutare questo tipo di pazienti, in

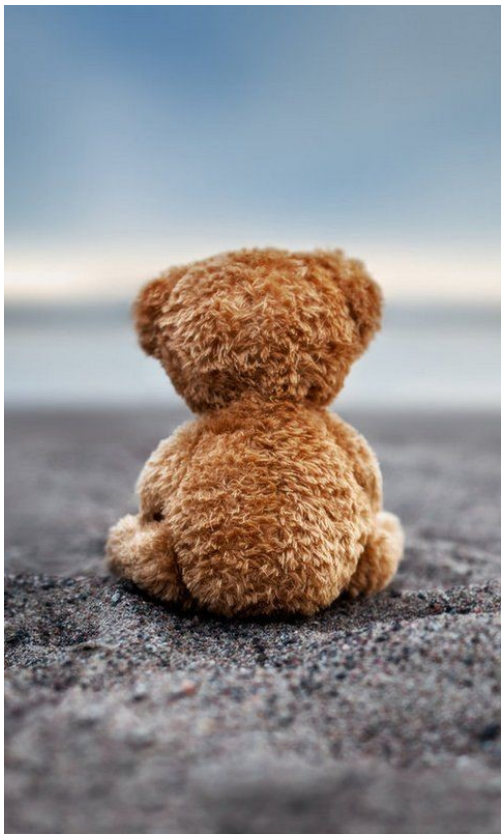
che cosa possa consistere una consulenza sessuale e che ruolo si avrebbe come infermieri nell'offrirne una. Per strutturare il suo lavoro ha utilizzato il modello di stratificazione degli interventi chiamato PLISSIT, ideato della psicoterapeuta americana Jack Annon. Se negli anni 70 i problemi sessuali venivano affrontati con un approccio psicanalitico a lungo termine, Annon aveva la convinzione che ed essi potesse essere data una soluzione più veloce e più semplice: ella sviluppa così un modello suddiviso in livelli, semplice e flessibile, per la consulenza sessuale, utilizzabile dai professionisti sanitari. Il significato di PLISSIT è il seguente: P significa "Permission" (permesso), LI "Limited Information" (informazione limitata), SS "Specific Suggestions" (suggerimenti specifici) e IT "Intensive Therapy" (terapia intensiva). Ad ogni livello aumentano le esigenze tecniche e temporali nei confronti dei consulenti. Ogni consulente decide fino a che livello può e vuole seguire i suoi pazienti in relazione alle sue capacità ed al suo profilo professionale.

"Permission" significa dare il permesso al cliente. I problemi di cui si parla in questo livello, non sono ancora problemi veri e propri, bensì preoccupazioni, pensieri che i pazienti si fanno, spesso inutilmente. Trovare una soluzione a questo aspetto significa che il professionista garantisce al paziente che il suo vissuto ed il suo atteggiamento sono assolutamente normali, non serve cambiare qualcosa. Ad esempio se si ha in carico un paziente che ha avuto un IMA, ma ha mantenuto una funzione cardiaca normale, lo si può rassicurare sul fatto che potrà riprendere l'attività sessuale abituale senza limitazioni: questo è un intervento di tipo "Permission". Per eseguire quest'intervento con coscienza, si deve aver ben chiaro che cosa significhi "normale" in ambito sessuale e dove si riscontrano limiti patologici, dunque occorre una conoscenza di base sui concetti sessuali, sulla sessualità nei vari momenti della vita, sulle forme di manifestazione di un disturbo sessuale, sulla sessualità nei malati cronici, sulla difficoltà a parlare della propria sessualità. È parte integrante della consulenza, non solo chiedere che cosa non funziona più, ma in che modo il paziente vive questo disturbo e la situazione che egli sente si sia crea attorno a lui.



L'infermiera, nello sperimentare il modello, ha quindi attribuito ad ogni paziente un livello di complessità del modello Plissit, indicando la collaborazione con l'equipe multidisciplinare. È stato concluso che nelle prime due fasi del modello, "permission" e "limited information", i professionisti sanitari possono essere ottime figure di riferimento (figura esemplificativa nella pagina precedente). Per i successivi due livelli, "specific suggestions" ed "intensive therapy", le figure adatte sono medici e specialisti del settore.

