SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (DEASS)

Corso di laurea in Cure infermieristiche

Fabbisogno educativo del paziente e della famiglia dopo un infarto miocardico acuto: revisione della letteratura

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)
Di
Karin Fumagalli

Direttore di tesi
Maurizio Belli

Anno accademico 2019 – 2020
Manno, Luglio 2020

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi"

ABSTRACT

Background
Secondo l'Ufficio federale di statistica della Confederazione Svizzera le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nel 2017, sia per gli uomini che per le donne. L'infarto del miocardio (STEMI e NON-STEMI o NSTEMI) avviene quando vi è un'ostruzione del flusso di sangue al muscolo cardiaco.
La prevenzione secondaria e la riabilitazione ricoprono sempre un ruolo fondamentale al fine di diminuire possibili eventi avversi che potrebbero presentarsi nel futuro.

Obiettivi
Per la stesura del lavoro di tesi mi sono posta diverse domande:
"*Quali sono le informazioni prioritarie per i pazienti e per la famiglia dopo un infarto miocardio acuto?"; "Quali sono le informazioni prioritarie per una buona gestione della malattia al domicilio?"; "Le informazioni richieste dai pazienti rispecchiano le informazioni fornite dai curanti?"*.
L'obiettivo del Lavoro di Tesi è quello di indagare quali siano i fabbisogni educativi che il paziente e/o la famiglia necessita dopo un infarto miocardico acuto di nuova insorgenza. Inoltre, ha lo scopo di far comprendere ai futuri infermieri quali siano le informazioni percepite come importanti per i pazienti per garantire un'adeguata gestione della malattia al domicilio.

Metodologia della ricerca
La metodologia utilizzata per la stesura del lavoro è la revisione sistematica della letteratura, mediante l'uso di banche date specifiche "CINHAL (EBSCO)", "UpToDate", "PubMed", le quali hanno permesso di estrarre nove articoli pertinenti alle domande di ricerca.

Risultati
Gli articoli scelti hanno utilizzato questionari molto simili per la rilevazione dei bisogni d'informazione, attribuendo dei valori da 1 (meno importante) a 5 (più importante) alle varie categorie. Per i pazienti gli ambiti che risultano essere più importanti sono le informazioni legate ai medicamenti, la gestione dei segni e sintomi e le informazioni legate ai fattori di rischio. Mentre per gli infermieri le nozioni più rilevanti sono i medicamenti, ma anche quelle nozioni legate alle attività e l'introduzione all'unità cardiaca. Oltretutto si prende in considerazione la possibilità di introdurre una check list per poter constatare di aver affrontato tutte le informazioni più importanti, senza tralasciare nulla.

Conclusione
La degenza sempre più accorciata rende difficile il lavoro degli infermieri soprattutto nel dare informazioni mirate a seconda delle necessità del paziente e della rete di sostegno. Per questo motivo l'infermiere, per effettuare una buona promozione della salute e dell'educazione alla salute deve effettuare un colloquio mirato ad indagare quali siano i bisogni fondamentali, per poi realizzare un percorso riabilitativo mirato e personalizzato. Oltre le informazioni fornite durante la degenza, anche nel percorso di riabilitazione vengono fornite nozioni specifiche a seconda dei bisogni del paziente e della famiglia, garantendo un sostegno morale e vengono forniti strumenti per gestire lo stress.

Parole chiave
Le parole chiavi utilizzate nelle banche dati per la ricerca degli articoli sono: "*Heart attack or myocardial infarction", "information", "information needs"* e *"learning needs"*.

Sommario

1. Introduzione 4
1.1 Motivazione 4
1.2 Struttura lavoro di tesi 5
2. Quadro teorico 6
2.1 Cuore 6
2.1.1 Coronarie 7
2.2 Infarto miocardico 8
2.2.1 Fisiopatologia 8
2.2.2 Epidemiologia 9
2.2.3 Clinica 10
2.2.4 Fattori di rischio 11
2.2.5 Diagnosi 12
2.2.6 Trattamento 15
2.3 Informazione ed educazione 17
3. Metodologia 22
3.1 Articoli 23
4. Discussione degli articoli 28
4.1 Discussione secondo gli obiettivi 28
4.2 Discussione secondo gli interventi 29
4.3 Discussione secondo i risultati 30
4.4 Discussione secondo i limiti 32
4.5 Riassunto dei risultati 33
5. Correlazione dei risultati con la pratica professionale 34
6. Conclusioni 36
7. Ringraziamenti 40
8. Bibliografia 41
9. Allegati 45
9.1 Cardiac patients' learning needs inventory (CPLNS) 45

1. Introduzione

L'infarto del miocardio è una patologia molto comune che colpisce circa 30'000 persone all'anno ed è la prima causa di morte in Svizzera - come nel resto del mondo. La probabilità di sopravvivenza dopo l'evento è maggiore se viene riconosciuto e trattato in maniera tempestiva, diminuendo il rischio di danni permanenti al cuore. Purtroppo molte persone sottovalutano tale patologia e si recano in ospedale con una media di quattro – sei ore di ritardo dall'inizio dei sintomi (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.).
Da uno studio condotto nel 2014 è emerso che più di 4 milioni di decessi all'anno sono legati a patologie cardiovascolari in 49 nazioni europee e dell'Asia del nord (Wilson & Douglas, 2018).
Le malattie cardiovascolari, che comprendono tutte le forme di cardiopatie, le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebro-vascolari, nel 2016, hanno portato al decesso di 9'357 uomini e 11'355 donne in Svizzera. Sempre nello stesso anno sono state ricoverate in ospedale 64'278 uomini e 49'934 donne a causa di malattie cardiovascolari e sono stati registrati un totale di 14'792 persone con infarto del miocardio (9'757 uomini e 5'035 donne) (Confederazione Svizzera & Ufficio Federale di statistica, s.d.).
Negli ultimi anni si è potuta osservare una diminuzione dei casi fatali legati a malattie cardiovascolari: dal 1995 al 2011 si è passati da 240 uomini morti a 135 e da 133 donne morte a 83 (Confederazione Svizzera & Ufficio Federale di statistica, s.d.).
L'area di interesse per la mia tesi di Bachelor è: quali sono le informazioni più rilevanti per i pazienti dopo un infarto miocardico che gli permetta di gestire al meglio la malattia al domicilio?
Utilizzerò la revisione sistematica della letteratura per ricercare e confrontare articoli scientifici presenti in diverse banche dati, e poi mediante una selezione secondo alcuni criteri che specificherò più avanti sceglierò quelli che sono più pertinenti alla mia domanda di ricerca.

1.1 Motivazione

Prima di iniziare la facoltà di Cure infermieristiche alla SUPSI ho frequentato il Centro Professionale Commerciale di Chiasso e per acquisire l'attestato di maturità ho dovuto effettuare un anno di stage. Cercavo un luogo in cui potessi essere messa alla prova e che mi permettesse di stare a stretto contatto sia con i miei colleghi che con i pazienti. Fortunatamente sono stata assunta come impiegata amministrativa nell'ambulatorio di cardiologia dell'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio, un luogo che ha rispecchiato le mie aspettative ed i miei desideri.
Con il trascorrere del tempo ho preso consapevolezza dei diversi aspetti della mia persona e della direzione che avrei voluto seguire nel mio futuro. Frequentare un ambiente a stretto contatto sia con le infermiere sia con i pazienti mi ha aiutato a comprendere che mi sarebbe piaciuto intraprendere una carriera nell'ambito sanitario, in cui avrei potuto aiutare le persone, educarle, dare informazioni e sostenerle nei momenti di difficoltà; per questo motivo ho deciso di informarmi sulle tipologie di scuole presenti in Ticino e di conseguenza di iscrivermi alla SUPSI.
Durante quest'esperienza formativa ho potuto osservare come una malattia acuta, per esempio un infarto, influisca sulla salute del paziente ma abbia anche un impatto rilevante sui familiari e sulle persone che lo circondano; ho inoltre conosciuto i diversi controlli e l'iter terapeutico che bisogna intraprendere per evitare delle ricadute: centrale risultava il fornire informazioni e l'educazione al paziente.

Nell'ambulatorio non si recavano solo persone con le diverse patologie cardiache ma anche persone attualmente sane che si sottoponevano a controlli per limitare il rischio di riscontrare una patologia cardiaca oppure si sottoponevano ad esami specifici prima di effettuare un intervento chirurgico.
Le infermiere analizzavano i vari test e quindi dovevano essere in grado di riconoscere eventi particolari, saperli gestire in maniera tempestiva ed informare il medico.
Per la scelta dell'argomento di tesi ho impiegato diverso tempo nella ricerca di argomenti di attualità e di articoli scientifici nelle banche dati; mi sono inoltre fatta ispirare dagli argomenti trattati in classe. Mi sono infine decisa per la tematica del fabbisogno educativo dei pazienti dopo aver subito un infarto del miocardio, ispirandomi anche a mio padre, che diversi anni prima dello stage in ospedale ne accusò uno il giorno prima della partenza delle vacanze, evento che mi segnò molto e mi incuriosì altrettanto.
Durante le lezioni di *"Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 1: acuzie e pianificazione dell'assistenza a corto termine"* mi appassionai molto dell'apparato cardiaco e delle patologie correlate, rivedendo nel cuore un organo cardine di tutto il nostro organismo, il luogo in cui risiedono tutte le emozioni e l'anima.

1.2 Struttura lavoro di tesi

La struttura del lavoro di tesi (LT) è formata da macrocapitoli: l'introduzione, il quadro teorico in cui esporrò i concetti base che sostengono la tesi; quindi il cuore, le coronarie, l'infarto miocardico acuto e l'informazione e l'educazione. Dopodiché esporrò i risultati ottenuti della ricerca mediante una tabella riassuntiva; effettuerò un'analisi secondo gli obiettivi, gli interventi, i risultati dei vari articoli scelti ed esporrò i limiti che ho imposto per selezionare gli articoli pertinenti alla mia ricerca. I risultati saranno presentati in maniera oggettiva, verranno confrontati mettendo in risalto i punti in comune rispetto alle divergenze. Successivamente mostrerò le possibili implicazioni con la futura pratica professionale, utilizzando il profilo di competenze messo a disposizione dalla SUPSI. Nelle conclusioni effettuerò una riflessione personale sui dati ottenuti, esporrò le difficoltà riscontrate durante la stesura della tesi e le possibilità di riabilitazione cardiovascolare presente in Ticino.

2. Quadro teorico

2.1 Cuore

Il cuore è modulato da impulsi provenienti dal cervello, il quale risponde rapidamente alle informazioni provenienti dal sistema nervoso centrale efferente. La frequenza cardiaca viene alterata con lo stress emotivo e fisico; per questo motivo durante l'arco della giornata si possono notare un aumento o una diminuzione del numero di battiti al minuto (frequenza cardiaca) (Kodirov et al., 2019).
La particolarità del miocardio è la sua composizione, infatti il tessuto muscolare è striato, ma si comporta come se appartenesse alla muscolatura liscia in quanto la sua contrazione è involontaria (Tortora et al., 2011).
Il sistema cardiovascolare è uno dei primi sistemi che si forma nell'embrione ed il cuore è il primo organo funzionante, infatti esso inizia a svilupparsi già dal 18° - 19° giornata post fecondazione. Esso è composto da una complessa rete di vene ed arterie coronariche, vasi linfatici ed innervazione autonomiche. Le patologie cardiovascolari sono le prime in classifica a causare la morte di molte persone in tutto il mondo. Molte di esse colpiscono principalmente la muscolatura con diversi meccanismi che portano alla disfunzione contrattile e di conseguenza una diminuzione della funzionalità, con danno e morte cellulare (Tran & Mahabadi, 2019).
Le parti principali che formano il cuore sono l'atrio destro e sinistro ed il ventricolo destro e sinistro, divisi longitudinalmente dal setto interventricolare e orizzontalmente dalle varie valvole.
Il sangue deossigenato dall'atrio destro fluisce verso il ventricolo destro attraverso la valvola tricuspide, poi mediante la contrazione del ventricolo il sangue passa attraverso la valvola polmonare (o semilunare) al tronco polmonare, il quale si divide in arteria polmonare destra e sinistra, fluendo ai polmoni.
Qui il sangue all'interno dei capillari polmonari effettua uno scambio di gas, cedendo CO_2 e ricevendo O_2, per poi affluire nelle vene polmonari fino all'atrio sinistro e spostarsi nel ventricolo sinistro tramite il passaggio dalla valvola bicuspide. Una volta che il ventricolo sinistro si riempie, la contrazione permette il passaggio dalla valvola aortica (o semilunare) all'aorta che poi mediante le sue diramazioni porta il sangue a tutto il resto del corpo. La particolarità del ventricolo sinistro è che ha una cavità maggiore e delle pareti più spesse, in quanto la forza esercitata da esse deve essere tale da poter far affluire il flusso ematico fino alla periferia del corpo.
I toni che si possono auscultare sono due: il primo ha un suono più lungo e forte ed è dato dalla chiusura delle valvole atrioventricolari dopo l'inizio della sistole (contrazione) ventricolare ed il secondo, più corto e meno forte, è causato dalla turbolenza del flusso sanguigno dato dalla chiusura delle valvole semilunari (Tortora et al., 2011).
L'attività elettrica del cuore è data dalle fibre autoritmiche, le quali hanno due funzioni fondamentali: fanno da *pacemaker* che stabilisce il ritmo della conduzione elettrica e ne provoca la contrazione del cuore; e formano il *sistema di conduzione* che assicura la stimolazione di tutte le cavità del cuore a contrarsi in maniera coordinata.
Il sistema di conduzione ha inizio normalmente nel nodo senoatriale (SA) che risiede nell'atrio destro, adiacente all'apertura della vena cava superiore; le cellule del nodo SA si depolarizzano (diminuzione della carica elettrica) spontanea e raggiungendo un valore soglia di -60mV attiva il potenziale pacemaker che garantisce l'attivazione del potenziale d'azione che genera la contrazione degli atri. Mediante le fibre muscolari degli atri il potenziale d'azione si propaga al nodo atrioventricolare (AV) posizionato nel setto

interatriale destro, per poi entrare nel fascio atrioventricolare (o fascio di His) e propagarsi dagli atri ai ventricoli mediante la branca destra e sinistra. Queste si estendono verso l'apice del cuore, dove le fibre di Purkinje propagano il rimanente potenziale d'azione ai ventricoli e ne causano la contrazione che permette la fuoriuscita del sangue attraverso le valvole semilunari. I potenziali d'azione generano correnti elettriche che si possono registrare tramite l'elettrocardiogramma (Tortora et al., 2011).

2.1.1 Coronarie

Il cuore ha una propria rete di arterie, vasi e capillari che viene chiamata circolazione coronarica o cardiaca. Le coronarie sono composte da due coppie di vasi sanguigni: le arterie coronariche e le vene coronariche. Esse garantiscono il flusso sanguigno del miocardio. Le arterie coronariche nascono dall'aorta ascendente, appena sopra la valvola aortica, e si suddividono in arteria coronaria destra e sinistra; esse circondano il cuore come se fosse una corona, da qui il nome. La presenza di un coagulo di sangue in un'arteria coronarica (chiamato anche trombosi coronarica) è una delle cause scatenanti di un infarto cardiaco (Hine, 2019; Martin, 2015).
Durante la sistole (contrazione) le arterie coronariche sono poco perfuse in quanto vengono schiacciate; una volta che il cuore si rilascia (diastole) il flusso viene ripristinato grazie all'elevata pressione del sangue all'interno dell'aorta e questo permette il passaggio di sangue dalle arterie alle vene coronariche attraverso la rete di capillari.
L'arteria coronarica sinistra è situata inferiormente all'auricola sinistra e si suddivide nel *ramo interventricolare anteriore* (o arteria discendente anteriore di sinistra) e *circonflesso*. Il primo ramo porta il sangue ossigenato al tessuto muscolare dei due ventricoli, mentre il secondo lo distribuisce al ventricolo sinistro e all'atrio destro.
L'arteria coronarica destra fornisce il sangue all'atrio destro mediante i piccoli rami, progredisce al di sotto dell'auricola destra e si divide nei rami: *interventricolare posteriore* e *marginale*. Il primo ossigena le pareti dei due ventricoli ed il secondo il ventricolo sinistro. Con il passare del tempo si creano dei circuiti collaterali, formati da diverse anastomosi (connessioni) tra i rami; questo permette una deviazione del sangue e nel caso in cui vi fosse un'ostruzione, garantiscono un afflusso sufficiente di sangue per irrorare l'organo.
L'auricola consiste in un prolungamento cavo di ciascun atrio; quello di sinistra è in rapporto con l'arteria polmonare, mentre quello di destra con l'aorta ascendente (Tortora et al., 2011).