Il problema che l'infermiera ha incontrato durante lo studio, non considerato da Annon, è che la psicoterapeuta ha sempre dato per scontato che siano i pazienti a richiedere la consulenza. I pazienti si rivolgono all'ospedale per un problema di salute, non per un problema di sessualità, che resta un tabù sia per il paziente sia per i curanti. Per questo motivo, il livello Permission si propone di abbattere questo ostacolo e di permettere al paziente di dare voce ai suoi problemi sessuali. Per farlo, va scelto un momento opportuno da riservare al colloquio, ad esempio un colloquio motivazionale o il colloquio anamnestico potrebbero essere le sedi giuste. Anche il luogo va scelto con attenzione, nel massimo rispetto della privacy dell'assistito. Va rassicurato il paziente garantendogli di essere libero di interrompere la discussione in qualsiasi momento, o continuarla. L'argomento va introdotto quando durante la discussione con il paziente si è raggiunta una certa vicinanza. Il paziente vive spesso i disturbi sessuali come fallimenti, perciò è preferibile non far domande riguardo i sintomi, alla perdita di funzioni, ma farle piuttosto sul grado di soddisfazione o sui cambiamenti che vive, in che modo li vive. Quindi a questo punto ci si chiede come agganciare il discorso della sessualità, come iniziarlo. In letteratura vi sono vari suggerimenti, tra i quali uno risulta molto efficace: al paziente va chiesto "Come va per quanto riguarda la sua sessualità?". La risposta potrà dare informazioni su quanto il paziente è disponibile ad affrontare il tema. Un altro tipo di domanda potrebbe essere: "La sua malattia ha avuto delle ripercussioni sulla sua



sessualità?”. Un modo più completo di formulare il quesito potrebbe essere: “Chiedo sempre ai pazienti come vanno le loro relazioni e la loro sessualità, poiché le malattie e certi farmaci possono influire sulla sessualità. Come vanno le cose da questo punto di vista?”. È evidente quanto siano indispensabili il tatto e la sensibilità in questo caso.

“Limited Information” significa dare al cliente informazioni limitate di carattere specifico e tecnico sui suoi problemi personali. Annon sottolinea che si deve informare in modo limitato poiché informazioni generali ed ampie sono poco efficaci. Per fornire informazioni limitate è necessario capire esattamente il paziente e la sua situazione, la sua esperienza soggettiva ed unica come essere umano. Il meccanismo con cui si realizza questo è il cerchio ermeneutico: per capire il singolo elemento, occorre capire il tutto, quindi per capire il paziente va compreso il retroscena della malattia cardiaca e viceversa. I disturbi sessuali dei pazienti con malattie cardiache hanno a che fare con il concetto di superamento: sviluppano paure e depressione, ciò li porta a sviluppare un evitamento dell’ostacolo. Tutto quello che sollecita il cuore, che lo affatica e che potrebbe complicare la situazione, viene escluso dalla sua vita, evitato appunto. L’apprensione dei familiari peggiora la situazione. In ambito sessuale è molto diffuso il mito della morte improvvisa per amore, che sviluppa la paura nei malati cardiaci di morire durante l’atto sessuale per arresto cardiaco dovuto all’affaticamento fisico e alla sollecitazione emotiva. L’intervento per evitare ciò, consiste nel sostenere il paziente a superare la malattia cardiaca, in modo da fare un grande passo anche rispetto alla salute sessuale.

Il counseling rispetto alla sfera sessuale, essendo la sessualità una componente importante della vita di un paziente, va offerto. È quindi giusto che gli operatori sanitari abbiano le conoscenze per parlarne, creino un ambiente favorevole all’esposizione delle perplessità e siano disponibili verso i pazienti nel rispondere ai quesiti. Le perplessità, che spesso divengono timori limitanti, derivano dal fatto che la patologia cardiaca può condizionare tutte le fasi della risposta sessuale, e quindi la qualità della vita del paziente stesso. Questa questione è molto sottovalutata dai professionisti. Le linee guida si esprimono in merito ed

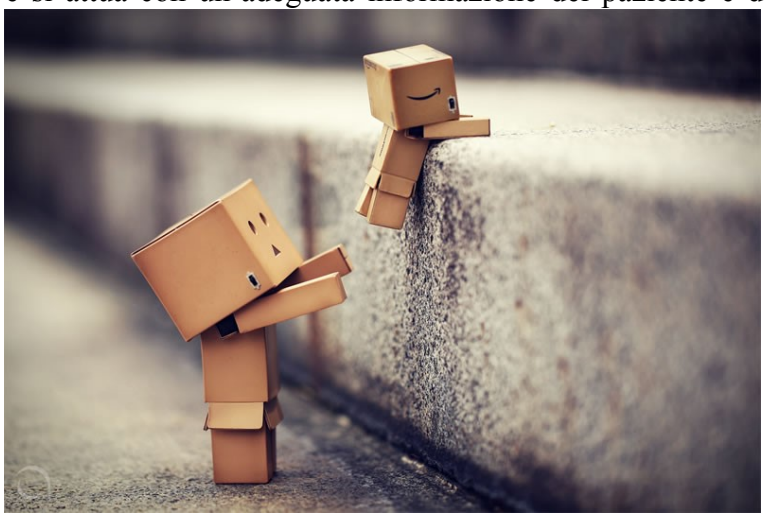
evidenziano che “La valutazione dell’attività sessuale e un intervento di counseling specifico dovrebbero essere assicurati ai pazienti in riabilitazione cardiologica”.

È stato condotto uno studio per indagare la pratica, la responsabilità e la fiducia che gli infermieri hanno rispetto al counseling sulla sfera sessuale: lo studio si è svolto somministrando un sondaggio agli infermieri partecipanti ad una riunione scientifica dei professionisti appartenenti alla società europea di cardiologia nel 2009. L’87% si ritiene responsabile nel parlare della sfera sessuale, soprattutto quando è il paziente ad iniziare la conversazione. È risultato inoltre che gran parte degli intervistati raramente ha affrontato con i pazienti problemi riguardanti la sessualità. La maggior parte si è ritenuto capace di parlare al paziente cardiologico rispetto a fattori strettamente correlati alla patologia come sintomi, l’effetto cardiocinetico di certi farmaci, o farmaci di ausilio nell’attività sessuale in presenza di una disfunzione,...ecc Essi stessi si sono dichiarati meno capaci di parlare al paziente rispetto ad argomenti sensibili, a come affrontare l’amplesso in presenza di cardiopatia e a come gestire l’ansia o la fatica.
Gli infermieri hanno affermato nel sondaggio che i pazienti potrebbero sentirsi in imbarazzo, turbati o ansiosi nel caso vengano loro poste domande sulle preoccupazioni sessuali.
A che cosa è dovuta questa minor capacità di intervenire rispetto ad argomenti sensibili? Un quinto degli infermieri lo deve alla poca informazione a riguardo, il 40% ha affermato di essere intimorito dall’eventualità di non saper rispondere a certi quesiti. La formazione riguardo la sessualità avrebbe quindi la funzione di rendere più attivo il dialogo con il paziente, di mettere maggiormente a suo agio l’infermiere con il paziente e viceversa nel counseling sessuale. Le conclusioni dello studio evidenziano che sebbene da parte degli infermieri ci sia responsabilità e volontà a svolgere quest’attività senza particolari preoccupazioni, questi argomenti restano esclusi dalle discussioni quotidiane con il paziente.
Inoltre, emerge che c’è necessità di maggiori conoscenze e di una formazione specifica per poter portare nella pratica clinica quotidiana il counseling sessuale infermieristico, in quanto potrebbe avere un buon impatto nel migliorare la qualità della vita del paziente stesso.