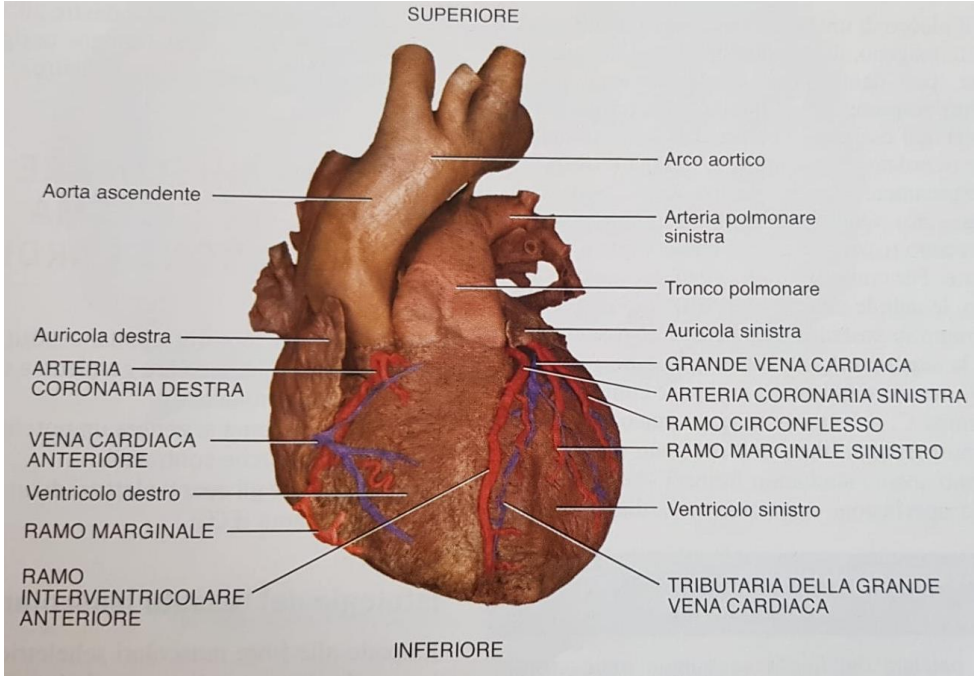


Fig. 1: Arterie coronarie e vene cardiache
Libro: Principi di anatomia e fisiologia

2.2 Infarto miocardico

La sindrome coronarica acuta (SCA) è una situazione d'emergenza caratterizzato da un inizio acuto di ischemia miocardica che porta alla morte delle cellule se non vengono impiegati degli interventi risolutivi immediati. Nella SCA sono compresi l'angina instabile, l'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e l'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) (Hinkle et al., 2017).

L'infarto miocardico acuto (IMA), comunemente chiamato attacco cardiaco, è un'ostruzione del flusso sanguigno che porta alla soppressione dell'ossigeno di quella parte del muscolo cardiaco irrorata dall'arteria ostruita. La gravità dell'evento viene valutata dalla localizzazione del blocco; più è prossimale e maggiore sarà l'entità del danno, di conseguenza più è distale e minore sarà la quantità di tessuto privata di ossigeno (Kent, 2007).

2.2.1 Fisiopatologia

Nell'infarto miocardico acuto vi è una rottura della placca aterosclerotica e la successiva formazione di trombi (lipidi esposti nel lume sanguigno che causa l'attivazione piastrinica e l'attivazione dei fattori della coagulazione) causano l'occlusione dell'arteria. L'insufficiente irrorazione porta ad ischemia e la successiva necrosi del tessuto. Oltre l'occlusione da parte di un trombo vi possono essere altre cause che portano all'infarto miocardico acuto, tra di esse troviamo l'improvvisa vasocostrizione (vasospasmo) di un'arteria coronarica; la diminuzione dell'apporto di ossigeno causata da un'emorragia, anemia o ipotensione arteriosa e l'aumento del fabbisogno di ossigeno da parte dell'organo dopo un aumento della frequenza cardiaca o ingestione di cocaina. L'intervento tempestivo è fondamentale in quanto occorrono minuti o ore che l'ischemia (mancanza di ossigeno) porti ad infarto (necrosi).

Vi sono alcuni criteri per indicare in maniera dettagliata l'infarto miocardico: il tipo (STEMI e NSTEMI), la sede della lesione ventricolare (anteriore, inferiore, posteriore o laterale) ed il tempo di insorgenza (acuto, in fase di evoluzione, vecchio) (Hinkle et al., 2017).

2.2.2 Epidemiologia

Negli Stati Uniti nel 2013 il 22% delle cause di decesso nelle donne sono state attribuite ad una malattia coronarica. Una donna su nove tra i 45 ed i 64 anni sviluppa una sindrome coronarica mentre dopo i 65 anni la proporzione sale ad una donna su tre (Pagidipati, 2018).
Nella tabella sottostante sono riportate in dettaglio le persone morte nel 2017 in Svizzera, legate alle malattie del sistema cardiocircolatorio.

	Decessi		Tasso di mortalità [1]	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Malattie del sistema cardiocircolatorio	9'589	11'453	143,0	96,0
Malattie del cuore	7'567	8'870	114,0	73,2
Cardiopatie ischemiche	3'907	3'203	59,4	27,3
Malattie cerebrovascolari	1'462	2'063	21,4	18,1

[1]tasso specifico per età, per 100'000 abitanti.

Come si può notare le donne morte a causa di una malattia del sistema cardiocircolatorio sono più elevate rispetto agli uomini (Ufficio Federale di statistica & Confederazione Svizzera, 2017).

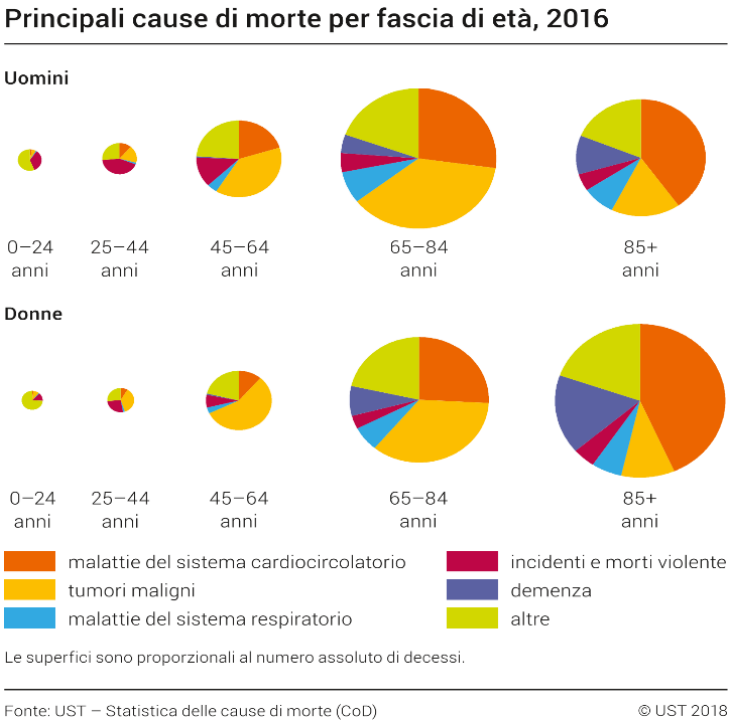


Fig. 2: principali cause di morte per fascia di età nel 2016
Sito: Confederazione Svizzera

L'immagine riporta le principali cause di morte nel 2016, suddivise nelle varie fasce di età; si può notare che la parte legata alle malattie del sistema cardiocircolatorio aumenti dopo la fascia di età tra 45 ed i 64 anni. Ciononostante si può anche osservare che vi è una diminuzione delle persone morte causate da tumori maligni (Confederazione Svizzera & Ufficio Federale di statistica, s.d.).
In Svizzera ci sono circa 30'000 persone che in un anno hanno un evento coronarico acuto (infarto miocardico acuto e/o angina pectoris) (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.).

Secondo uno studio condotto in Norvegia nel 2013 si sono registrati un totale di 13'043 infarti del miocardio, l'età media al momento dell'evento era di circa 68 anni per gli uomini e circa 76 anni per le donne (Jortveit et al., 2016).
Alcuni articoli hanno dimostrato che le donne hanno un maggior rischio di mortalità precoce di infarto miocardico ad elevazione ST rispetto agli uomini, ma il rischio di morte a lungo termine è maggiore negli uomini (Lawesson et al., 2013).
È stato stimato che circa metà degli uomini ed un terzo delle donne tra i 45 ed i 65 anni sviluppano delle manifestazioni legate ad una malattia coronarica (Wilson & Douglas, 2018).

Dal 1984 il tasso annuale di morte per malattie cardiovascolari è rimasto maggiore nelle donne. Tuttavia, nell'ultimo decennio si è notata una diminuzione grazie all'aumento della consapevolezza rispetto alle manifestazioni cliniche ed ai trattamenti.
Secondo alcuni dati vi è un aumento dell'incidenza dei decessi legati alla malattia coronarica tra le donne dai 45 ai 54 anni, la cui causa non è ancora nota. Si ritiene che l'età avanzata della prima manifestazione della patologia sia dovuta al ruolo protettivo dell'ormone estrogeno. Questa ipotesi è stata formulata in quanto si è osservato che l'incidenza dell'IMA aumenti notevolmente nelle donne in post menopausa, in cui vi è un calo di tale ormone. L'estrogeno è un ormone che ha diversi benefici al cuore: rilascia ossido nitrico che porta ad una vasodilatazione; regola la produzione di prostaglandine (mediatori dei processi d'infiammazione) ed inibisce la proliferazione della muscolatura liscia. Una volta che non viene più secreto nella menopausa, vi è un aumento della disfunzione endoteliale ed un aumento del deposito di lipidi che possono accelerare lo sviluppo di aterosclerosi. Tuttavia l'assunzione di una terapia ormonale sostitutiva nel post menopausa non porta ad alcuna diminuzione dell'incidenza della malattia coronarica (Mehta Laxmi S. et al., 2016).
Come detto in precedenza le donne, rispetto agli uomini, generalmente hanno sintomi più atipici, sono più anziane, si recano all'ospedale più tardi, hanno una maggiore prevalenza di ipertensione e sono più a rischio di sanguinamento. Per questi motivi l'approccio di genere dovrebbe essere uguale ma non sempre è così (Reeder & Kennedy, 2019).

2.2.3 Clinica

L'infarto miocardico acuto ha dei segni e sintomi tipici che sono la presenza di dolore profondo, oppressivo, situato al centro del torace e spesso si irradia principalmente agli arti superiori, collo, la schiena ed a volte verso lo stomaco.
Inoltre, si può riscontrare un senso di irrequietezza, sudorazione e cute fredda, diaforesi, nausea, dispnea, debolezza muscolare, ansia, senso di indigestione ed una sensazione di morte imminente. Tutti questi segni e sintomi possono venir riscontrati tramite una raccolta dati approfondita e personalizzata. Tuttavia, per alcune persone, come per gli anziani o per le persone con un diabete mellito oppure nelle donne il dolore è meno percepito o anche del tutto assente (infarto silente), e per questo motivo il sintomo caratteristico dell'IMA è la dispnea o "fame d'aria". La frequenza cardiaca e quella respiratoria possono essere più elevate rispetto alla norma. Questi segni e sintomi sono causati dalla stimolazione del sistema nervoso simpatico e possono durare per un periodo di tempo limitato o persistere. Di seguito vengono suddivisi in base all'apparato.

Cardiovascolare: dolore o disturbi toracici non alleviabili dal riposo o dalla nitroglicerina; palpitazioni; all'auscultazione vi è la presenta dei toni cardiaci T3 e T4 e di un soffio di nuova insorgenza. Se la causa scatenante è l'insufficienza cardiaca è possibile rilevare la distensione delle vene giugulari. Pressione arteriosa può essere elevata a causa della

stimolazione del sistema simpatico, oppure ridotta a causa della diminuzione della contrattilità, della presenza di uno shock cardiogeno (diminuzione della capacità ventricolare) o dell'effetto di farmaci somministrati. Polso arterioso irregolare può indicare la presenza di fibrillazione atriale. Inoltre, vi è l'alterazione del segmento ST e dell'onda T, l'ECG può essere alterato mostrando tachicardia, bradicardia o aritmia.

Respiratorio: tachipnea, dispnea, respirazione superficiale, presenza di crepitii se la causa è una congestione polmonare e la possibile presenza di edema polmonare.

Gastrointestinale: nausea e vomito e la sensazione di indigestione

Genitourinario: presenza di oligo-anuria (diminuzione o l'assenza della diuresi) indice di shock cardiogeno

Cutaneo: cute pallida, fredda, sudata ed appiccicosa è collegata alla stimolazione del sistema simpatico che deriva dalla diminuzione della contrattilità cardiaca e può indicare la prossimità di uno shock cardiogeno

Neurologico: ansia, irrequietezza e vertigini collegati alla stimolazione del sistema simpatico o dovuti alla diminuzione della contrattilità cardiaca e dell'ossigenazione cerebrale.

Psicologici: paura e sensazione di morte imminente (Calabrò et al., 2006; Hinkle et al., 2017).

Inoltre bisogna considerare che i sintomi possono variare da individuo ad individuo, infatti per le donne con un diabete mellito o donne anziane potrebbero non mostrare tali segni, ma presentare piuttosto dei sintomi atipici (Reeder & Kennedy, 2018).

2.2.4 Fattori di rischio

L'infarto miocardico acuto e tutte le altre patologie correlate al sistema cardiovascolare non possono essere collegati ad un'unica causa scatenante, ma bensì alla combinazione di più fattori di rischio, raggruppati in due categorie: fattori di rischio non modificabili e fattori di rischio modificabili.

Fattori di rischio non modificabili

- Età: con l'avanzare dell'età le persone sono più soggette ad un deterioramento fisiologico e sono più propense a sviluppare ipertensione arteriosa sistolica così come altre patologie come il diabete mellito e la dislipidemia;
- Familiarità: più il grado di parentela del paziente con una persona che ha subito un IMA è stretto e più saranno elevati i rischi per tale soggetto. Occorre inoltre indagare se vi sono altri parenti affetti da patologie cardiache, se vi é la presenza di dislipidemia all'interno della famiglia e l'età di insorgenza dell'evento in un parente prima dei 60 anni (dopo tale età la morte causata da IMA è considerata come dato trascurabile);
- Sesso maschile: il rischio di IMA è maggiore negli uomini rispetto alle donne; in quanto l'ormone estrogeno protegge il cuore ed i vasi sanguigni. Dopo la menopausa, quando tale ormone non viene più secreto, il rischio di riscontrare un infarto aumenta notevolmente. Occorre oltretutto considerare che nelle donne il diabete mellito annulla l'effetto protettivo dell'estrogeno: in tali pazienti il rischio di un IMA sale fino a raggiungere il tasso degli uomini senza il diabete mellito.

Fattori di rischio modificabili

- Diabete mellito: vi è una stretta correlazione tra diabete mellito e malattie cardiovascolari; le persone con tale patologia sono più propense ad avere aterosclerosi nel microcircolo e nelle arterie di calibro maggiore.
- Aterosclerosi: presenza di placche che diminuiscono il lume delle arterie di medio e grosso calibro. Tale placca contiene lipidi, cellule infiammatorie, cellule muscolari lisce e tessuto connettivo. È la forma più comune di arteriosclerosi che è la patologia che provoca l'ispessimento e la perdita di elasticità delle pareti arteriose.
- Dislipidemia: elevati livelli di lipidi o trigliceridi e colesterolo all'interno del plasma; questo contribuisce allo sviluppo di aterosclerosi che può portare all'ostruzione delle arterie che portano sangue al cuore.
- Fumo di sigaretta: questo fattore aumenta di 2 o 3 volte il rischio di riscontrare una cardiopatia ischemica. I danni causati dal fumo aumentano proporzionatamente al numero di sigarette consumate al giorno (calcolo di pacchetti all'anno)
- Ipertensione arteriosa: sia sistolica che diastolica aumenta il rischio di infarto;
- Iperomocisteinemia: elevati livelli di omocisteina portano allo sviluppo di aterosclerosi e di conseguenza all'aumento del rischio di IMA;
- Obesità: vengono definite obese le persone con un BMI maggiore di 30. L'obesità è un fattore di rischio a sé stante soprattutto se localizzata al tronco. Solitamente nei pazienti obesi sono presenti altre condizioni concomitanti come alti livelli di LDL (colesterolo "cattivo") e bassi livelli di HDL (colesterolo "buono"), insulino-resistenza, ipertensione e sedentarietà, tutti ulteriori fattori di rischio per un IMA.
- Stile di vita malsano: alcol, sedentarietà, stress;
- Altri: PCR (proteina C-reattiva) e Sindrome metabolica (Calabrò et al., 2006; Manuale MSD, s.d.).