5.2.4 Supporto psicologico

Il paziente colpito da patologie cardiovascolari ha spesso, come è stato già detto, delle conseguenze psicologiche importanti. Può sviluppare ansia e depressione, o irritabilità ed aggressività che lo portano a negare la malattia, oppure a sentirsi totalmente inutile, "di peso", strettamente dipendente dai farmaci e dagli operatori sanitari. Ciò crea conflitti interiori e difficoltà nei reinserimento familiare e sociale. È proprio l'ambiente familiare che spesso con un atteggiamento iperprotettivo tende ad accentuare l'isolamento del paziente: non è raro che si crei una situazione in cui il paziente è vittima di inutili restrizioni che causano un senso di invalidità ancor più pronunciato.

Il controllo delle reazioni emotive va intrapreso sin dal ricovero, a maggior ragione nei reparti di terapia intensiva in cui le reazioni possono essere abnormi in relazione al contesto, e si attua con un'adeguata informazione del paziente e dei suoi familiari. Il paziente va



accolto adeguatamente, ascoltato, rassicurato sull'andamento della malattia, su un decorso generalmente favorevole e sulla possibilità di riprendere una vita lavorativa e sociale normale, va creata un'atmosfera tranquilla e distesa. È necessario saper lavorare in equipe in modo da non far giungere al paziente notizie che egli possa percepire come "divergenti": spesso l'ansia deriva proprio da questo. Il motivo di questo problema comunicativo deriva la maggior parte delle volte dal fatto che l'assistito non ha i mezzi per decodificare un'informazione che non è espressa nel modo giusto.

Gli infermieri in grado di fare prevenzione secondaria ricoprendo il ruolo di consulente e di supporto psicologico ai pazienti, con un'adeguata formazione, possono coordinare in autonomia, con protocolli standardizzati e validati, degli ambulatori territoriali collegati a banche dati dei pazienti, ai medici di base e agli ambulatori ospedalieri.

CONCLUSIONE

L'infermiere deve sapere, saper fare, ma ha bisogno di saper essere per diventare un eccellente professionista. È indispensabile saper essere e saper divenire oggigiorno dove l'assistenza pone al centro del "to care" il paziente in tutte le sue dimensioni (fisica, psicologica e sociale). È quindi impensabile separare la competenza professionale e scientifica dalle qualità morali, comunicative ed empatiche. È indispensabile raggiungere una consapevolezza di sé ed una conoscenza abbastanza ampia tali da considerare il maggior numero di variabili rispetto sia alla clinica del paziente sia alle dimensioni della soggettività e dell'esperienza.

Alla luce di quanto scritto è palese quanto la relazione con il paziente in ambito cardiologico abbia un ruolo chiave, in quanto la persona colpita da una sindrome coronarica acuta, essendo essa ad esordio improvviso, si trova ad interfacciarsi con una nuova dimensione di sé, quella patologica, e richiede attenzione oltre che tempo per essere elaborata ed accettata. L'assistito si trova a dover riprogrammare la propria vita, a reindirizzare le proprie abitudini ed i propri comportamenti mediante scelte di salute che gli permettano di mantenere il benessere residuo o di migliorare la propria situazione dopo la fase acuta. Accanto a questo risvolto, va menzionata la sequela di depressione e smarrimento che sperimenterà. La guida rispetto a questo nuovo percorso è rappresentata dall'infermiere nei vari ruoli che ricoprirà: deve rispecchiare la figura capace di far fronte ad un'emergenza/urgenza, di cogliere i bisogni espressi ed inespressi, di stimolare l'espressione degli stessi in modo appropriato. Deve saper rispondere a questi ultimi mettendo in atto interventi adeguati, e fornire al paziente strategie efficaci per rispondere in autonomia, laddove possibile, ai suoi bisogni di salute.

L'infermiere è quindi chiamato ad impiegare la sua professionalità e sé stesso, nell'erogare la miglior assistenza possibile e disponibile in quel momento alla persona assistita, in quel dato setting. Permettere alla persona di conoscere la sua patologia ed assisterlo nel miglior modo possibile, è già rispondere a gran parte dei suoi bisogni. Da un lato si ha la parte clinica che è stata molto studiata ed approfondita negli anni, e per questo offre un ampio ventaglio di soluzioni efficaci e di alta specialità. Dall'altro lato si ha la parte dedicata alla valutazione esperienziale del paziente e di analisi della sfera emotiva, che rimane ancora poco esplorata,

ed ha maggiori difficoltà ad affermarsi nella pratica clinica perché è molto complessa da indagare ed attuare. Realizzare obiettivi prettamente didattici come creare un ambiente tranquillo e relazionarsi al paziente infondendo serenità, non dovrebbero rappresentare le uniche strategie messe in atto nella routine quotidiana da un infermiere per intervenire sulla sfera psicologica del paziente. È indispensabile condurre maggiori ricerche per capire in che modo i professionisti sanitari possano intervenire sul bisogno di informazioni relative all'area del ruolo e delle relazioni del paziente, al concetto di sé, al modello di sessualità e riproduzione.

Ed è necessario che ogni infermiere si ponga come obiettivo l'accrescere le proprie conoscenze proprio verso queste aree grigie, come imperativo morale, e che lavori su sé stesso per migliorare il più possibile la propria attitudine comunicativa, talvolta facendo silenzio. Un paziente che si sente giudicato, sottovalutato, a cui vengono interpretate le parole secondo la propria visione del mondo, sarà un paziente che avrà maggiori difficoltà ad esprimere le proprie paure, e quindi avrà meno probabilità di essere aiutato nel modo idoneo.

Kant sosteneva che la competenza professionale senza la qualità morale della vita, è vuota. A sua volta una cura incompetente è certamente cieca. Spesso i pazienti sono vittime proprio di questa incompetenza cieca, non meno di quanto lo siano della mancanza di cura. Dunque si può parlare di un atto sintetico in cui l'intelligenza, non meno del cuore, ha la sua parte. Se da un lato l'infermiere deve possedere conoscenze ed abilità tecnico-scientifiche per affrontare un ricovero in regime di urgenza/emergenza e la gestione della terapia specifica, dall'altro deve eseguire un'attenta analisi dei bisogni assistenziali del paziente, al fine di garantire un'assistenza personalizzata che guardi alla persona in maniera globale ed olistica. Ogni infermiere dovrebbe divenire la versione migliore di sé stesso, promuovendo in ogni momento del proprio percorso di vita e professionale il miglioramento delle abilità relazionali e comunicative con l'altro. Sono necessarie umanità, sensibilità, gentilezza d'animo e tatto. In questo modo il paziente percepirà a pieno che al centro del processo assistenziale c'è lui come unico protagonista.

Termino con una frase: “Gli infermieri vedono il mondo nella sua forma di realtà più cruda, inesplicabile e ingiusta, e in qualche modo, per la grazia della loro innata speranza per l'umanità, e l'inafferrabile profondità di coraggio, lo amano ancora.”.

Nurses see the world
in its most raw, inexplicable,
unfair form of reality,
and somehow, by the grace of their
inherent hope for humanity,
and unmeasurable depth of courage,
still love it.

RINGRAZIAMENTI

Pensare a tutte le persone che vorrei ringraziare non è cosa semplice, perché in questi anni ne ho incontrate molte. Ognuna ha dato il suo contributo al mio percorso di crescita, e poi c'è chi l'ha reso possibile.