L'angina pectoris è una restrizione dei vasi coronarici a causa della presenza di aterosclerosi e questo porta ad una inadeguata perfusione tessutale. Solitamente questa condizione si aggrava quando si effettua uno sforzo fisico o a causa di uno stress emotivo forte. Generalmente dura dai 30 ai 60 secondi e regredisce con il riposo o grazie alla somministrazione di nitroglicerina che ha un'azione vasodilatatoria e quindi fa in modo che vi sia un maggiore afflusso di sangue e rilassa la muscolatura liscia vascolare. L'angina pectoris è un fattore predittivo di eventi avversi maggiori come l'infarto miocardico acuto (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.-a; Kloner & Chaitman, 2017).

L'IMA raramente è causato da un'embolia coronarica data da una vegetazione valvolare o da trombi intracardiaci, dall'uso di cocaina, dalla dissezione dell'arteria coronaria, da ipotensione o da anemia (Boateng & Sanborn, 2013).

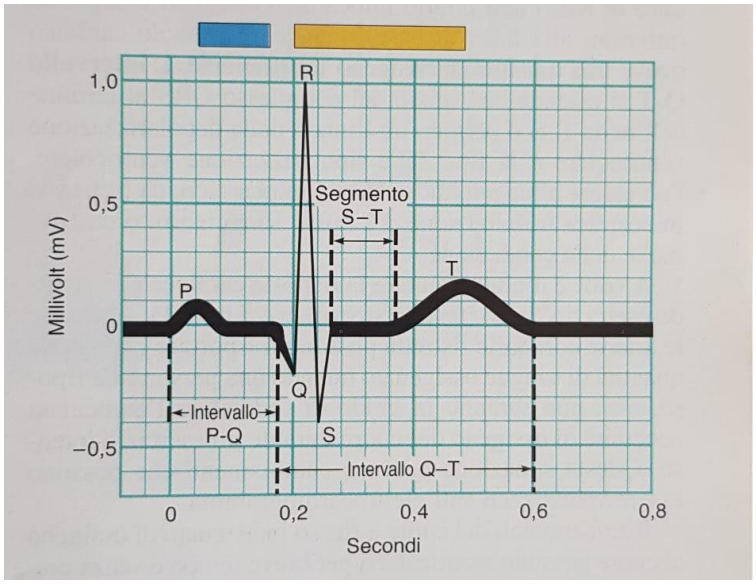
2.2.5 Diagnosi

La diagnosi della sindrome coronarica acuta, che comprende l'angina instabile e l'infarto miocardico acuto (IMA) con o senza l'elevazione del tratto ST è basata su diversi fattori. Per definire la diagnosi di infarto miocardico acuto abbiamo come prima componente la presenza dei segni e sintomi, poi la storia clinica, l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma ed infine gli esami di laboratorio (Hinkle et al., 2017).
Nel momento in cui un paziente si presenta in ospedale con un sospetto di infarto miocardico l'infermiere deve agire in maniera tempestiva, una presa a carico precoce permette di avere un esito favorevole. Per questo motivo in dieci minuti deve effettuare

una raccolta dati del paziente (storia), eseguire un esame fisico, valutare l'ECG e gli esami del sangue (Reeder & Kennedy, 2018).
Gli obiettivi immediati sono: dare un senso di sollievo dal dolore, identificare eventuali modifiche del tratto ST nell'ECG e garantire l'irrorazione della parte tissutale colpita mediante l'uso di farmaci o interventi chirurgici (Boateng & Sanborn, 2013).

2.2.5.1 ECG (elettrocardiogramma)

L'elettrocardiogramma è composto da diverse tipologie di onde che rappresentano gli avvenimenti elettrici durante il ciclo cardiaco classificate in ordine alfabetico PQRST.
L'onda P rappresenta la depolarizzazione dell'atrio sinistro e destro. La lunghezza dell'intervallo PR cambia con la frequenza cardiaca (normalmente tra 0,12 e 0,20 secondi): quando diminuisce si riscontra un'accelerazione della frequenza cardiaca provocata dal sistema nervoso simpatico; quando invece aumenta la distanza vi è un'inibizione del sistema simpatico ed un aumento della stimolazione vagale, che di conseguenza si manifesta con una frequenza cardiaca più lenta. La frequenza cardiaca normale dovrebbe essere tra i 60 ed i 90/100 battiti al minuto, sopra i cento viene definito tachicardia e sotto i sessanta viene chiamata bradicardia.
Il complesso QRS corrisponde alla durata della depolarizzazione dei ventricoli, normalmente compresa tra 0,06 e 0,10 secondi, e non è influenzata dalla frequenza cardiaca.
Il tratto ST viene registrato tra la fine della depolarizzazione ventricolare e la prima ripolarizzazione; generalmente ha potenziale zero o isoelettrico con una leggera onda verso l'alto, ma in alcune occasioni assume altre configurazioni: può essere per esempio appiattita, depressa o elevata a seconda degli stati patologici associati. Infine l'onda T rappresenta il tempo di ripolarizzazione ventricolare e solitamente si presenta più ampia (Prutkin, 2018).



In azzurro la contrazione atriale
In giallo contrazione ventricolare

Fig. 3: Elettrocardiogramma normale
Libro: *Principi di anatomia e fisiologia*

L'elettrocardiogramma è l'esame principale in ambito cardiaco in quanto fornisce informazioni sulla conduzione elettrica dal nodo sinusale all'apice fino agli atri ed ai ventricoli. Permette inoltre ai curanti di comprendere se ci sono stati dei pregressi infarti, se sono presenti dei disturbi dell'irrorazione oppure della conduzione elettrica. È un

esame innocuo ed indolore, che viene svolto applicando degli elettrodi alle estremità degli arti e sul petto (Fondazione Svizzera di Cardiologia, s.d.).
La sua analisi permette di identificare l'eventuale presenza di eventi anomali come extrasistoli atriali o ventricolari. Per quanto riguarda la sua lettura è di competenza infermieristica e medica, grazie alla quale ne viene analizzata la qualità del tracciato (HUG Ospedali Universitari di Ginevra, s.d.).
L'elevazione del tratto ST indica una grave ischemia localizzata alla parete anteriore che colpisce grandi regioni del miocardio e può essere considerato come un segnale di occlusione prossimale o centrale dell'arteria coronaria destra. L'IMA può verificarsi anche con un lieve o addirittura assente cambiamento del tratto ST-T (Goldberger & Prutkin, 2018).
L'ECG consente di identificare la sede dell'infarto e di seguirne l'evoluzione e la risoluzione. Le variazioni che si possono riscontrare sono visibili nelle derivazioni che riguardano la superficie del cuore interessata dalla lesione e riguardano l'inversione dell'onda T, la sopraelevazione del tratto ST e la comparsa di un'onda Q anomala. I segni elettrocardiografici di un IMA sono riscontrabili nell'onda T e nel tratto ST. L'inversione dell'onda T è causata dalla ripolarizzazione alterata e ritardata del miocardio dovuta dall'ischemia. Mentre per il tratto ST è rialzato in quanto le cellule ripolarizzano in maniera più rapida, la presenza del sopraslivellamento del tratto ST in due derivazioni prossime sono sufficienti per porre la diagnosi di IMA. L'onda Q compare dopo alcuni giorni dall'infarto in quanto vi è del tessuto necrotico in cui non passa alcuna corrente elettrica. Durante l'IMA si possono osservare le anomalie tipiche descritte in precedenza, talvolta l'ECG non mostra l'elevazione del tratto ST o altre alterazioni per questo motivo viene chiamato IMA NSTEMI, per la diagnosi viene preso in considerazioni i valori plasmatici degli enzimi cardiaci.
La differenza tra infarto miocardico acuto con ST sopraelevato e quello senza sopraelevazione (NSTEMI) risiede nella gravità, infatti nel primo caso i danni causati sono più gravi rispetto al secondo.
Dopo un IMA il tratto ST è quello che si normalizza, mentre l'onda Q può persistere nel tempo. Per questo motivo è possibile riconoscere i pazienti con un pregresso infarto (Hinkle et al., 2017).

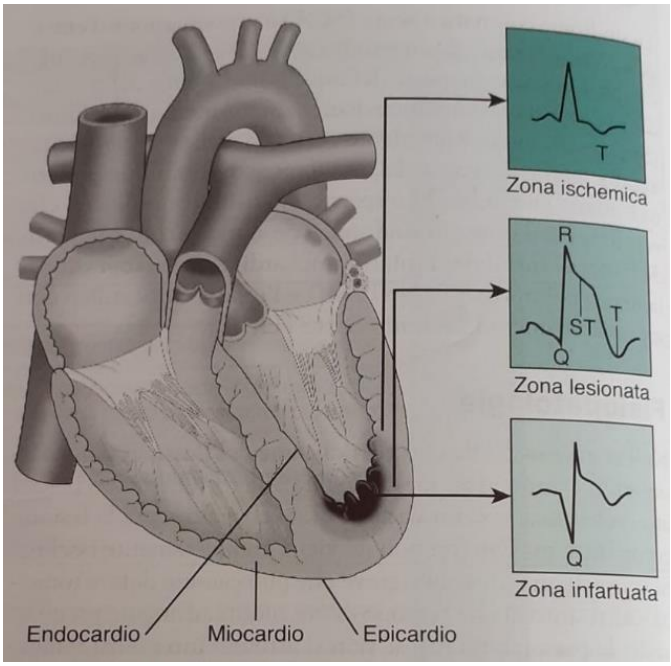


Fig. 4: alterazioni ECG, ischemia e necrosi
Libro: Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica: 1

2.2.5.2 Ecocardiogramma

È un esame indolore che consiste nel posizionare una sonda che emette ultrasuoni la quale permette al medico di visionare il cuore ed il flusso di sangue all'interno della cavità cardiaca. Tale esame viene effettuato per valutare la funzione ventricolare e può facilitare la diagnosi soprattutto nel momento in cui l'ECG non è utile. L'ecocardiogramma permette di verificare la presenza di ipocinesie o acinesia della parete cardiaca e di misurare la frazione di eiezione (quantità di sangue che il cuore pompa dal ventricolo sinistro ad ogni battito) (Hinkle et al., 2017).

2.2.5.3 Laboratorio

Per la diagnosi mediante il prelievo di sangue si valutano gli enzimi ed i biomarker cardiaci (troponina, creatinchinari o CK e la mioglobina). In seguito alla necrosi le cellule rilasciano i biomarker nel circolo sanguino.
La **troponina** (C e I) regola la contrazione, l'aumento della loro concentrazione indica la presenza di una lesione miocardica. L'aumento ha inizio dopo poche ore dall'insorgenza dei sintomi e rimangono elevati per diverso tempo (fino a tre settimane).
Sono presenti tre tipi di **creatinchinasi**, quello caratteristico del muscolo cardiaco viene abbreviato con CK-MB. La sua concentrazione aumenta dopo un danno al tessuto cardiaco, la sua elevazione inizia dopo poche ore e raggiunge il picco entro 24 ore dall'insorgenza dei sintomi.
La **mioglobina** partecipa al trasporto di ossigeno, risiede all'interno del muscolo cardiaco e nei muscoli scheletrici. La sua concentrazione ematica inizia ad elevarsi tra la prima e la terza ora e raggiunge il picco entro le 12 ore dall'inizio dei sintomi. Questo non è un indice specifico di IMA, ma la loro assenza può escludere la presenta di infarto miocardico acuto (Hinkle et al., 2017).

2.2.6 Trattamento

Gli obiettivi del trattamento sono: limitare al minimo i danni causati dall'IMA, preservare la funzione e prevenire l'insorgenza di complicanze.
L'acronimo "MANO" permette ai curanti di ricordare la terapia iniziale per il trattamento di un infarto miocardico acuto.

- Morfina ha lo scopo di alleviare il dolore e l'agitazione del paziente, riduce il precarico ed il postcarico e diminuisce la richiesta di ossigeno da parte del corpo che sta soffrendo
- Aspirina ha l'obiettivo di inibire l'aggregazione delle piastrine (o trombociti) e la vasocostrizione. Il trattamento con questo farmaco è controindicato per le persone con ulcera peptica di nuova insorgenza (rischio di sanguinamento), con disturbi della coagulazione ed allergia al farmaco.
- Nitroglicerina che causa la dilatazione di arterie e vene così che ci sia una diminuzione del lavoro precarico e postcarico del cuore con una diminuzione di richiesta d'ossigeno da parte del miocardio.
- Ossigeno che garantisce una saturazione al di sopra del 90%, per questo motivo si somministra dai due ai quattro litri al minuto.

Oltre ai farmaci sopracitati a volte vengono somministrati anche beta-bloccanti ed ACE-inibitori (Hinkle et al., 2017).

La rivascolarizzazione coronarica è il ripristino del flusso sanguigno al muscolo cardiaco ischemico mediante angioplastica coronarica, stent o da un innesto di bypass dell'arteria coronaria (Martin, 2015b).
Bisogna inoltre valutare lo stato emodinamico e nel caso di anomalie correggerle; inserire una terapia antitrombotica per prevenire la formazione di trombi che possano occludere lo stent ed una terapia con beta-bloccanti per prevenire un'ischemia ricorrente diminuendo la pressione arteriosa ed aritmie ventricolari che potrebbero causare la morte della persona.
Nei farmaci che possono migliorare la prognosi a lungo termine troviamo: antipiastrinici che riducono il rischio di trombosi, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE inibitore) che previene il rimodellamento del ventricolo sinistro e diminuiscono la quantità del danno subito dopo un infarto, statine ed anticoagulanti; nitrati che vasodilatano le coronarie e prevengono il dolore toracico ed infine le statine che aiutano a diminuire il colesterolo malsano (LDL) che circola all'interno del flusso sanguigno (Reeder & Kennedy, 2019, Aroesty & Kannam, 2018).
La terapia farmacologica di proseguimento comprende: l'aspirina (acido acetilsalicilico), il beta-bloccante e l'inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE inibitore). Quest'ultimo impedisce la conversione dell'angiotensina I in angiotensina II e questo si ripercuote con una diminuzione della pressione sanguigna ed aumenta la diuresi. Oltretutto, riduce il tasso di morte e previene il rimodellamento cardiaco che porta ad insufficienza cardiaca (Hinkle et al., 2017).

Parallelamente agli interventi chirurgici e l'assunzione di farmaci abbiamo il programma di riabilitazione che viene intrapreso dopo la dimissione. Esso ha lo scopo di ridurre i fattori di rischio, fornendo le informazioni ed un'educazione adeguata alla tipologia di paziente e della famiglia, offre sostegno individuale e di gruppo ed incoraggia le attività di vita quotidiana e l'attività fisica. All'interno della riabilitazione si effettua la prevenzione secondaria, il quale ha lo scopo di ridurre la possibilità di riscontrare un nuovo IMA intervenendo sui fattori di rischio modificabili e quindi prediligendo uno stile di vita sano con esercizi regolari, alimentazione equilibrata, assenza di fumo e riduzione drastica di ingestione di alcool. Tra i fattori di rischio modificabili rientra anche l'ipertensione arteriosa e per questo motivo possono venir prescritti dei medicamenti che controllino la pressione, e farmaci che riducano il colesterolo così da diminuire la possibilità di formazione di aterosclerosi. Il programma di riabilitazione cardiaca è suddiviso in tre fasi:

- La prima fase ha inizio quando la persona è ricoverata, il periodo di degenza sempre più breve si rispecchia sulla quantità di informazioni fornite. Si effettua un'educazione che permetta l'assistito di riconoscere i segni ed i sintomi dell'IMA, si danno nozioni in merito al trattamento farmacologico, le limitazioni dell'attività fisica e le visite di controllo.
- La seconda fase è caratterizzata da sedute in centri specializzati. Vengono effettuati degli esercizi con il monitoraggio dell'ECG, inoltre viene fornita un'educazione da parte di diverse figure sanitarie (cardiologi, fisioterapisti, dietiste, infermieri ed altri) per i pazienti ma anche per la famiglia.
- La terza fase è il programma ambulatoriale che ha lo scopo di mantenere la stabilità cardiovascolare e sul consolidamento dell'attività fisica (Boateng & Sanborn, 2013; Hinkle et al., 2017).