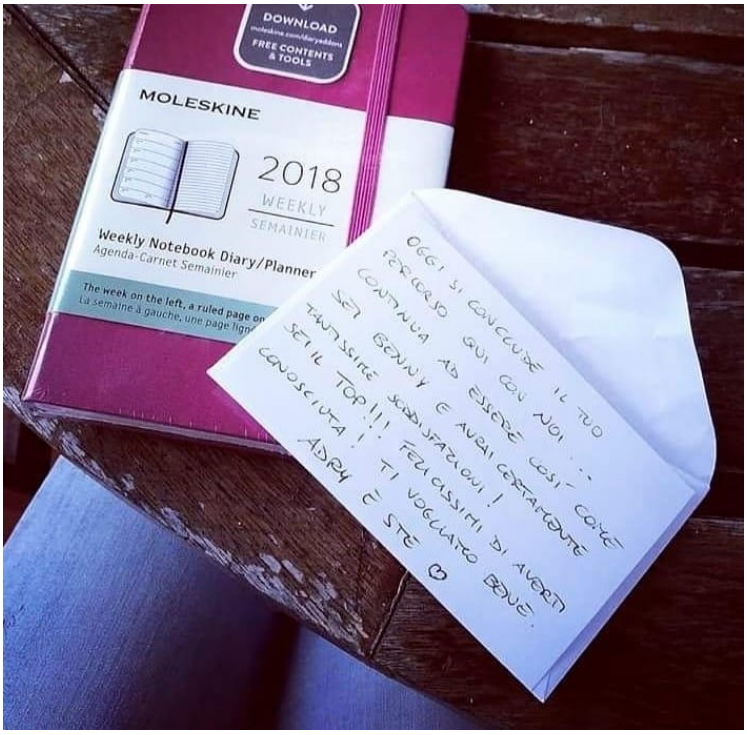
Ho incontrato in aula compagni di viaggio in questi tre anni difficili ed intensi. Ho incontrato quelli giusti, quelli che mi hanno spinta e quelli che mi hanno fatto compagnia, quelli che avevano risposte, quelli che mi ponevano domande. Ho incontrato molti insegnanti. Il mio grazie va a chi ha messo passione nell'insegnamento ed anche a chi ha contribuito ad alimentare le mie incertezze, spingendomi a ricercare punti fermi, ad andare oltre le conoscenze acquisite in aula. Ho incontrato i miei tutor, che mi hanno insegnato la disciplina, la precisione, il non lasciare nulla al caso, l'importanza di un intervento fatto nel modo giusto. Ho incontrato la mia relatrice, che per me è stata per prima cosa una professoressa autorevole e per la quale ho nutrito stima sin da subito, per la professionalità e serietà dimostrate, per la varietà e la completezza delle sue lezioni, per le conoscenze che ha saputo fornirmi. Inoltre devo ringraziarla per la pazienza dimostrata, per l'attenzione che ha prestato al mio elaborato nonostante vesta una divisa bianca che porta via tempo, ma è comunque riuscita a dedicarmene un po'.

Ringrazio ogni infermiere, OSS e medico che si è occupato di me ed ha condiviso il suo turno con me, ricordo ognuno di loro per qualcosa. Per loro in questo momento è molto difficile indossare quella divisa, ma la indossano lo stesso, ogni giorno, perché hanno a cuore l'assistenza, la vita delle persone, e me l'hanno insegnato bene.

Ringrazio gli infermieri che all'inizio del mio percorso mi hanno accolta, mi hanno fatto conoscere la professione nelle varie realtà e con pazienza mi hanno fatto muovere i primi passi, senza farmi sentire incapace, ma stimolando la mia curiosità offrendomi ogni giorno nuovi spunti d'apprendimento. Sono stati la mia prima finestra aperta sulla professione, ed hanno saputo abbracciarmi quando, le prime volte, ne avevo bisogno. Parlo di chi mi ha seguita nella U.O. di Chirurgia Generale e dei Trapianti, nella U.O. di Nefrologia, nella DPA dell'INRCA (in particolare di Antonellina, Giusy, Gina, Matteo, Alessandro, Monia, Barbara). Ringrazio chi, in UTIP, per la prima volta mi ha fatto prendere in braccio un

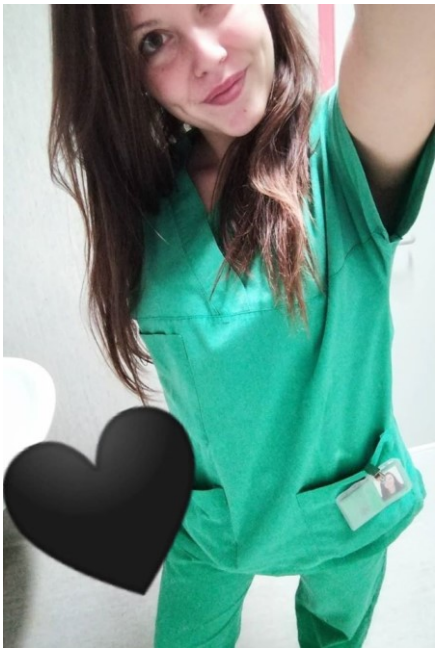
neonato, e mi ha fatto percepire il silenzio dei pensieri che crea un neonato addormentandosi sul tuo petto.

C'è chi mi ha dato fiducia, chi mi ha spiegato e fatto fare diverse cose prendendosi cura del mio apprendimento, oltre che di me. Ho fatto con loro i primi turni intensivi, ho riso, ho affrontato tutto con una gioia incredibile, ed alcuni di loro li porterò sempre dentro perché belle persone e professionisti eccellenti. Parlo di Adriana, Ilenia, Marco e Stefano della Stroke Unit. Parlo di Salvatore della U.O. di Nefrologia, Cristina della U.O. di Malattie Infettive.



Ringrazio di cuore tutti gli infermieri che con generosità infinita mi hanno offerto le loro conoscenze, il loro modo di operare, il loro modo di affrontare il dolore e la sofferenza altrui così da farlo mio e proteggermi da quel mare di emozioni che ti investe in certe situazioni. Mi hanno donato uno scudo molto robusto con cui potevo proteggermi, ma allo stesso tempo avere costantemente gli occhi sul paziente e la sua emotività. Mi hanno insegnato che la professione è fatta di conoscenze e tecnica, ma anche di buona comunicazione, è saper vedere oltre ciò che viene detto o ciò che si presenta. Ho potuto appassionarmi dell'assistenza al paziente critico e dell'area dell'emergenza in terzo anno, ed è soprattutto grazie a chi ha stimolato in continuazione questa mia predilezione. Parlo di tutti gli infermieri dell'UTIC (in particolare di Francesco, Gianfranco ed Elena), del Pronto Soccorso (in particolare Grazia, Michele, Mirko e Fabienne), della Divisione di Rianimazione (di lei parlerò dopo). Ringrazio chi ha tentato di demolirmi o di farmi credere che "non ero in grado" soltanto perché avevo desiderio di conoscere e condividere le conoscenze, perché è

proprio lì che ho preso coscienza di me stessa, ed ho capito che un forte limite allo sviluppo professionale è la poca propensione a mettere in comune le proprie conoscenze. Così ho creduto nella condivisione ancor di più, e in questo ringrazio Cesare della PICC UNIT, con lui la condivisone è stato lo spirito con cui affrontare ogni momento.



Gli infermieri che ho amato di più e ai quali devo molto son quelli della Divisione di Rianimazione, è qui che ho trovato me. Credo si essere nata come infermiera proprio tra respiratori, monitors e suoni battenti, tra Propofol, Midazolam, Morfina e Noradrenalina. Qui mi sono riconosciuta, lo senti quando ti trovi al tuo posto. Loro mi hanno insegnato a farcela da sola, portandomi sulle proprie ali in alto, per poi lasciarmi volare sola, osservandomi da lontano. Son quelli con cui ho visto più da vicino la morte, ma che hanno sempre portato in me la vita, il senso di "prendersi cura", che non avevo mai capito così a fondo sino a quel momento. Non sono mai stati ciechi di fronte ad un mio cedimento emotivo, non sono mai stati sordi di fronte ad una ragazza che aveva sete di sapere. Mi son sempre sentita una di loro dal momento in cui lasciavo i miei vestiti nell'armadietto per indossare la "divisina" verde ed iniziavo il turno. Mi hanno fatta sentire a casa sempre, sin dai primi periodi. Parlo in particolare di Massimo, Antonio, Nicola, Eros, Andrea, Valentina, Francesca, Paola, Loredana, Annalisa e Claudia. Ed ora il mio pensiero va soprattutto a loro, alla loro battaglia più grande, ma so che hanno ali potenti, voleranno altissimi anche sta volta. Loro sanno volare al di là dell'angoscia, loro amano la professione, e mi hanno insegnato a non aver paura mai!