2.3 Informazione ed educazione

L'informazione si riferisce a tutte le notizie, dati o elementi che permettono di avere una conoscenza più o meno completa dei fatti, situazioni e modi di essere (Treccani, s.d.).

Nel codice deontologico italiano sono iscritti le quattro responsabilità che gli infermieri hanno: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute ed alleviare la sofferenza. All'interno di esso viene affermato che l'infermiere deve dare informazioni sufficienti per permettere alla persona di dare il proprio consenso e gli permetta di esercitare il diritto di scegliere o rifiutare un trattamento (diritto di autodeterminazione) (Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri, 2006).

Gli infermieri hanno la responsabilità di promuovere attività che favoriscono il benessere, l'autorealizzazione ed il senso di completezza. Ogni possibile interazione con il paziente deve essere considerata come un'opportunità per promuovere atteggiamenti e comportamenti positivi che favoriscano la salute. La salute è il risultato di uno stile di vita sano orientato al benessere, con programmi educativi che mettano l'accento sulla promozione della salute, sulla prevenzione della malattia, sull'autocura e sulla collaborazione con ulteriori professionisti sanitari. Per promuovere la salute non vi è solo l'incontro con professionisti sanitari, ma sono presenti anche molti gruppi di auto/mutuo-aiuto, siti internet e forum in cui è possibile condividere le proprie esperienze della cura di sé con altre persone che sono nella medesima situazione o hanno vissuto un'esperienza simile.
Vi sono molti aspetti che possono influenzare in maniera negativa la malattia, tra di essi troviamo lo stress, la dieta inappropriata, lo stile di vita sedentario, il fumo, l'abuso di droghe o alcool, i comportamenti ad alto rischio (es attività sessuali) e la scarsa igiene. L'obiettivo finale dell'educazione e dell'informazione è di motivare le persone a vivere meglio, modificando tutti quei comportamenti che possono mettere a rischio la propria salute (Hinkle et al., 2017).

Un aspetto fondamentale della promozione della salute la prevenzione; essa consiste nell'affrontare potenziali problemi con la persona assistita ed eventualmente anche con la sua famiglia. Innanzitutto, bisogna focalizzarsi sull'individuare le cause alla radice di un certo problema. L'assistenza basata sulla prevenzione si suddivide in tre livelli: primario, secondario e terziario.
La *prevenzione primaria* è focalizzata sulla promozione della salute e la prevenzione di malattie, i quali comprendono interventi come l'educazione a stili di vita salutari. Si effettua la prevenzione primaria su persone che potrebbero presentare una determinata patologia se non vengono eliminati o modificati dei fattori di rischio. In essa rientrano le campagne di prevenzione promosse dal governo.

Mentre la *prevenzione secondaria* è centrata sul mantenimento della salute mediante l'identificazione precoce ed il trattamento di problemi rilevanti con l'obiettivo di prevenire o limitare la perdita di funzioni corporee e di autonomia. Rientrano in questa categoria i test di screening sanitari e la valutazione dei rischi per la salute mediante consulti con figure professionali specialistiche. Si basa sulla diagnosi precoce di una patologia, in questo livello troviamo il pap-test e la mammografia.

Per quanto riguarda la *prevenzione terziaria* ha l'obiettivo di ridurre il deterioramento, la prevenzione di complicanze, recidive o morte e permette il miglioramento della qualità di vita del paziente. Si intende anche la gestione di deficit e disabilità funzionali legate alla patologia. In esso rientrano tutte le possibilità di riabilitazione (Hinkle et al., 2017).

Prima della dimissione è fondamentale il ruolo dell'infermiere nell'informare il paziente ed eventualmente la famiglia sul piano terapeutico da attuare, rispondere alle domande, dare indicazioni sulla terapia farmacologica ed assicurarsi che abbiamo compreso a pieno le informazioni fornite. Viene infine proposto un programma di riabilitazione cardiaca che i pazienti sono incoraggiati ad intraprendere (Aroesty & Kannam, 2018).

Le persone apprendono maggiormente le informazioni se vengono fornite in maniera graduale in base alle esigenze del paziente e della famiglia e se vengono ripetute più volte durante tutto l'arco della degenza ed anche dopo, quando il paziente è rientrato al domicilio. Le informazioni dopo la dimissione sono fornite dagli opuscoli messi a disposizione, siti internet, dai gruppi di auto/mutuo-aiuto e dalle figure sanitarie presenti nel percorso di riabilitatazione.
Durante il ricovero si forniscono informazioni frammentate, poiché spesso in quel momento i pazienti si trovano in uno stato di paura, confusione ed irrealtà e questo si ripercuote sulla loro capacità di assimilare informazioni. Tali nozioni dovrebbero comprendere diversi aspetti come le potenziali conseguenze dell'evento, compreso l'affaticamento, i problemi emotivi che possono riscontrarsi al domicilio, le modifiche nell'attività di vita quotidiana e le dinamiche relazionali con il partner che si possono modificare e molti altri temi. Oltretutto, le spiegazioni fornite dagli infermieri devono essere facili da apprendere, non devono essere utilizzati termini tecnici o gergo medico in quanto potrebbero limitare la capacità di assimilare le informazioni. Inoltre, il curante deve considerare la presenza di disabilità o limitazioni dell'interlocutore che potrebbero interferire sulla capacità di comprendere. Infine deve dare la possibilità al paziente o alla famiglia di porre domande, questo momento è fondamentale in quanto permette di correggere informazioni erronee o aggiungere dettagli rilevanti (Hinkle et al., 2017; Klint et al., 2019).

La combinazione di più metodi d'informazione ne rende più efficace la comprensione; nell'articolo di Klint et al., vengono combinate informazioni scritte con la consulenza personale, per ottimizzare la quantità delle informazioni assimilate. Ulteriormente si evince che le informazioni fornite dagli operatori sanitari erano troppo tecniche, difficili da comprendere e fornite precocemente. Se le indicazioni non rispecchiano le esigenze dei pazienti si può creare un senso di frustrazione e questo potrebbe ripercuotersi negative sulla capacità di apprendimento e sulla relazione.
Fornire indicazioni è positivo per i pazienti e le persone che le circondano poiché permette di rispettarne l'autonomia, il diritto alla libertà, il diritto all'indipendenza ed all'autodeterminazione (Klint et al., 2019).

Sono disponibili molte tecniche educative, ed è fondamentale applicare quella più pertinente per il paziente o per la famiglia. Tra di esse troviamo lezioni frontali in cui vengono fornite spiegazioni seguite da una discussione aperta in cui il paziente può esprimere i propri dubbi e sentimenti. Abbiamo l'educazione di gruppo che non solo permette uno scambio di informazioni adeguate, ma infonde alla persona una sensazione di sicurezza e sostegno da parte di individui che possono capire a pieno la situazione che sta vivendo. Inoltre, si ha la possibilità di effettuare delle dimostrazioni pratiche e poi lasciare che il paziente effettui con mano propria ciò che ha imparato, questo è fondamentale quando si vuole educare il paziente per delle capacità pratiche specifiche. Si possono avere dei sussidi didattici come libri, opuscoli, filmati ed altri materiali. Da ultimo, ma non meno rilevante, abbiamo l'intervista motivazionale in cui si aiuta il paziente a cambiare i propri comportamenti problematici individuando la motivazione che risiede dietro al problema stesso. Le possibilità di successo migliorano quando vi è la

collaborazione di più professionisti e vengono impiegate più tecniche educative. Il successo ottimale dell'apprendimento è volto a migliorare la capacità di autocura, l'accrescimento dell'autostima e della fiducia in sé stessi (Hinkle et al., 2017).

Tutti gli operatori sanitari utilizzano l'insegnamento come strumento per l'assistenza alle persone e alle famiglie con lo scopo di sviluppare comportamenti efficaci correlati alla salute e nella modifica di stili di vita che possono portare a rischi per la salute.
L'educazione sanitaria è una responsabilità fondamentale della professione sanitaria. Tutta l'assistenza è orientata alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute. Inoltre, essa si occupa della prevenzione delle patologie ed aiuta il paziente e la famiglia ad adattarsi agli effetti che si possono scaturire dalla malattia.
Con il termine di assistenza infermieristica si intendono tutti gli interventi e le tecniche che riguardano l'attenzione e la preoccupazione dell'infermiere verso il paziente stesso e la sua famiglia e che procura dei benefici.
Mediante l'assistenza infermieristica si instaura una relazione di aiuto tra il paziente ed i curanti. Le relazioni terapeutiche permettono di educare le persone, dare degli strumenti che gli permettano di attivare delle risorse psicologiche e fisiche per far fronte ad eventi stressanti. Con la presa a carico di una persona si intende la capacità di creare e garantire un ambiente di cura in cui il paziente e la sua rete possano esprimere i propri pensieri, dubbi e desideri (Hinkle et al., 2017; Miceli & Cacciatore, 2003).

Uno studio condotto su 106 pazienti con infarto del miocardio acuto, ha mostrato che vengono forniti solamente circa tre interventi infermieristici per paziente e che solamente circa l'8,5% di essi è destinato all'informazione. La maggior parte delle nozioni fornite (90,6%) sono relative alla gestione ed al riconoscimento dei segni e dei sintomi.
Il diritto d'informazione del paziente non sempre viene rispettato nella sua totalità e si nota una carenza di consapevolezza degli operatori sanitari riguardo il loro potere d'informazione, in quanto questa permette di esercitare il diritto dell'autodeterminazione e di sviluppare la capacità di prendere decisioni autonomamente (Nunes et al., 2016).

Come educatore l'infermiere deve concentrarsi sui bisogni del paziente e della famiglia in funzione alle specifiche esigenze. L'educazione sanitaria è fondamentale in quanto influenza la capacità del paziente e della famiglia di attuare importanti attività di autocura ed il personale curante ha la responsabilità di fornire tutte le informazioni necessarie, cogliendo tutti i momenti opportuni presenti in qualsiasi luogo (ospedale, domicilio, luogo di lavoro, associazione e gruppi di sostegno).
Quando si effettua un'educazione alla persona bisogna tener conto delle disponibilità di strutture extraospedaliere, la disponibilità di diversi professionisti per raggiungere gli obiettivi per la gestione della patologia.
I pazienti con malattie croniche o disabilità sono aumentati rispetto agli anni passati in quanto è aumenta la durata della vita. Per questo motivo essi necessitano informazioni più dettagliate che permettano di partecipare attivamente ed assumersi la responsabilità dell'autocura. L'educazione permette di adattarsi alla patologia, di prevenire le complicanze, di aderire maggiormente alla terapia, di risolvere situazioni problematiche, oltre che prevenire le situazioni critiche e diminuire la possibilità di ulteriori ospedalizzazioni.
Lo scopo dell'educazione è quello di insegnare alle persone a vivere in maniera più sana possibile. È anche considerata come una strategia per promuovere l'autocura al domicilio e nella comunità, diminuendo i costi dell'assistenza, migliorare la gestione della terapia, ridurre la durata della degenza favorendo una dimissione precoce (Hinkle et al., 2017).

Durante la degenza viene esposto un programma di riabilitazione ed istruzione che è consigliato intraprendere dopo il rientro al domicilio, vengono definiti degli obiettivi e vengono date indicazioni specifiche su come raggiungerli. I pazienti ricevono informazioni concernenti l'infarto miocardico e vengono educati ad uno stile di vita meno sedentario e all'autocura. Durante la comunicazione delle informazioni i famigliari vengono coinvolti: questo migliora i risultati, aumenta l'adesione ad un nuovo stile di vita e fornisce un supporto emotivo (Ocampo-Balabagno, 1999).
Da uno studio emerge che in alcune località è possibile effettuare dei follow-up telefonici da parte di medici cardiologi o infermieri che permettono di tematizzare problematiche legati alla difficoltà di aderenza ad un nuovo stile di vita, ai tentativi di modificare i fattori di rischio, alle preoccupazioni finanziarie ed alla gestione dell'incertezza. I pazienti si dimostrarono ben disposti verso questo tipo di metodologia adottata (Keeling & Dennison, 1995).

Esistono diversi fattori che possono influire in maniera negativa la disponibilità all'apprendimento da parte dei pazienti e di conseguenza si ripercuote sull'adesione al regime terapeutico. Tra di essi troviamo:

- Variabili demografiche: l'età, il sesso, l'etnia, lo stato socio - economico ed il livello di istruzione.
- Variabili legate alla malattia: come la gravità della malattia stessa ed il sollievo dei sintomi legati alla terapia.
- Variabili connesse al regime terapeutico: la complessità e la presenza di possibili effetti collaterali sgradevoli.
- Variabili psicosociali: come l'intelligenza della persona, la motivazione, la disponibilità ed il sostegno di una rete come la famiglia, bisogni che sono in conflitto tra di loro, l'atteggiamento verso gli infermieri, l'accettazione o la negazione della malattia, l'uso e l'abuso di sostanze, le convinzioni culturali e religiose.
- Variabili economiche: legate ai costi diretti ed indiretti del regime terapeutico.

Il successo dell'educazione risiede nell'identificare e valutare la presenza delle variabili presenti ed adottare comportamenti specifici per ottenere risorse le quali permetteranno di mantenere un ambiente sociale sano.
Esistono anche fattori che influiscono in maniera positiva l'apprendimento e tra di essi troviamo la disponibilità che è legata alla cultura di appartenenza e dai propri valori; lo stato fisico, psicologico ed emotivo della persona e dalle sue precedenti esperienze. Quando l'infermiere non conosce a pieno la cultura di appartenenza ed i valori della persona possono nascere incomprensioni ed i risultati possono risultare negativi.
Stabilire obiettivi realistici e fornire feedback positivi sui progressi compiuti motivano l'apprendimento e facilitano l'educazione. Inoltre sono influenzati dall'ambiente circostante: una camera luminosa e tranquilla favorisce in maniera positiva lo scambio di informazioni, anche la pianificazione di momenti adeguati per il paziente è altrettanto importante (Hinkle et al., 2017).

Nell'educazione dell'assistito è possibile suddividere il processo infermieristico secondo alcune fasi che consistono nella valutazione iniziale in cui viene effettuata una raccolta dati sui bisogni d'apprendimento, vengono individuate le possibili variabili che possono influire positivamente o negativamente l'apprendimento. Dopodiché vengono definite le diagnosi infermieristiche che semplificano gli obiettivi educativi e la valutazione dei progressi effettuati. Se le diagnosi infermieristiche sono basate su bisogni specifici è una guida appropriata allo sviluppo di un piano educativo.

Il punto successivo è la definizione degli obiettivi e la pianificazione di interventi per raggiungerli identificando le strategie educative appropriate. Il quarto punto del processo infermieristico consiste nell'attuazione delle azioni definite nel punto precedente, fondamentale è l'utilizzo di un linguaggio appropriato e comprensibile, l'uso di mezzi educativi, incoraggiare il paziente e la famiglia a prendere parte attivamente al processo d'apprendimento ed infine fornire feedback regolari. Come ultimo punto si valuta se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti, fase fondamentale in quanto si constata effettivamente se gli interventi proposti sono stati appropriati o meno, vengono inoltre identificate le possibili variazioni del piano educativo, si mostrano al paziente le strutture idonee per aiutare a rinforzare l'apprendimento dopo la dimissione (Hinkle et al., 2017).

Sia l'educazione che la promozione della salute hanno l'obiettivo comune di incoraggiare le persone a raggiungere il livello più alto di benessere così che possano vivere una vita sana, evitando malattie prevedibili. La richiesta di promozione della salute è aumentata nel tempo in quanto permette di controllare i costi, riduce le malattie e le morti prevedibili. La promozione della salute è definita come l'insieme di attività che aiutano le persone a sviluppare delle risorse che permettono di mantenere o migliorare il benessere e la qualità di vita. Incoraggia la persona a modificare le sue abitudini personali, lo stile di vita e l'ambiente così da diminuire i rischi di riscontrare una patologia. È un processo attivo, in cui l'individuo decide in maniera autonoma se adottare tutte quelle modifiche per migliorare lo stile di vita per raggiungere un livello di benessere il più alto possibile.
La promozione della salute è composta da quattro componenti: autoresponsabilità, consapevolezza nutrizionale, riduzione e gestione dello stress e buona forma fisica.
L'autoresponsabilità è essenziale per la riuscita, è basata sulla comprensione del proprio stile di vita. Conoscendone gli effetti che hanno sulla propria salute, si possono evitare comportamenti ad alto rischio, come per esempio il fumo, l'uso ed abuso di alcool, droga ed altri ancora. Oppure utilizzare pratiche che migliorano lo stato della salute, esercizio fisico e dieta sana. Per far accettare la propria responsabilità sono state adottate diverse misure che si possono trovare nelle campagne pubblicitarie o nei programmi educativi.
Consapevolezza nutrizionale: la nutrizione è il fattore più importante nella determinazione dello stato di salute ed il controllo del peso corporeo. La consapevolezza nutrizionale consiste nella capacità di comprendere come una dieta sana sia importante e la correlazione che esiste tra alimentazione e malattia.
Riduzione e gestione dello stress: gli effetti negativi dello stress sulla salute sono notevoli, secondo alcuni studi vi è una stretta correlazione tra stress e malattie infettive, lesioni traumatiche (es incidenti automobilistici) ed alcune malattie croniche. Lo stress è una componente caratteristica della nostra società in quanto ci viene richiesto un livello di produttività sempre maggiore. Introdurre esercizi per ridurre lo stress, quali tecniche di rilassamento, esercizio fisico e la modifica delle situazioni che causano stress, aiuta le persone a gestirlo al meglio.
Forma fisica ed esercizio fisico sono fondamentali nella promozione della salute, infatti può influenzare la salute in diversi modi: migliora la funzionalità del sistema circolatorio e del sistema polmonare; diminuisce i livelli di colesterolo e di lipoproteine a bassa densità (LDL); riduce il peso corporeo, aumentando il consumo di calorie; ritarda le alterazioni degenerative come l'osteoporosi e migliora la flessibilità, la forza e la resistenza muscolare, oltretutto influenza la salute mentale ed emozionale (Hinkle et al., 2017).

3. Metodologia

Per la stesura della presente tesi di Bachelor è stato utilizzato il metodo revisione della letteratura; il quale ha permesso di cercare e confrontare più articoli provenienti da diverse banche dati: CINHAL (EBSCO), UpToDate, PubMed. A complemento di ciò si sono integrate informazioni provenienti da alcuni libri di testo. Ulteriormente è stata usata la banca dati The Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine per dare una definizione scientifica a termini tecnici.
La domanda di ricerca iniziale riguardava su come un setting adeguato permettesse un migliore scambio di informazioni tra il curante, il paziente e la sua famiglia dopo l'infarto miocardico acuto. Dopo una prima ricerca sono state riscontrate difficoltà nell'identificare articoli pertinenti in quanto non ve n'erano che comprendessero un setting particolare con la patologia scelta. Per questo motivo la domanda di ricerca è stata modificata come segue: "*Quali sono le informazioni prioritarie per i pazienti e per la famiglia dopo un infarto miocardio acuto?".* Inoltre, sono stati aggiunte altre questioni per allargare il bacino di ricerca *"Quali sono le informazioni prioritarie per una buona gestione della malattia, soprattutto al domicilio?"; "Le informazioni richieste dai pazienti rispecchiano le informazioni fornite dai curanti?"*.
Per agevolare la ricerca di articoli nella banca dati si è sviluppata e suddivisa la domanda di ricerca nel PICO (PIO):

P: paziente con infarto miocardico acuto
I: ricercare le informazioni prioritarie per il paziente e/o per i famigliari dopo IMA
O: ottimizzare le conoscenze della malattia e la sua gestione al domicilio da parte del paziente e della famiglia

Le parole chiave utilizzate nelle banche dati per la ricerca degli articoli sono state: "*information", "information needs", "Heart attack or myocardial infarction"* e *"learning needs*".

Dopo la modifica della domanda di ricerca sono stati riscontrati 86 articoli di cui ne sono stati selezionati nove per l'analisi. Per la selezione sono stati impiegati alcuni criteri tra cui troviamo:

- Il titolo deve essere immediatamente comprensibile e trattare la patologia e l'argomento designato.
- L'abstract deve contenere la tipologia di studio adottata, le ipotesi e le problematiche devono essere espresse in maniera adeguata e chiara.
- Gli strumenti impiegati per lo studio sono ben definiti.
- I risultati sono affini alla ricerca e permette un paragone agli altri articoli scelti.

Oltre a questi criteri ne sono stati applicati degli altri, ma verranno approfonditi in maniera dettagliata in un sottocapitolo.

3.1 Articoli

Nella tabella sottostante vengono riassunti gli articoli pertinenti alla domanda di ricerca; i risultati emersi verranno discussi nel capitolo successivo.

	Autori e anno	**Titolo**	**Tipo di studio e popolazione**	**Obiettivi**	**Interventi**	**Risultati**
1	Smith, J., Liles, C. (2007)	*Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a Comparative, descriptive study*	Studio comparativo descrittivo. Questionario PLNS (Patienti Learning Need Scale) 20 pazienti con IMA Età: 65 – 70 anni Sesso: 17 uomini e tre donne Luogo: Gran Bretagna	Identificare le informazioni necessarie ai pazienti. Esaminare se vi sono differenze di bisogni d'informazione a seconda dell'età del paziente.	Fornire ai paziente una scala di valutazione dei bisogni (PLNS) in cui vengono raggruppati i vari bisogni in 5 sottoclassi.	Le informazioni più importanti per i pazienti sono: 1. Medicamenti 2. complicazioni e sintomi 3. attività di vita quotidiana Per i pazineti al di sopra di 65 anni era più importante ricevere informazioni riguardanti il suppporto e la cura nella comunità al posto delle nozioni riguardanti l'attività di vita quotidiana.
2	Turton, J. (1998)	*Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse / partner compared with the perceptions of nursing staff.*	Ricerca non sperimentale (one-centre study) Questionario CLPNI (Cardiac Patients Learning Needs Inventory) 18 pazienti; 18 partner e 18 infermieri Età: pazienti dai 36 ai 74 anni, infermieri dai 23 ai 48 anni (durata lavorativa dai 10 mesi ai 21 anni) Sesso: pazienti 16 uomini e 2 donne. Infermieri 15 donne e 3 uomini Luogo: Essex (Gran Bretagna)	Capire le percezioni del paziente e del partner rispetto alla necessità di informazioni e classificare quest'ultime a seconda dell'importanza. I risultati vengono paragonati alle percezioni degli infermieri.	Alle classi di studio si somministra la scala di valutazione CLPNI.	Per tutte le classi di studio emerge che i fattori correlati allo stile di vita, la gestione dei sintomi ed l'anatomia e la fisiologia, sono i più importanti. Gli infermieri mettono l'accento su attività, fattori correlati allo stile di vita ed informazioni relative ai medicamenti. I partner necessitavano informazioni in merito alla dieta / alimentazione.

3	Huriani, E. (2019)	*Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses*	Studio comparativo Questionario CPLNI 288 pazienti <u>Suddivisione</u>: Pazienti a) nell'untà di cura cardiovascolare (CVCU) 42 b) nel reparto cardiaco 42 c) nel policlinico cardiaco 204. Famigliari (totale 145) a) nel CVCU 33 b) nel reparto cardiaco 35 c) nel policlinico cardiaco 77. Infermiere (totale 40) a) nel CVCU 21 b) nel reparto cardiaco 19 <u>Età</u>: pazienti 51- 60 anni (media); famigliari 41 – 50 anni (media) e infermiere 31 -40 anni (media) <u>Sesso</u>: Pazienti a) CVCU 32 uomini e 10 donne, b) reparto cardiaco 28 maschi e 14 femmine c) policlinico cardiaco 169 uomini e 35 donne Famigliari a) CVCU 8 maschi e 25 donne b) reparto cardiaco 12 maschi e 23 femmine c) 18 uomini e 59 donne Infermieri a) CVCU 2 maschi e 19 donne b) reparto cardiaco 19 femmine <u>Luogo</u>: Indonesia	Valutare la tipologia di informazioni che le tre categorie reputano più importanti in base alle fasi della degenza (acuto, sub-acuto e post-acuto) mediante l'uso del CPLNI	I ricercatori hanno consegnato alle persone un questionario in cui sono presenti 8 categorie di bisogni e devono assegnare un voto da 1 a 5 (più importante).	Per tutte le categorie di pazienti le informazione più rilevanti erano i farmaci. Per i famigliari: segni e sintomi. Per gli infermieri: introduzione all'unità cardiaca, soprattutto nella fase acuta.

4	Uysal, H. e Enç, N. (2012)	*A turkish version of the cardiac patients learning needs inventory; patient questionnaire: reliability-validity assessment*	Studio trasversale Questionario CPLNI 143 pazienti Età: pazienti ≤ 70 anni Sesso: pazienti 122 uomini e 21 donne Luogo: Turchia	Valutare l'adattabilità della scala CPLNI nel territorio turco. Individuare i bisogni d'informazione mediante l'assegnazione di un voto da 0 a 5.	Ai pazienti con un primo infarto miocardico viene consegnato un questionario per valutare il bisogno d'informazio-ne	Per i pazienti degenti le informazioni più rilevanti erano i medicamenti; l'anatomia e la fisiologia del cuore ed i segni e sintomi. Dopo la dimissione era importante mettere l'accento sui fattori di rischio e la dieta / alimentazione.
5	Timmins, F. e Kaliszer, M. (2003)	*Information needs of myocardial infarction patients*	Tipo di studio non specificato Questionario CPLNI Suddivisione: pazienti a) 27 durante la degenza, b) 18 dopo la dimissione (6, 12 e 24 mesi). Infermieri 68 a) 17 reparto, b) 25 CCU c) 26 riabilitazione Luogo: Irlanda	Valutare quale informazione è più importante per i pazienti e confrontarle dopo la dimissione. Paragonare le necessità dei pazienti con quella degli infermieri e comparare i risultati nei tre gruppi di infermieri	Somministra-re il questionario CPLNI ai pazienti ed agli infermieri. Dopo sei settimane dalla dimissione inviare nuovamente il questionario ai pazienti.	Per tutte le categorie gestione dei sintomi; informazione relative ai medicamenti e fattore di stile di vita occupano i primi posti. Dopo il rientro al domicilio la categoria fattori psicologici aumenta e informationi relative ai medicamenti ha una diminuzione di punteggio.

6	Oterhals, K., et al (2006)	*The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*	Studio trasversale Questionario 111 pazienti Età: 34 – 88 anni, media di 61.6 anni Sesso: 77 uomini e 34 donne Luogo: Norvegia	Esplorare e descrivere la relazione tra l'informazione e il grado di soddisfazione dei pazienti dopo un infarto miocardico acuto. Inoltre individuare delle aree d'informazione da migliorare.	I pazienti dopo 6 settimane dalla dimissione vengono sottoposti a due questionati: quello informativo e quello riguardante l'esperienza.	I pazienti erano molto soddisfatti dell'assistenza e delle informazioni ricevute durante la degenza; più ne ricevevano e più erano soddisfatti. Tuttavia vi era una lacuna di informazioni rispetto ai medicamenti ed i possibili problemi futuri.
7	Ashton, K.C. (1997)	*Perceived learning needs of men and women after myocardial infarction*	Studio descrittivo / comparativo Questionario CPLNI 121 pazienti Età: dai 31 ai 86 anni Sesso: 73 uomini e 48 femmine Luogo: New Jersey (Stati Uniti)	Verificare i bisogni più importanti da apprendere mediante la compilazione della scala CPLNI e valutare la figura professionale più adatta per fornire le informazioni.	I pazienti due giorni prima della dimissione vengono sottoposti al questionario CPLNI.	Per i pazienti maschi i fattori di rischio sono le informazioni più rilevanti, mentre per le donne riguardano i medicamenti. Inoltre le femmine preferiscono che le informazioni vengano date dai medici, al contrario i maschi preferiscono le infermiere.

8	Chan, V. (1990)	*Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction*	Studio descrittivo Questionario CPLNI 30 pazienti Età: 32 – 85 anni (media di 61 anni) Sesso: 18 uomini e 12 donne Luogo: Toronto (Canada)	Capire quanto sono importanti le informazioni mediante il questionario CPLNI somministrato durante la degenza e dopo 2 settimane dalla dimissione. Inoltre il questionario è stato utilizzato per capire quanto sono realistiche le informazioni per far fronte alla malattia	Intervistare i pazienti prima della dimissione e durante la convalescen-za	Le 3 informazioni più rilevanti sono: medicamenti; anatomia e fisiologia e fattori di rischio. Mentre per le informazioni realistiche da apprendere troviamo al primo posto fattori di rishcio. Mettendo a confronto le aree più rilevanti per i pazienti durante la degenza rispetto a quelli nella prima convalescenza troviamo le medesime aree sopracitata, ma in ordine diverso.
9	Galdeano, L.E., et al (2014)	*Reliability of the Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) for use in Portugal*	Ricerca metodologica Questionario CPLNI 200 pazienti Età: 20 – 99 anni (media di 65 anni) Sesso: 152 uomini e 48 donne Luogo: Lisbona (Portogallo)	Indagare se la scala CPLNI è adattabile al territorio portoghese e comprendere i bisogni d'informazione del paziente	La scala viene adattata alla lingua e poi viene somministrata ai pazienti.	Le categorie che sono statisticamente significanti per i pazienti sono: introduzione all'unità cardiaca e anatomia e fisiologia.

4. Discussione degli articoli

In questo capito verranno messi a confronto i vari articoli scelti, mettendo in risalto i punti comuni e quelli differenti a seconda di temi specifici.

4.1 Discussione secondo gli obiettivi

L'obiettivo principale degli articoli selezionati è quello di identificare le aree d'informazione più rilevanti per i pazienti, per la famiglia e per l'infermiere dopo un infarto miocardico acuto. Alcuni articoli hanno aggiunto altri obiettivi da quello sopracitato.

La ricerca condotta da Smith, J., Liles, C. (2007) è una di quelle che ha apportato una modifica rispetto alle altre, oltre all'obiettivo definito sopra, ha cercato di comprendere ed individuare le differenze di necessità che si possono riscontrare a seconda della fascia di età in cui si trova il paziente. L'unico dato che coincide con un altro articolo è il luogo geografico, sia Smith & Liles (2007) sia Turton, J. (1998) hanno condotto la loro ricerca in Gran Bretagna. Quest'ultimo dapprima ricava le informazioni percepite come importanti dai pazienti e dai propri partner e degli/delle infermieri/e, e poi vengono messe a confronto.

Persino lo studio di Timmins, F., Kaliszer, M. (2003) cerca di confrontare i risultati emersi dai degenti con quelli dei curanti che lavorano all'interno del reparto nell'ospedale di Dublino; ulteriormente compara le informazioni ricavate dal questionario sottoposto prima della dimissione con quello somministrato ai pazienti una volta rientrati al domicilio.

Nello studio condotto da Huriani, E. (2019) in Indonesia si è prefissato l'obiettivo di valutare le informazioni che i pazienti, la famiglia e gli infermieri reputano più importanti a seconda del periodo di degenza in cui ci si trova. Quindi i pazienti vengono sottoposti al questionario in tre momenti differenti: durante l'acuto nella *"Cardiovascular care unit o (CVCU)"*; nel sub-acuto in reparto e nel post-acuto *"Cardiac polyclinic"*. I primi due gruppi (pazienti e famiglia) sono stati suddivisi a seconda delle tre fasi, mentre sono stati presi in considerazione unicamente gli infermieri presenti nel CVCU e in reparto.

Ashton, K.C. (1997) ha condotto uno studio negli Stati Uniti in cui ha individuato le indicazioni più rilevanti e cercò di comprendere quale figura professionale sia più appropriata nel fornire informazioni a seconda del sesso del paziente.