Ringrazio ogni paziente che ho incontrato, perché i pazienti sanno insegnarti l'amore, la gratitudine, la forza di un sorriso, di una carezza. Sanno far chiarezza sul senso della vita, sull'importanza della serenità e della gioia. Parlo ad esempio di E., lei non c'è più ora, ma in lei ho percepito sempre uno straordinario attaccamento alla vita, all'amore, una gratitudine

immensa verso chi le stava accanto. Poi parlo di L., di A.M., di A…ecc Ho cercato di assistervi nel mio piccolo come se foste mia mamma, mio papà o mio fratello, e voglio conservare sempre questa mia idea di assistenza.

In questi tre anni ho trovato l'amore, e l'ho trovato proprio quando avevo bisogno di qualcosa di bello al mio fianco, di qualcosa di vero. Ringrazio la sua famiglia per aver creduto sempre in me come fossi la loro figlia, per avermi permesso di parlare sempre di ciò che amo. Ringrazio Lui per ogni dose massiva di coraggio e di stima. Per aver creduto in me ogni momento, e soprattutto quando mi guardavo allo specchio e non mi vedevo. Lo ringrazio per ogni sveglia presto per andare a tirocinio, per esser stato sempre disponibile ai cambi di programma e comprensivo ai cambi di umore. Per avermi stretta forte senza dire niente quando uscivo da un turno emotivamente pesante, per avermi accarezzato i capelli quando piangevo. Credo che ogni persona che ha a che fare con la vita e la morte delle persone, debba poter avere accanto una persona esattamente come lui.

Ringrazio tutte le mie amiche. Federica, con cui condivido la mia strada dalle scuole medie, la ringrazio per l'ascolto che non è mai mancato e per essere stata sempre la mia idea di amicizia e di riservatezza. Ringrazio Jenny perché nessuno meglio di lei ha saputo farmi sorridere sempre, ha saputo alleggerire ogni peso che mi portavo sulle spalle, ha saputo esserci sempre, mi ha sostenuta quando ne avevo bisogno. Ringrazio Giulia, perché mi ha permesso di entrare nella sua vita e farle capire la sua propensione, e forse imboccherà la stessa mia strada, mi sono sentita preziosa per lei.

Ringrazio i miei nonni, e poi i miei genitori e mio fratello. Senza i loro sacrifici, salti mortali, senza averli avuti accanto nel mio percorso, senza aver sempre in mente "Bene, siamo sicuri che ce la farai!", probabilmente non sarei arrivata qua. Forse sarebbe stato più semplice scegliere un percorso più breve, meno complesso, che richiedesse meno sacrifici in relazione alla mia situazione familiare. Hanno preferito farmi felice, poter vedere sbocciare attraverso me i loro anni di sacrifici, i loro anni bui. Io sono felice, mamma e papà! E sappiate che parte di questa felicità è solo ed unicamente perché voi ci siete stati, e l'avete reso possibile. Siete stati sempre la mia famiglia strana, ma unita. Il mio posto sicuro, sempre!

Infine, un grazie lo devo a me. Al tempo dedicato a questo mio sogno che ora ho tra le mani, che sta affrontando mille impedimenti per potersi realizzare, ma si realizzerà ne sono sicura.

Alla mia forte idea del “tutto passa, sempre” che mi ha aiutata ad andare sempre dall’altra parte della tristezza e dello sconforto trovando prati pieni di bellezza e di armonia. All’impegno prestato ed all’impegno preso con i pazienti che assisterò, a ciò che sono diventata e che diventerò. Alla mia determinazione, tenacia e costanza nel perseguire i miei obiettivi. A tutte le volte che sono caduta rovinosamente a terra, ma poi mi sono rialzata sorridendo più forte di prima. Al mio desiderio di poter finalmente aprire le ali da sola, e di essere la migliore versione di me in ogni momento.

Sono pronta a volare, sto spiegando le ali…

SITOGRAFIA:

- www.msdmanuals.com
- www.nhlbi.nih.gov
- www.roche.it
- www.anmco.it
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- www.regione.fvg.it
- www.giornaledicardiologia.it
- www.asiticino.ch

BIBLIOGRAFIA:

- "L'infermiere e il malato cardiaco. Procedure, protocolli e linee guida di assistenza", Antonella Gioia, presentazione di Annalisa Silvestro, editrice Masson
- "Urgenze ed emergenze", Maurizio Chiaranda. Quarta edizione