Negli articoli di Oterhals, K., et al (2006) e Chan, V. (1990) gli obiettivi deviano leggermente da tutti gli altri. Nel primo caso lo studio è stato condotto in Norvegia ed ha cercato di indagare se vi è una correlazione tra la tipologia e la quantità di informazioni ricevute durante tutto l'arco della degenza con il grado di soddisfazione e ha inoltre individuato le aree d'informazione che si dovrebbero migliorare.

Il secondo condotto in Canada ha individuato le nozioni più rilevanti ed ha chiesto ai soggetti di valutarne la realisticità per poter far fronte ai cambiamenti legati alla patologia e quindi poter effettuare un'autocura migliore che gli permettesse di condurre una vita tranquilla in salute.

Gli studi di Uysal, H. & Enç, N. (2012) e Galdeano, L.E., et al (2014) hanno due obiettivi specifici comuni: hanno cercato di valutare l'adattabilità della scala di valutazione dei bisogni d'informazione al proprio territorio, traducendolo nella loro lingua ed hanno ricavato le informazioni più rilevanti per la popolazione selezionata. Il primo studio è stato effettuato in Turchia, mentre il secondo è stato condotto in Portogallo.

4.2 Discussione secondo gli interventi

Per quanto riguarda gli interventi che si sono adottati per raggiungere l'obiettivo, tutti gli studi hanno sottoposto ai gruppi di ricerca un questionario. Quasi in tutti gli studi è stata impiegata la scala *"Cardiac Patients Learning Needs Inventory"* o CPLNI, modificandone leggermente il nome delle categorie. Lo studio condotto da Smith, J. & Liles, C. (2007) è stata utilizzata un'altra scala di valutazione del fabbisogno educativo del paziente, la *"Patient Learning Needs Scale"* o PLNS.

Mentre lo studio di Oterhals, K. et al (2006) non ha utilizzato nessuno delle due scale di valutazione sopracitate, ma bensì sottopose i pazienti a due questionari specifici, uno informativo ed uno riguardante l'esperienza.

In entrambe le scale sopraccitate sono presenti diverse voci che vengono poi raggruppate in sottogruppi.

PLNS (Patient Learning Needs Scale)	**CPLNI** (Cardiac Patients Learning Needs Inventory)
Medicamenti	Anatomia e fisiologia
Complicazioni e sintomi	Fattori psicologici
Trattamento ed attività di vita	Fattori di rischio legati allo stile di vita
Preoccupazioni in merito alla malattia	Informazione sui medicamenti
Supporto e cura nella comunità	Informazioni dietetiche
	Attività fisica
	Gestione dei sintomi
	Diverso (non specificato)

Nell'allegato 1 è stato riportato il questionario CPLNI somministrato ai pazienti nello studio condotto da Timmins, F. e Kaliszer, M. (2003). Sfortunatamente negli altri articoli non vengono riportati i questionari che hanno utilizzato per lo studio.

Come si può notare la CPLNI è più dettagliata rispetto al PLNS, questo in quanto è stata modificata appositamente per i pazienti con disturbi cardiaci che necessitano maggiori informazioni dettagliate, le quali devono essere mirate per ridurre la possibilità di eventi avversi che possano risultare mortali e che permettano di adottare una qualità di vita idonea al domicilio.

La scala a destra è stata somministrata ai gruppi di studio dai seguenti autori: Turton, J. (1998); Huriani, E. (2019), Uysal, H. & Enç, N. (2012) e Timmins, F. (2003), Ashton, K.C (1997), Chan, V. (1990) e Galdeano, L.E et al (2014).

Tuttavia alcuni autori hanno apportato delle modifiche nella scala di valutazione. Ashton, K. C (1997) e Galdeano, L.E et al (2014) introducendo un nuovo sottogruppo: "l'introduzione all'unità cardiaca", eliminando il sottogruppo "gestione dei sintomi". Persino Chan, V. (1990) lo ha eliminato, passando da otto sottogruppi a sette.

Anche Huriani, E. (2019) ha effettuato delle modifiche aggiungendo le voci: "introduzione all'unità cardiaca" e "totale" (nell'articolo non viene specificato in cosa consista).

L'unico autore che diverge dagli altri è Oterhals, K. et al (2006) che sottopose al gruppo di studio un questionario informativo in cui sono presenti 11 voci: "cosa costituisce un IMA", "cause", "possibili problemi fisiologici", "medicamenti", "attività (esercizi)", "dieta/alimentazione", "attività sessuale", "fumo" e "lavoro e stile di vita", le rimanenti due

voci non vengono espresse. In questo studio dopo sei settimane dalla dimissione i pazienti dovevano compilare il questionario, valutando l'esperienza con un punteggio da 1 a 10 rispetto alle diverse aree di cura e di trattamento.

Oltre al tipo di questionario è altrettanto importante far notare quando vengono somministrati. La maggior parte di essi vengono dati al paziente durante la degenza, prima che avvenga la dimissione. Huriani, E. (2019) lo somministra in tre momenti differenti della degenza: acuto quando è all'interno dell'unità di cura cardiovascolare, nel sub-acuto nel reparto ed infine nel post-acuto nel policlinico cardiaco (dopo la dimissione). Anche l'articolo di Timmins, F. e Kaliszer, M. (2003) somministra la CPLNI in due momenti separati: durante la degenza e dopo sei settimane dalla dimissione così da poterne confrontare i risultati. Da ultimo abbiamo Oterhals, K. et al (2006) che somministra i due questionari quello informativo e quello riguardante l'esperienza dopo sei settimane dalla dimissione.

4.3 Discussione secondo i risultati

Nonostante gli studi siano stati condotti in aree geograficamente differenti ed adottando scale leggermente diverse, si sono potute riscontrare molte similitudini.
Un elemento che accomuna tutti gli articoli tranne gli studi condotti da Galdeano, L.E. et al (2014) e Turton, J. (1998) è l'informazione in merito ai medicamenti, che ricopre quasi sempre i primi tre posti a livello di importanza per i pazienti. La rilevanza delle nozioni legate alla gestione dei sintomi ed ai fattori di rischio / fattori di rischio legati allo stile di vita sono ulteriori elementi che accomunano tutti gli studi fatta eccezione per l'articolo redatto da Galdeano, L.E. et al (2014), il quale afferma che le categorie più rilevanti riguardano l'introduzione all'unità cardiaca e l'anatomia e la fisiologia.

Nell'articolo redatto da Turton, J. (1998) le nozioni che i pazienti, i propri partner e gli infermieri ritengono più considerevoli sono legate allo stile di vita ed alla gestione dei segni e sintomi. Oltre a questo dato emerge che per i pazienti non era particolarmente rilevante capire le ragioni che causano un IMA o le spiegazioni legate all'evento cardiaco. Nelle conclusioni viene consigliato di introdurre una check-list delle informazioni per aiutare gli infermieri, o gli altri professionisti della salute, ad approfondire tutti gli aspetti rilevanti per le persone degenti così da non tralasciare dei punti essenziali (Turton, 1998).

Le informazioni indispensabili, sia durante la degenza sia alla dimissione, riguardano i medicamenti, la gestione dei sintomi, l'anatomia e la fisiologia ed i fattori di rischio. Maggiori sono le informazioni fornite e maggiore sarà il grado di soddisfazione dei pazienti. Emerge che rispetto ad alcune aree i pazienti non si ritenevano pienamente soddisfatti, infatti si evince che nozioni riguardanti i follow-up dopo la dimissione, i medicamenti e gli esami da effettuare debbano essere prese maggiormente in considerazione. Tale riscontro è da correlare, non tanto alla qualità delle informazioni fornite quanto ad una degenza sempre più ridotta (Oterhals et al., 2006).

Informazioni riguardanti le complicazioni ed i medicamenti sono quelle ritenute più importanti e le persone con più di 65 anni ritengono sia necessario essere informati anche al supporto della comunità e necessitano più nozioni rispetto ai pazienti con meno di 65 anni (Smith & Liles, 2007).
Secondo un altro studio emerge che le informazioni più rilevanti sono legate sia alle medicine che all'anatomia e fisiologia ed ai fattori di rischio; inoltre si evince che esse sono legate alle aree più realisticamente assimilabili durante tutto l'arco della degenza e

nel post-dimissione, momento fondamentale per imparare e mettere in pratica le nozioni apprese (Chan, 1990).
Altri studi affermano che il momento ideale per fornire delle informazioni è nel sub-acuto, quando i pazienti sono maggiormente propensi a voler apprendere più nozioni possibili, hanno una condizione di salute stabile e percepiscono meno dolore. Tale situazione favorisce lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari ed il paziente e la sua famiglia, che spesso necessitano maggiori dati riguardo le cause della malattia (eziologia) così che possano poter migliorare l'autocura al domicilio (Chan, 1990; Huriani, 2019).

Nei gruppi di ricerca selezionati da Huriani, E. (2019) emerge che per i pazienti nei tre momenti della degenza (acuto, sub-acuto e post-degenza) i medicamenti ricoprivano il primo o il secondo posto nella classifica, mentre la famiglia spostava l'attenzione dai medicamenti e la gestione dei sintomi nella fase acuta, alla dieta una volta in reparto ed al domicilio (sub-acuto e post-degenza). Infine, per gli infermieri nell'unità di cura cardiovascolare (acuto) era fondamentale fornire nozioni in merito all'introduzione all'unità cardiaca, mentre per gli infermieri di reparto era basilare fornire informazioni concernente i medicamenti, la gestione dei sintomi e lo stile di vita da adottare al domicilio.
Un altro autore ha confrontato due fasi cruciali per il paziente, sottoponendolo ad un questionario prima della dimissione ed una volta rientrato al domicilio (15 giorni dopo). I medicamenti, l'anatomia e fisiologia del cuore e la gestione dei segni e sintomi sono considerati come molto importanti, ma una volta dimessi questi sottogruppi vengono sostituiti da fattori di rischio legati allo stile di vita e da tutte le notizie che riguardano l'alimentazione e la dieta (Uysal & Enç, 2012).

In uno studio si è voluto indagare quale figura sanitaria prediligono i pazienti per ricevere le informazioni e quali sono le aree fondamentali. È emerso che per i pazienti maschi i fattori di rischio ricoprono un ruolo molto importante e preferiscono che le informazioni siano fornite dagli infermieri, mentre le pazienti femmine preferiscono che vengano informate dai medici e considerano l'ambito dei medicamenti come elemento fondamentale; per entrambe le classi di studio l'introduzione all'unità cardiaca presente ha ottenute un valore alto rispetto agli altri sottogruppi (Ashton, 1997).

Un altro articolo conferma l'importanza dell'area appena citata (introduzione all'unità cardiaca) quale nozione necessaria in concomitanza con l'anatomia e la fisiologia; in aggiunta si evince che tutti gli item presenti nel questionario hanno ottenuto punteggi molto elevati: questo è correlato secondo l'autore ad un livello d'istruzione dei pazienti relativamente basso, per cui le nozioni generali sulla malattia ed il suo trattamento non sono sufficienti a fornire un livello soddisfacente d'informazione (Galdeano et al., 2014). Come mostra quest'ultimo studio le nozioni "base" che la popolazione ha in merito alla patologia, influenza molto la tipologia di informazioni ed educazione che l'infermiere deve fornire. Infatti per una popolazione che non conosce a pieno l'IMA, richiederà maggiori informazioni sull'anatomia e fisiologia rispetto a popolazioni che sanno già come è fatto e come funziona il cuore e quindi possono concentrarsi su ulteriori campi.

In un articolo sono stati messi a confronto due gruppi di studio, i pazienti e gli infermieri. È emerso che per entrambi la gestione dei sintomi ed i medicamenti ricoprono un ruolo cruciale nello scambio di informazioni; all'interno del gruppo infermieri vi è un altro dato considerato indispensabile: l'attività fisica che viene ritenuta poco rilevante per i pazienti, in quanto è l'unica categoria ad avere avuto un punteggio inferiore a quattro. Lo studio afferma che le informazioni variano nell'arco del tempo: al domicilio aumenta l'importanza

dei fattori psicologici e diminuisce quella rispettiva ai medicamenti (Timmins & Kaliszer, 2003).

4.4 Discussione secondo i limiti

Gli autori hanno posto dei limiti alla loro ricerca, considerando casi di persone con un primo infarto del miocardio che non avessero limiti nella comunicazione e che quindi parlassero e comprendessero correttamente la lingua del territorio, che fossero capaci di intendere e volere e che non avessero limitazioni fisiche o psicologiche.

Per la presente tesi sono stati selezionati articoli che rispettassero criteri di inclusione ed esclusione. Fondamentale era il tema trattato, già dal titolo si doveva comprendere che rispettasse la mia domanda di ricerca (quali sono le necessità d'informazione dei pazienti dopo un infarto del miocardio acuto).
Inoltre, i pazienti non dovevano presentare altre patologie cardiache correlate all'insufficienza cardiaca o altre malattie che limitassero la comprensione come la demenza; infatti nello studio condotto da Galdeano, L.E., et al (2014) il gruppo di studio viene effettuato il Mini – Mental State Examination (MMSE) per poter escludere le persone con problemi cognitivi. Sono stati selezionati articoli che trattassero di un infarto del miocardico acuto di prima insorgenza e che non abbiano dovuto effettuare degli interventi chirurgici invasivi.

Un altro criterio che ha portato alla selezione di nove articoli è la data di pubblicazione, inizialmente posta all'anno 1995 e poi estesa al 1990 per poter ricavare più articoli ed effettuare dei paragoni soddisfacenti. Quelli precedenti la data non sono stati presi in considerazione in quanto ritenuti troppo vecchi e non più pertinenti, inoltre gli articoli dovevano sottoporre al gruppo di studio un questionario.

Non ho limitato la ricerca ad un unico tipolo di studio, ma essa doveva venir esplicitata nell'abstract. Unica eccezione effettuata è stata per la ricerca di Timmins, F. e Kaliszer, M. (2003), poiché è stato allegato il questionario.

Non ho posto alcuna età minima o massima di insorgenza della patologia in quanto il numero di articoli non sarebbe stato sufficiente per effettuare un'analisi appropriata. Oltre ai limiti sopracitati gli articoli dovevano comprendere una o più figure; in diversi sono state indagate solo le aspettative del paziente, mentre in altri venivano presi in considerazione anche quelle dei famigliari e degli infermieri. L'osservazione di più punti di vista ha permesso di confrontare i risultati con le varie figure ed effettuare una riflessione personale.

All'inizio pensavo di utilizzare unicamente gli articoli che trattassero della popolazione europea, ma essendo un limite troppo rigido è stato modificato. Nello studio non vi è alcuna limitazione legata al luogo di appartenenza dei gruppi.
Sono state anche prese in considerazione ricerche che somministrano il questionario in ospedale o strutture ambulatoriali ed al domicilio.

4.5 Riassunto dei risultati

Autore/i	*Informazioni più importanti*
Smith & Liles, 2007	Medicamenti, complicazioni e sintomi
Turton, 1998	Fattori legati allo stile di vita e gestione dei sintomi
Huriani, 2019	Medicamenti per i pazienti, segni e sintomi per la famiglia ed introduzione all'unità cardiaca per gli infermieri nell'acuto.
Uysal & Enç, 2012	Durante la degenza: medicamenti, anatomia e fisiologia e segni e sintomi. Post-dimissione: fattori di rischio e dieta/alimentazione
Timmins & Kaliszer, 2003	Gestione dei sintomi, medicamenti, fattori dello stile di vita
Oterhals et al., 2006	Pazienti soddisfatti delle informazioni, ma desiderosi di più chiarimenti rispetto ai medicamenti ed i possibili problemi futuri
Ashton, 1997	Fattori di rischio per gli uomini e medicamenti per le donne
Chan, 1990	Medicamenti, anatomia e fisiologia e fattori di rischio
Galdeano et al., 2014	Introduzione all'unità cardiaca ed anatomia e fisiologia. Ciononostante, tutti gli item hanno avuto dei valori molto elevati

5. Correlazione dei risultati con la pratica professionale

Nel Codice Deontologico degli infermieri vengono esplicitate quattro responsabilità fondamentali che si devono rispettare: la promozione della salute, la prevenzione di malattie, ristabilire la salute del paziente ed alleviarlo dalle sofferenze. L'infermiere ha il dovere di rispettare i diritti della persona, che comprendono quelli culturali, il diritto alla vita ed alla scelta, alla dignità e di essere trattati con rispetto. L'assistenza deve essere uguale per tutti, non deve venir influenzata da fattori come l'età, il colore, il sesso, il credo religioso, lo stato d'invalidità o di malattia e l'orientamento sessuale, la nazionalità, le idee politiche, la razza o lo stato sociale. Gli infermieri offrono i loro servizi alla persona, alla famiglia ed alla comunità (International Council of Nurses, 2012).
L'infermiere ha il dovere di informare ed educare il paziente ed eventualmente la famiglia in modo che sia o siano in grado di gestire in maniera autonoma la terapia farmacologica, la malattia, quindi riconoscendo i segni e sintomi e le possibili complicanze e di adottare uno stile di vita sano senza fattori di rischio.
L'infermiere SUP è fornito di competenze specifiche della sua professione. I vari ruoli che poi esporrò sono descritti nel profilo di competenze. Essi verranno suddivisi, spiegati ed effettuata una correlazione con il lavoro di tesi. Tuttavia i ruoli sono strettamente connessi tra di loro, la separazione pertanto non sempre è effettuata in maniera ottimale (Conferenza dei Rettori delle Scuola Universitarie Svizzere (KFH), 2011).

<u>"Ruolo di esperto in cure infermieristiche"</u>
"L'infermiere è responsabile, all'interno del sistema sanitario, del suo agire professionale e delle relative decisioni e valutazioni". L'operatore sanitario deve essere in grado di identificare le necessità di cura rilevanti per la tipologia di paziente di cui si prende a carico. Identifica non solo le necessità legate allo stato fisico, ma bensì anche quelle legate al fabbisogno educativo. Fornisce delle prestazioni di alta qualità, efficienti e che possano durare nel tempo.

<u>"Ruolo di comunicatore"</u>
"*L'infermiere permette lo sviluppo dei rapporti di fiducia nel proprio contesto e trasmette informazioni in maniera mirata".* Durante la degenza di un paziente l'infermiere deve essere in grado di stabilire una relazione di fiducia che permetta di trasmettere informazioni chiare, pertinenti ed adeguate in base alla tipologia del paziente di cui si prende a carico ed anche della famiglia. Per quanto concerne il tema del mio lavoro di tesi, tale ruolo è centrale.
Oltre il ruolo di comunicatore con l'assistito e la famiglia, non bisogna dimenticare che l'infermiere è un membro di una équipe più grande, in cui collaborano diverse figure professionali. È importante che vi sia un costante confronto multidisciplinare così da garantire un raggiungimento comune di obiettivi prefissati, inoltre possono costituire una risorsa fondamentale nel caso in cui un curante si trovi in una situazione di crisi che non riesce a gestire.

<u>"Ruolo di membro di un gruppo di lavoro":</u>
"L'infermiere partecipa in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali". Come descritto nel punto precedente l'infermiere collabora con un'équipe multidisciplinare ed interdisciplinare al fine di coprire in maniera ottimale tutti gli aspetti della vita della persona al fine di garantire il rientro al domicilio e la continuazione di una vita adeguata.

“Ruolo di manager”
“L’infermiere si prende a carico della direzione specialistica, contribuendo all’efficacia dell’organizzazione e sviluppando la propria carriera professionale”. Questo ruolo è presente nel lavoro di un infermiere in quanto si occupa di coordinare varie figure o una micro-équipe, che ruota attorno ai bisogni del paziente. Per il lavoro di tesi, tale ruolo non è pertinente.

“Ruolo di promotore della salute (health advocate)”:
“*L’infermiere si basa in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperto e sfrutta la sua influenza nell’interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti e della società nel suo insieme”.* I curanti sono professionisti con delle conoscenze adeguate ed hanno la possibilità di trasmetterle ai pazienti ed alla famiglia. Garantiscono interventi precisi ed adeguati al contesto, tenendo conto della soggettività della persona; attuano interventi che garantiscono la promozione della salute e la prevenzione di complicanze e possibili recidive.

“Ruolo di apprendente e insegnante”
“L’infermiere si impegna per l’apprendimento basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l’applicazione del sapere basato su prove di efficacia”. L’infermiere ha il dovere di effettuare un aggiornamento delle proprie competenze così che possa fornire informazioni ottimali, complete e di qualità non solo all’équipe, ma anche e soprattutto ai pazienti ed alla propria rete di sostegno se presente.
Cionondimeno l’infermiere può ricoprire anche il ruolo di apprendente quando si parla di conoscere, comprendere e prendersi a carico di una persona, in quanto deve riuscire a capire ciò che l’interlocutore gli sta trasmettendo al fine di garantire un’assistenza di qualità individualizzata.

“Ruolo legato all’appartenenza professionale”
“L’infermiere si impegna per l’apprendimento basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l’applicazione del sapere basato su prove di efficacia”. Come infermieri siamo sempre tenuti a sviluppare la capacità di autocritica ed autovalutazione al fine di migliorare il nostro operato. Ci permette di fornire cure efficaci, innovative alla persona tenendo conto della sua soggettività. Inoltre, grazie all’autocritica ed autovalutazione, possiamo comprendere i nostri limiti.

Tutti i ruoli appena descritti sono fondamentali, ma per alcune situazioni alcuni di essi sono in maggiore rilievo. Durante la stesura del lavoro di tesi emergono significativamente i seguenti ruoli: ruolo di esperto nelle cure infermieristiche, ruolo di comunicatore, ruolo di un membro di gruppo di lavoro, ruolo di promotore della salute e ruolo di apprendente e insegnante. I due ruoli che non sono stati citati sono presenti, ma in minima parte rispetto agli altri.

6. Conclusioni

Come scritto in precedenza la mia domanda di ricerca è mutata dopo una ricerca iniziale degli articoli nelle varie banche dati. È stata modificata e mi ha permesso di indagare quali siano le informazioni (o l'informazione) più importanti dopo un infarto miocardico acuto. Come si può vedere dalla tabella riassuntiva, vi sono delle aree in comune come le informazioni che concernono i *medicamenti, riconoscere i segni e sintomi di IMA ed i fattori di rischio legati allo stile di vita*. Tale risultato non mi stupisce in quanto sono le aree che io medesima considero come fondamentali. I medicamenti ricoprono un ruolo centrale in quanto dopo un IMA le persone sono destinate ad assumerli per il resto della loro vita se vogliono diminuire la possibilità di recidive. Oggigiorno i farmaci sono un rimedio veloce per i problemi, infatti il numero di medicamenti immessi nel mercato sono maggiori rispetto al passato.
Identificare i fattori di rischio legati allo stile di vita e quindi promuoverne uno sano è un'altra area fondamentale sia per l'infermiere che per le persone. Adottare stili di vita sani o perlomeno modificare tutti quei fattori che possono portare allo sviluppo di una malattia, permettono di avere un benessere fisico, psichico ed emotivo ottimale oltre che diminuire i costi legati alla salute. Basti pensare solamente al fumo, smettere permette di risparmiare soldi, diminuire la possibilità di cancro polmonare o altre malattie correlate. Avere uno stile di vita sano, inoltre, potrebbe anche limitare l'assunzione di farmaci.
Per quanto riguarda riconoscere i segni e sintomi è altrettanto importante in quanto, non solo ti permette di identificare un possibile infarto miocardico (sia della persona stessa sia di persone esterne), ma ti permette di intervenire in maniera tempestiva e, come mostrato nel quadro teorico, diminuire gli esiti sfavorevoli. Per quest'area non si occupa unicamente l'infermiere, ma bensì anche il governo effettuando delle campagne d'informazione e distribuendo dépliant.
Le varie campagne d'informazioni, i cambiamenti dello stile di vita, la modifica dei fattori di rischio, la maggior consapevolezza della popolazione sulla malattia si ripercuote sulla diminuzione delle morti causate da malattie cardiovascolari.

Dalle ricerche effettuate si è potuto individuare una scala di valutazione che può essere sottoposta non solo ai pazienti, ma anche alla famiglia ed agli infermieri in diversi luoghi geografici, mettendo a confronto i vari risultati con la cultura di appartenenza. È emerso che i risultati sono tendenzialmente simili nonostante la provenienza della popolazione; vi è solamente un articolo con una grande differenza. Il ricercatore l'ha attribuito alla scarsa informazione presente nel territorio e per questo motivo il fabbisogno educativo è diverso dagli altri. Spesso la cultura plasma il modo di essere, i bisogni, le persone stesse e questo fattore non colpisce unicamente il paziente, ma bensì anche l'infermiere. I risultati potrebbero essere correlati ad una cultura relativamente simile in tutte le parti del mondo, oppure si potrebbe dedurre che gli usi ed i costumi adottati influiscano marginalmente sulla necessità di ricevere delle informazioni.
Aree che hanno ricevuto un voto basso potrebbero essere legate alla conoscenza che una persona possiede già della malattia oppure all'accesso ad informazioni dettagliate, per esempio tramite internet.
Personalmente reputo che sia meglio richiedere le nozioni agli operatori sanitari specializzati i quali sono sempre aggiornati sui vari argomenti e che potrebbero indirizzare la persona a siti internet pertinenti e fornire dépliant adatti. Nel web si possono trovare informazioni errate e contrastanti tra di loro che potrebbero influenzare in modo negativo sia il paziente che i famigliari.

Gli articoli che hanno messo a confronto più gruppi di studio hanno permesso di mostrare come la malattia venga vista in maniera diversa dalle varie figure e si presenta con una differenza, anche se minima, nelle richieste d'informazione. Questo diverbio si nota specialmente mettendo a confronto i risultati riguardo l'importanza delle informazioni per i pazienti rispetto ai professionisti sanitari; una concomitanza totale sarebbe utopica in quanto ognuno si prefigge degli obiettivi specifici al suo ruolo ed essi vengono influenzati da esperienze e aspettative, dalle risorse personali e da altri fattori.
È importante, nel momento in cui si cura una persona, prendersi un momento da dedicare all'utente ed alla sua famiglia per poter capire quali siano le necessità, le risorse interne ed esterne che possono essere usufruite e le aspettative che hanno. Questo permette di fornire delle informazioni pertinenti alle esigenze del paziente, che lo sostengano nell'affrontare il futuro in maniera ottimale e che lo aiutino a prendere delle decisioni in maniera cosciente, soprattutto se si parla di malattie croniche o che debilitano la persona.

Nello studio condotto da Turton, J. (1998) si introduce la possibilità di creare una check-list per i punti salienti che dovrebbero venir trattati durante la degenza: questo rappresenta un ottimo spunto per un futuro poiché permette di avere una certezza in più. Rassicura i curanti di non aver tralasciato qualche informazione importante e potrebbe essere uno strumento per facilitare il lavoro. Purtroppo, la giornata di un infermiere spesso ha un ritmo frenetico e potrebbe accadere che alcune informazioni possano venir dimenticare, l'introduzione di questa check-list potrebbe agevolare il curante.

Il lavoro di un infermiere è composto da molteplici aspetti, come per esempio la somministrazione di farmaci, la rilevazione dei parametri vitali e la fornitura d'informazione. Dietro alcuni atti che possono sembrare "facili" per un occhio esterno si cela un ragionamento clinico comprovato, che dovrebbe sfatare i pregiudizi che ancora oggi sono presenti. Gli infermieri spesso vengono visti dalla società come quella persona che somministra i medicamenti, minimizzando tutto il lavoro a quell'unico atto. Non vengono presi in considerazione altri aspetti come per esempio l'educazione, la relazione, la sorveglianza ed il riconoscere le possibili complicazioni ed altri ancora.

La prevenzione secondaria dopo una malattia è fondamentale in quanto permette di diminuire considerevolmente il rischio di riscontrare altre patologie correlate. Tuttavia, non sempre i pazienti si attengono alle indicazioni fornite e quindi si espongono al rischio di ulteriori eventi avversi. Per far fronte a ciò i pazienti con un infarto miocardico acuto vengono incoraggiati ad intraprendere un iter complesso che vada a modificare le abitudini e lo stile di vita malsano. Per questo motivo le persone con tale patologia sono incoraggiate ad intraprendere un percorso riabilitativo, in cui vengono pianificate visite mediche periodiche con il cardiologo e con il medico curante, vengono effettuati consulti con dietisti e psicologi e sedute di fisioterapia.
Lo scopo della riabilitazione cardiaca è:

- prevenire o rallentare il più possibile l'insorgenza delle malattie cardiovascolari,
- rallentare la progressione della malattia conclamata e migliorare la prognosi vitale dei pazienti,
- aiutare a recuperare le posizioni guadagnate nella società e nella famiglia nelle migliori condizioni fisiche e psichiche possibili,
- assicurare un approccio terapeutico globale multidisciplinare,
- informare il paziente sulla malattia e sulla terapia,
- migliorare il recupero della condizione fisica e funzionale,

In Ticino vi sono diverse possibilità di percorsi di riabilitazione. Tra di essi abbiamo quella proposta dall'Ente Ospedaliero Cantonale, il servizio messo a disposizione è riconosciuto dal Gruppo Svizzero per la Riabilitazione Cardiovascolare. Di seguito verranno esposte le varie fasi che vengono proposte dal Servizio: la prima parte è caratterizzata da una visita d'entrata approfondita, in cui viene effettuata un'indagine dei fattori di rischio presenti ed una prova da sforzo tramite cicloergometro. Vi é una collaborazione stretta con il medico curante per indagare al meglio i fattori di rischio, la terapia farmacologica più appropriata ed eventuali presenze di complicazioni.
Dopodiché si stabilisce un piano individuale di "training", gestita da figure professionali specializzate, di 36 sedute da effettuare tre volte alla settimana. Con il paziente vengono definiti obiettivi a breve, a medio e lungo termine. Grazie a delle giornate dedicate ad alcune tematiche come nozioni di anatomia e fisiologia, fattori di rischio cardiovascolari, medicamenti, interventi effettuati durante la degenza, benefici dell'attività fisica, l'incentivo a smettere di fumare e dieta sana, possono venir raggiunti tutti gli obiettivi prefissati che concernono l'educazione. Durante questi momenti sono presenti specialisti così che i pazienti e la famiglia possano effettuare delle domande specifiche. Oltre alle tematiche sopracitate, vengono proposti momenti in cui la persona ha la possibilità di consultare una psicologa che possa aiutare a risolvere delle problematiche legate allo stress, alla depressione, alle paure e vengono proposte tecniche di rilassamento per gestire al meglio lo stress (Ente Ospedaliero Cantonale, 2020).

Il servizio di Cardiologia riabilitativa e preventiva messa a disposizione del Cardiocentro Ticino è un'altra valida possibilità. Anche questa struttura propone 36 sedute, di cui 29 di terapia funzionale e sette incontri informativi per affrontare alcuni argomenti come lo stress legato all'evento avverso, la nutrizione, i medicamenti, la diagnostica e l'anatomia. Le sedute funzionali sono composte da cicli di esercizi aerobico, esercizi per l'aumento della forza mediante macchinari, tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione e di stretching. Oltre alle sedute in ospedale, vengono proposte attività fisiche all'aperto con itinerari appositamente selezionati.
Una volta affrontati i sette incontri informativi, il paziente effettuerà un consulto con una dietista per pianificare un percorso di alimentazione adeguata e la modifica di abitudine malsane. Il servizio collabora anche con il Servizio di medicina sportiva per effettuare degli esami di diagnostica differenziale, come test cardiopolmonare e test di valutazione funzionale (Cardiocentro Ticino, s.d.).

Una terza opzione presente sul territorio è la Clinica Hildebrand, ha lo scopo di raggiungere un ottimale livello di benessere fisico, psichico, emotivo e sociale. È dimostrato che il sostegno di tutte le misure preventive con uno stile di vita sano individuale, porta ad un miglioramento della prognosi. La riabilitazione si basa su una presa a carico interdisciplinare, tra le quali troviamo diverse figure come: il medico cardiologo specializzato nella riabilitazione, l'infermiere della riabilitazione, il fisioterapista, l'ergoterapista e se necessario uno psicologo e l'assistente sociale. La struttura collabora con il Cardiocentro Ticino che assicura una continuità degli interventi clinici dal momento acuto fino alla riabilitazione per arrivare alla prevenzione delle recidive. Oltre al trattamento farmacologico per minimizzare i fattori di rischio, come il diabete, l'esercizio fisico è la parte cardine della riabilitazione. Si effettuano sedute per eseguire esercizi fisici aerobici di 30 minuti per tre volte alla settimana (Clinica Hildebrand, s.d.).

Un'altra opzione è il Gruppo Cuore Montebello nato a Settembre 2010. È specializzata nella terza fase in cui si promuove la prevenzione primaria e secondaria mediante il controllo di fattori di rischio cardiovascolari e garantisce un'assistenza a lungo termine.

Si pianifica un percorso individualizzato a seconda della salute della persona e la presenza di fattori di rischio, l'attività fisica regolare permette di modificare lo stile di vita migliorando la resistenza aerobico (tramite cicloergometria da sforzo), ottimizza la forza (con macchine o corpo libero) e affina la coordinazione e l'equilibrio. Contrariamente alle strutture precedentemente esposte, quest'ultima è a carico della persona (Gruppo Cuore Montebello, s.d.).
Queste strutture sono solamente alcune di quelle presenti nel territorio, altre possibilità sono messe a disposizione dall'ospedale di Moncucco o altre sedi di fisioterapia.

Redigere questa tesi mi ha permesso di conoscere le varie banche dati a disposizione, con le quali ho preso maggiore confidenza con il passare del tempo, soprattutto con CINHAL (EBSCO), UpToDate, PubMed e The Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine, che sono state le mie fonti principali per la stesura del quadro teorico e la ricerca degli articoli pertinenti. Tali banche dati mi hanno permesso di ricercare materiale non solo riguardante la mia tesi nello specifico, ma anche per integrare informazioni durante l'anno scolastico, come per esempio durante la stesura dei PBL.
Con alcuni motori di ricerca mi sono trovata in difficoltà in quanto non riuscivo a comprendere a pieno come trovare gli articoli mediante delle parole chiavi; inserendone alcune troppo specifiche non sempre riscontravo dei risultati ed ho quindi dovuto optare per termini più ampi per poi selezionare l'articolo più pertinente.
Avendo una domanda di ricerca specifica il numero di articoli è limitato ma sufficiente per effettuare una riflessione, non l'ho ampliata a tutte le sindromi coronariche acute in quanto volevo concentrarmi unicamente sull'infarto miocardico acuto.
Un'ulteriore difficoltà lo ha rappresentato il criterio temporale per gli articoli da selezionare inizialmente posto agli anni successivi il 1995 poi spostato al 1990.
La revisione della letteratura mi ha permesso di approfondire e comprendere le informazioni che necessitano i pazienti dopo un infarto miocardico acuto mediante questionari o scale di valutazioni. Purtroppo, non ho trovato nessun articolo che riguardasse il nostro territorio.
Sarebbe stato molto interessante somministrare il questionario anche nella nostra regione (Ticino o Svizzera). Soprattutto in quanto avendo una struttura caratterizzata alla cardiologia riconosciuta a livello svizzero, la possibilità di impiegare il questionario potrebbe essere una realtà. Questo permetterebbe di confrontare i risultati con le altre nazioni e valutare se vi sono delle differenze e capirne il motivo.

Questo lavoro ha contribuito nel mio arricchimento personale, ma soprattutto professionale; fornire informazioni ed educazione è la chiave per la cura della persona e mi auguro che nel mio futuro lavorativo potrò applicarlo in maniera ottimale.

7. *Ringraziamenti*

Ringrazio con tutto il cuore il mio direttore di tesi Maurizio Belli per la gentilezza e la disponibilità; mi ha supportato, consigliato e mi ha accompagnato durante tutta la stesura del mio lavoro.
Mille volte grazie alla mia famiglia di essere stati così comprensivi nei momenti di crisi che mi hanno accompagnato durante i tre anni scolastici, hanno ascoltato più e più volte le mie ripetizioni per prepararmi agli esami ed hanno sopportato il mio umore altalenante durante la stesura della tesi.
Grazie alle mie amiche Arianna, Barbara, Giulia, Sofia e Valeria che mi hanno incoraggiata a continuare, hanno ascoltato tutti i miei dubbi specialmente all'inizio del percorso e nella stesura della tesi e che mi hanno sempre spronata a dare il meglio di me stessa.
Per non dimenticare i miei compagni di classe Veronica ed Andrea che, oltre ad essere i miei compagni di banco, mi hanno accompagnata durante tutto il percorso, mi hanno sostenuto e con tanta pazienza mi hanno spiegato concetti che facevo fatica a comprendere; ulteriormente li ringrazio per aver reso le lezioni noiose più divertenti.
Grazie ad Andrea che, nonostante le nostre strade si siano divise, mi ha ascoltato e rincuorato, era presente sempre nei momenti belli come in quelli brutti. Hai ascoltato e sostenuto anche quando durante gli stage non mi sentivo all'altezza, non smetterò mai di ringraziarti.
Questa tesi è dedicata a mio padre, sei la mia ispirazione, mi sproni sempre a dare il meglio di me e senza la tua "disavventura" non avrei mai scelto questo tema.

8. Bibliografia

Aroesty, J. M., & Kannam, J. P. (2018). *Patient education: Heart attack recovery*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/heart-attack-recovery-beyond-the-basics?search=informazione%20infarto%20miocardico&topicRef=1531&source=see_link#H3

Ashton, K. C. (1997). Perceived learning needs of men and women after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *12*(1), 93–100.

Boateng, S., & Sanborn, T. (2013). Acute myocardial infarction. *Disease-a-Month*, *59*(3), 83–96. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2012.12.004

Calabrò, R., D'Andrea, A., & Sarubbi, B. (2006). *Cardiologia. Per scienze motorie e scienze infermieristiche* (Prima edizione). Idelson-Gnocchi.

Cardiocentro Ticino. (s.d.). *Cardiologia riabilitativa e preventiva*. Cardiocentro Ticino. Recuperato 24 agosto 2019, da https://www.cardiocentro.org/it/specialita/cardiologia/cardiologia-riabilitativa-e-preventiva/

Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: Patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, *15*(10), 1139–1145. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01705.x

Clinica Hildebrand. (s.d.). *Riabilitazione cardiovascolare*. clinica-hildebrand.ch. Recuperato 4 luglio 2020, da http://www.clinica-hildebrand.ch/a28.html

Confederazione Svizzera, & Ufficio Federale di statistica. (s.d.). *Causes de décès spécifiques*. Recuperato 17 agosto 2019, da https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html

Conferenza dei Rettori delle Scuola Universitarie Svizzere (KFH). (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP.*

Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri. (2006). *Codice deontologico*. https://www.cnai.info/index.php/icn-affiliazioni-int-164/codice-deontologico-affiliazioni-int-165

Ente Ospedaliero Cantonale. (2020). *Riabilitazione cardiologica*. https://www.eoc.ch/Dettagli/Specialita.Ospedale-Regionale-di-Bellinzona-e-Valli---Bellinzona.4.Riabilitazione-cardiologica.2585.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-a). *Angina pectoris*. Recuperato 6 luglio 2020, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/malattie/angina-pectoris.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-b). *Elettrocardiogramma (ECG)—Fondazione Svizzera di Cardiologia*. Recuperato 22 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/cardiopatie-ictus-cerebrale/esami/esami/elettrocardiogramma-ecg.html

Fondazione Svizzera di Cardiologia. (s.d.-c). *Infarto cardiaco*. Recuperato 16 agosto 2019, da https://www.swissheart.ch/it/prevenzione/comportamento-in-caso-demergenza/infarto-cardiaco.html

Galdeano, L. E., Furuya, R. K., Rodrigues, M. A., Dantas, R. A., & Rossi, L. A. (2014). Reliability of the Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) for use in Portugal. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(11–12), 1532–1540. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04158.x

Goldberger, A. L., & Prutkin, J. M. (2018, settembre 26). *Electrocardiogram in the diagnosis of myocardial ischemia and infarction*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/electrocardiogram-in-the-diagnosis-of-myocardial-ischemia-and-infarction?search=infarto%20miocardio&topicRef=52&source=see_link

Gruppo Cuore Montebello. (s.d.). *Investimento per una vita migliore*. Recuperato 4 luglio 2020, da http://fisiomontebello.ch/site/index.php/gruppo-cuore/intro-gruppo-cuore

Hine, R. H. (2019). Coronary vessels. In R. Hine (A c. Di), *A Dictionary of Biology*. Oxford University Press. https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198821489.001.0001/acref-9780198821489-e-1035

Hinkle, J. L., Cheever, K. H., & Nebuloni, G. (2017). *Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica: 1* (5 edizione). CEA.

HUG Ospedali Universitari di Ginevra. (s.d.). *Registrazione ECG a Ginevra presso HUG*. Recuperato 22 agosto 2019, da https://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/enregistrement-ecg

Huriani, E. (2019). Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(3), 294–299. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001

International Council of Nurses. (2012). *Il codice deontologico degli infermieri del Consiglio Internazionale Infermieri [ICN]: Revisione del 2012*.

Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. (2016). Gender differences in the assessment and treatment of myocardial infarction. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, *136*(14–15), 1215–1222. https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0224

Keeling AW, & Dennison PD. (1995). Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: A pilot study. *Heart & Lung*, *24*(1), 45–49.

Kent, M. (2007). Heart attack. In *The Oxford Dictionary of Sports Science & Medicine*. Oxford University Press. https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198568506.001.0001/acref-9780198568506-e-3098

Klint, K., Sjöland, H., & Axelsson, Å. B. (2019). Revealed by degrees: Patients' experience of receiving information after in-hospital cardiac arrest. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *28*(9/10), 1517–1527. https://doi.org/10.1111/jocn.14756

Kloner, R. A., & Chaitman, B. (2017). Angina and Its Management. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, *22*(3), 199–209. https://doi.org/10.1177/1074248416679733

Kodirov, S. A., Psyrakis, D., Brachmann, J., & Zhuravlev, V. L. (2019). Limulus and heart rhythm. *Journal of Experimental Zoology Part A: Ecological and Integrative Physiology*, *331*(1), 61–79. https://doi.org/10.1002/jez.2235

Lawesson, S. S., Alfredsson, J., Fredrikson, M., & Swahn, E. (2013). A gender perspective on short- and long term mortality in ST-elevation myocardial infarction—A report from the SWEDEHEART register. *International Journal of Cardiology*, *168*(2), 1041–1047. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.028

Manuale MSD. (s.d.). *Dislipidemia—Malattie endocrine e metaboliche*. Manuali MSD Edizione Professionisti. Recuperato 22 luglio 2020, da https://www.msdmanuals.com/it/professionale/malattie-endocrine-e-metaboliche/disturbi-del-metabolismo-lipidico/dislipidemia

Martin, E. M. (2015a). Coronary arteries. In E. Martin (A c. Di), *Concise Medical Dictionary*. Oxford University Press. https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-2186

Martin, E. M. (2015b). Coronary revascularization. In E. Martin (A c. Di), *Concise Medical Dictionary*. Oxford University Press. https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-2189

Mehta Laxmi S., Beckie Theresa M., DeVon Holli A., Grines Cindy L., Krumholz Harlan M., Johnson Michelle N., Lindley Kathryn J., Vaccarino Viola, Wang Tracy Y., Watson Karol E., & Wenger Nanette K. (2016). Acute Myocardial Infarction in Women. *Circulation*, *133*(9), 916–947. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000351

Miceli, D., & Cacciatore, G. (2003). *L'infermiere e scompenso cardiaco*. Centro Scientifico Editore.

Nunes, S. R. T., Rego, G., & Nunes, R. (2016). Right or duty of information. *Nursing Ethics*, *23*(1), 36–47. https://doi.org/10.1177/0969733014557116

Ocampo-Balabagno AV. (1999). Functional health performance outcomes of compliance to home instruction program after myocardial infarction. *Philippine Journal of Nursing*, *69*(3–4), 20–29.

Oterhals, K., Hanestad, B., Eide, G., & Hansse, T. (2006). *The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*. http://web.b.ebscohost.com.proxy2.biblio.supsi.ch/ehost/command/detail?vid=6&sid=ff4cd5cb-2665-41e0-9532-18ead67ee78e%40pdc-v-sessmgr04&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106223298&db=ccm

Pagidipati, N. (2018, agosto 16). *Clinical features and diagnosis of coronary heart disease in women*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-coronary-heart-disease-in-women?search=infarto%20miocardio%20donne&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Prutkin, J. M. (2018, maggio 28). *ECG tutorial: Basic principles of ECG analysis*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/ecg-tutorial-basic-principles-of-ecg-

analysis?search=ECG&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Reeder, G. S., & Kennedy, H. L. (2018, settembre 24). *Diagnosis of acute myocardial infarction*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/diagnosis-of-acute-myocardial-infarction?search=infarto%20miocardio&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H8

Reeder, G. S., & Kennedy, H. L. (2019, gennaio 28). *Overview of the acute management of ST-elevation myocardial infarction*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/overview-of-the-acute-management-of-st-elevation-myocardial-infarction?search=infarto%20miocardio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(4), 662–671. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x

Timmins F, & Kaliszer M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *2*(1), 57–65.

Tortora, G. J., Derrickson, B., Piccari, G. G., & Sforza, C. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. CEA.

Tran, D. B., & Mahabadi, N. (2019). Anatomy, Thorax, Heart Muscles. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545195/

Treccani. (s.d.). *Enciclopedia*. Recuperato 18 gennaio 2020, da http://www.treccani.it//enciclopedia/informazione

Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: A study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, *27*(4), 770–778. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00594.x

Ufficio Federale di statistica, & Confederazione Svizzera. (2017). *Cause di morte specifiche*. https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html

Uysal, H., & Enç, N. (2012). A turkish version of the cardiac patients learning needs inventory; patient questionnaire: Reliability-validity assessment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*, S36–S37.

Wilson, P. W., & Douglas, P. S. (2018, agosto 30). *Epidemiology of coronary heart disease*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/epidemiology-of-coronary-heart-disease?search=infarto%20miocardio%20donne&topicRef=1467&source=see_link

9. Allegati

9.1 Cardiac patients' learning needs inventory (CPLNS)

Shown below is the part of the patient questionnaire listing the eight categories (highlighted) and 37 items.
I need to know:

Anatomy and physiology (the workings of the heart)

1. Why did I have chest pain.
2. What the heart looks like and how it works, including the blood supply to the heart muscle.
3. What causes a heart attack to occur.
4. What happens when a person has a heart attack.
5. How long the damaged heart muscle takes to heal.

Psychological factors

1. What is the usual psychological response following a heart attack.
2. About the importance of talking to someone about my fears, feelings and thoughts.
3. What effect stress has on my heart.
4. What I can do to reduce stress in my life.

Lifestyle factors

1. What the term 'lifestyle factor' means.
2. Which lifestyle factors may have contributed to my having suffered a heart attack.
3. What I can do to reduce the chances of my having another heart attack. (

Medication information

1. The general rules about taking medication.
2. Why I am taking each of the medications that I am on.
3. When I should take each of the medications that I am on.
4. What the potential side effects are of each of the Medications that I am on.
5. What I should do if I have a problem with the taking of my medications.

Dietary information

1. General rules about healthy eating.
2. How certain items in my diet may affect my heart.
3. What cholesterol is and what it means.
4. What foods may lead to raised cholesterol.
5. What changes I will need to make to my diet, if any.

Physical activity

1. The general guidelines about physical activity after a heart attack.
2. When I can resume driving.
3. What physical restrictions I may have, if any.
4. How to know when I can increase my level of activities.
5. When I can resume sexual activity.
6. When I can return to work.

Symptom management

1. The different causes and types of chest pain.
2. What to do if I get chest pain.
3. What are the signs and symptoms of a heart attack.
4. When to call the Doctor (GP) or an ambulance.
5. When I am most likely to suffer chest pain.
6. When and how to use the GTN spray or tablets. (

Miscellaneous

1. What support services are available when I am discharged home.
2. What support is available for my family.
3. What tests and investigations I will have in the future with regard to my heart

Tratto da: "*Information needs of myocardial infarction patients"* di Fiona Timmins, Michael Kaliszer (2003).

Questa pubblicazione, *Fabbisogno educativo del paziente e della famiglia dopo un infarto miocardico acuto: revisione della letteratura*, scritta da *Karin Fumagalli*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.